

CUIDADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ORGANIZADORES:

LUIZA ROCHA PINTO COELHO
SANDRO PIRES COSCARELLI



AUTORES COLABORADORES

AMANDA MARIN DEL SANTORO
ANNA CAROLINA BOVARETO SILVEIRA RONZANI
DANIELA GOUDINHO FERREIRA
DANILO FERREIRA CAVALCANTE
FERNANDA FERREIRA EVANGELISTA
FERNANDA SILVA RODRIGUES
GABRIELA DANTAS CARVALHO
GABRYELLY DUARTE DA SILVA
JOSANE ROSENILDA DA COSTA
LAURA PAES BAPTISTA DE OLIVEIRA MENDONÇA
LETÍCIA SOUZA ALVES PEREIRA
LUCA GARCIA ROSA
MARIA CLARA CARDEAL FERREIRA
MARIANA PEREIRA CARVALHO
MATEUS BARBOSA DA SILVA
MAYCON HOFFMANN CHEFFER
MORGAN PEIXOTO DA SILVA
PATRICK RASMUSSEN RIBEIRO
PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA
RAFAELA MONTEIRO DO NASCIMENTO FOLHA
RAFAELLA SIMÃO MARTINI
VICTÓRIA BUENO ELLENA
VITÓRIA NAOMI YABIKU TOYAMA
WILLIAN COSTA FERREIRA

Editor Chefe:

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

MSc. Aline de Oliveira Brandão

(Universidade Federal de Minas Gerais - MG)

Dra. Ariadine Reder Custodio de Souza

(Universidade Estadual do Centro-Oeste – PR)

MSc. Bárbara Mendes Paz

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida

(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dra. Egidia Maria Moura de Paulo Martins Vieira

Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dr. Everton Dias D'Andréa

(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

Grace Tomal

(Universidade Estácio de Sá, Cruzeiro do Sul, Instituto Líbano)

MSc. Guilherme Augusto G. Martins

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Guilherme Barroso Langoni de Freitas
(Universidade Estadual de Maringá - UEM)

Dra. Hanan Khaled Sleiman

(Faculdade Guairacá - PR)

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dra. Kátia da Conceição Machado

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira

(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

Paula Caroline de Faveri Dias

(Centro Universitário Univel, UNIVEL, Brasil)

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Saulo Barreto Cunha dos Santos

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN)

MSc. Suelen Aline de Lima Barros

Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)

Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, 2026)

C672 COELHO, Luiza Rocha Pinto

CUIDADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA/ COELHO,
L.R.P.; COSCARELLI, S.P. - Belo Horizonte, Pasteur
27/04/2026.

1 livro digital; 148 p.; 1ª ed; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-6029-365-6

<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-365-6>

1. Atenção Primária 2. Linha de Cuidado 3. Protocolos

I. Título.

CDD 362.12

CDU 614.39

PREFÁCIO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, ao mesmo tempo, o primeiro contato e o fio condutor do cuidado. É nela que a maioria das queixas começa, onde grande parte dos problemas se resolve, e onde se decide, com responsabilidade e método, quando encaminhar, quando investigar e, principalmente, como acompanhar. Em um cenário de alta demanda, múltiplas condições coexistindo e tempo limitado de consulta, a APS exige raciocínio clínico estruturado, comunicação eficaz e decisões baseadas em evidência, sempre ancoradas na realidade do território e na segurança do paciente.

Este livro nasce com um propósito simples e prático: oferecer capítulos que traduzam temas altamente prevalentes e relevantes para a APS em uma abordagem objetiva, aplicável e alinhada aos fluxos reais do cuidado. Ao longo das páginas, o leitor encontrará capítulos centrados em problemas que fazem parte da rotina diária de unidades básicas e serviços de atenção primária, cobrindo desde condições crônicas e metabólicas até demandas específicas de saúde da mulher, puericultura, saúde mental, queixas musculoesqueléticas e situações comuns que demandam habilidades técnicas e tomada de decisão rápida, como pequenas cirurgias, avaliação pré-operatória e queixas oculares.

A seleção dos temas reflete uma visão integrada do cuidado: não se trata de “transformar” a APS em um conjunto de especialidades, mas de reconhecer que o profissional da atenção primária precisa dominar o manejo inicial qualificado, identificar sinais de alerta, estratificar risco, orientar medidas de autocuidado e reabilitação, e coordenar o seguimento longitudinal. Em cada capítulo, a intenção é sustentar uma lógica clínica clara: o que perguntar, o que examinar, o que é essencial documentar, quando solicitar exames, quais condutas têm maior valor e quais estratégias evitam iatrogenias e intervenções desnecessárias.

Ao mesmo tempo, este livro carrega um compromisso com a organização do trabalho acadêmico e com a formação. Ele foi construído de forma colaborativa, com participação ativa de autores em diferentes áreas de interesse, reunidos por um ponto em comum: a necessidade de produzir conhecimento útil, coerente e aplicável na prática. A APS é um campo que exige síntese, método e responsabilidade social; por isso, a escrita aqui busca equilibrar profundidade técnica com clareza, mantendo o foco no que muda desfechos: qualidade do cuidado, segurança, continuidade e coordenação.

Esperamos que esta obra seja útil para estudantes, médicos generalistas e profissionais em formação, servindo como guia de consulta e também como instrumento de reflexão sobre o papel estratégico da atenção primária. Mais do que um conjunto de capítulos, este livro é um convite a enxergar a APS como a base capaz de organizar todo o sistema: acolher, resolver, acompanhar e encaminhar com critério, humanidade e ciência.

Luiza Rocha Pinto Coelho
Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

Obesidade e Síndrome Metabólica na Atenção Primária à Saúde..... 1

CAPÍTULO 2

Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde..... 10

CAPÍTULO 3

Puericultura e Vigilância do Desenvolvimento na Atenção Primária à Saúde..... 18

CAPÍTULO 4

Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde..... 28

CAPÍTULO 5

Pequenas Cirurgias e Manejo de Feridas na Atenção Primária à Saúde..... 38

CAPÍTULO 6

Avaliação Pré-operatória na Atenção Primária à Saúde 47

CAPÍTULO 7

Queixas Oculares na Atenção Primária à Saúde: Abordagem Avançada para Especialistas..... 55

CAPÍTULO 8

Dislipidemias na Atenção Primária à Saúde: Rastreio, Estratificação de Risco Cardiovascular e Tratamento..... 70

CAPÍTULO 9

Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico, Estratificação de Risco e Tratamento..... 77

CAPÍTULO 10

Depressão na Gestação na Atenção Primária à Saúde: Rastreio, Diagnóstico Diferencial e Manejo Seguro 86

CAPÍTULO 11

Cuidado ao Idoso Frágil na Atenção Primária à Saúde: Identificação, Avaliação Multidimensional e Plano de Cuidado..... 96

SUMÁRIO

CAPÍTULO 12

Dor Crônica na Atenção Primária à Saúde: Avaliação Biopsicossocial, Estratificação de Risco, Manejo Farmacológico Seguro e Reabilitação 104

CAPÍTULO 13

Doença Renal Crônica na Atenção Primária à Saúde: Rastreio, Estratificação de Risco (eTFG/Albuminúria), Nefroproteção e Critérios de Encaminhamento 112

CAPÍTULO 14

Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico, Estratificação de Risco e Manejo Avançado..... 120

CAPÍTULO 15

Abordagem de Queixas Respiratórias na Atenção Primária à Saúde: Triage Sindrômica, Estratificação de Gravidade e Manejo Baseado em Evidências..... 128

CAPÍTULO 16

Dor Lombar e Queixas Musculoesqueléticas na Atenção Primária à Saúde: Triage de Gravidade, Diagnóstico Sindrômico e Manejo Funcional Baseado em Evidências..... 135

CAPÍTULO 1

OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LAIS ACACIO CAVALCANTE¹
ISABEL MIRANDA FONSECA MOREIRA²
ENZO ASSUNÇÃO DE ASSIS SANTOS³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹ Discente - UCPEL, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Discente - UNIFG, Guanambi, Bahia, Brasil.

³ Discente - PUC Minas Contagem, Contagem, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Obesidade; Síndrome Metabólica; Risco Cardiometabólico.

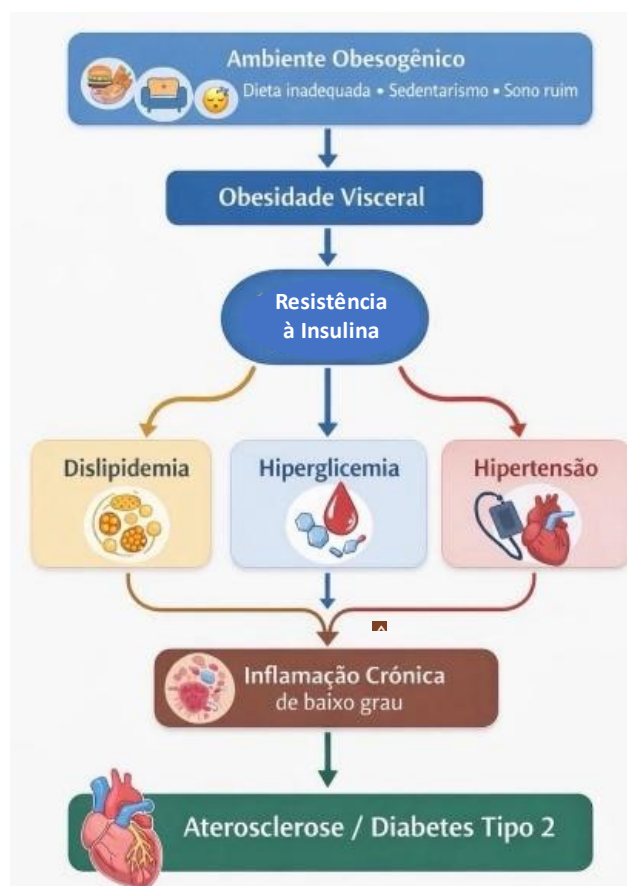
INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, recidivante e multifatorial, caracterizada por excesso de adiposidade com repercussões metabólicas, cardiovasculares, mecânicas e psicossociais. Na atenção primária à saúde (APS), ela deve ser manejada como condição de alta complexidade clínica e organizacional: exige vigilância longitudinal, estratificação de risco, abordagem centrada na pessoa, coordenação do cuidado e integração com linhas de cuidado de hipertensão, diabetes, dislipidemia, doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica, apneia obstrutiva do sono e saúde mental. No SUS, o manejo do sobrepeso e da obesidade em adultos possui orientações formais por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que organiza avaliação, medidas não farmacológicas, farmacoterapia quando indicada e critérios de encaminhamento, contribuindo para padronização e equidade do cuidado (BRASIL, 2022). Paralelamente, diretrizes e consensos de sociedades científicas brasileiras vêm atualizando recomendações para metas de perda ponderal, seleção de terapias antiobesidade e prevenção de complicações cardiovasculares associadas (SARAIVA *et al.*, 2025; ABESO, 2026).

A síndrome metabólica (SM) representa um agrupamento de fatores de risco cardiometabólico, tipicamente adiposidade central, pressão arterial elevada, hiperglicemia e dislipidemia aterogênica, que coexistem com frequência e aumentam risco de diabetes tipo 2 e doença cardiovascular. Embora o conceito seja útil para comunicação de risco e tomada de decisão, sua aplicação clínica exige critérios diagnósticos claros e, sobretudo, uma estratégia terapêutica que vá além da “rotulagem”, integrando intervenções comportamentais, tratamento de comorbidades, manejo medicamentoso quando

indicado e enfrentamento de determinantes sociais. Definições amplamente utilizadas incluem o consenso da *International Diabetes Federation* (IDF), que valorizou obesidade central, e a definição “harmonizada” de 2009, que consolidou a presença de três de cinco componentes, com pontos de corte recomendados e flexíveis para circunferência da cintura conforme população (**Figura 1.1**) (ALBERTI *et al.*, 2006; ALBERTI *et al.*, 2009).

Figura 1.1 Fisiopatologia da síndrome metabólica



Legenda: Representação esquemática da progressão fisiopatológica desde ambiente obesogênico até desenvolvimento de aterosclerose e diabetes tipo 2.

Fonte: Adaptado de ALBERTI *et al.* (2009).

Na prática avançada em APS, obesidade e SM devem ser abordadas com foco em desfechos clínicos (redução de risco cardiovascular, prevenção de diabetes, melhora funcional e de qualidade de vida) e não apenas em números de

peso. A perda ponderal clinicamente significativa, sustentada no tempo, costuma requerer combinação de intervenções: mudança de estilo de vida estruturada, suporte multiprofissional, farmacoterapia antiobesidade em perfis selecionados e, em casos específicos, avaliação para cirurgia metabólica/bariátrica, com coordenação da APS na fase pré e pós-intervenção (ABESO, 2026; BRASIL, 2022).

O objetivo deste capítulo é oferecer uma síntese avançada e aplicável para especialistas sobre diagnóstico, estratificação de risco e manejo integrado da obesidade e da SM na APS, incluindo avaliação clínica e laboratorial, metas terapêuticas, intervenções comportamentais estruturadas, indicação e monitoramento de farmacoterapia, tratamento das comorbidades cardiometabólicas e organização do cuidado em linha.

Conceitos e diagnóstico na APS

Obesidade é frequentemente definida por IMC ≥ 30 kg/m², com estratificação em classes, mas o manejo avançado não pode se apoiar apenas no IMC. A adiposidade central (circunferência da cintura), a presença de complicações (diabetes, hipertensão, esteatose hepática associada à disfunção metabólica, apneia do sono, osteoartrose), o fenótipo cardiometabólico e a história ponderal (ganho progressivo, ciclos de perda/ganho, resposta prévia a intervenções) são determinantes do risco e da escolha terapêutica (BRASIL, 2022; SARAIVA *et al.*, 2025).

A síndrome metabólica pode ser definida por critérios harmonizados (**Quadro 1.1**) (ALBERTI *et al.*, 2009), nos quais a presença de **três de cinco** componentes caracteriza o diagnóstico: circunferência da cintura aumentada (pontos de corte por população), triglicerídeos elevados (ou tratamento específico), HDL baixo (ou tratamento), pressão arterial elevada (ou tratamento), e glicemia de jejum elevada (ou

diagnóstico/tratamento de hiperglicemia). Para a APS, essa definição é útil por permitir aplicação pragmática e por reforçar a abordagem integrada de risco. A definição IDF (ALBERTI *et al.*, 2006) também é comum, enfatizando obesidade central com pontos de corte étnicos, mas, na prática clínica, o critério harmonizado de 2009 é frequentemente preferido por não exigir componente obrigatório e por facilitar comparações e decisões (ALBERTI *et al.*, 2009).

Quadro 1.1 Componentes da síndrome metabólica segundo definição harmonizada (aplicação clínica na APS) (ALBERTI *et al.*, 2009)

Circunferência da cintura elevada	(usar ponto de corte recomendado para a população/serviço; quando indisponível, utilizar ponto de corte consensual local e registrar).
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL ou em tratamento para hipertrigliceridemia.
HDL	< 40 mg/dL (homens) ou < 50 mg/dL (mulheres) ou em tratamento.
Pressão arterial	$\geq 130/85$ mmHg ou em tratamento anti-hipertensivo.
Glicemia de jejum	≥ 100 mg/dL ou diabetes previamente diagnosticado/tratado.

Estratificação de risco e avaliação inicial

A avaliação avançada na APS deve responder a três perguntas: (1) qual o risco cardiometabólico atual e futuro; (2) quais complicações já estão presentes; (3) qual o melhor “mix terapêutico” considerando eficácia, segurança, preferências, disponibilidade e sustentabilidade.

Uma anamnese dirigida inclui: início do ganho ponderal; história familiar; padrão alimentar e de sono; atividade física; uso de álcool; comorbidades e medicações obesogênicas; episódios de compulsão alimentar; sintomas sugestivos

vos de apneia (ronco, pausas respiratórias, sonolência); sintomas depressivos/ansiosos; histórico obstétrico (em mulheres) e fatores sociais (insegurança alimentar, trabalho, acesso a alimentos in natura). O exame físico deve registrar IMC, circunferência da cintura, pressão arterial em técnica adequada, sinais de resistência à insulina (acantose), avaliação osteoarticular e sinais de doença hepática avançada quando presentes (BRASIL, 2022; BRASIL, 2014).

A investigação laboratorial inicial, em geral, inclui: glicemia de jejum e/ou HbA1c conforme risco, perfil lipídico, função hepática

(ALT/AST), creatinina com eTFG, TSH quando clinicamente indicado e avaliação de albuminúria quando há diabetes/hipertensão ou alto risco cardiovascular, alinhando-se a diretrizes de comorbidades (ISSA *et al.*, 2020; RACHED *et al.*, 2025; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025). Em cenários selecionados, considerar avaliação de apneia, esteatose hepática associada à disfunção metabólica e encaminhamento conforme linha de cuidado.

A rotina mínima reprodutível para APS está organizada na **Tabela 1.1**.

Tabela 1.1 Componentes da avaliação e seguimento do adulto com obesidade e/ou síndrome metabólica na APS

Componente	Baseline	Seguimento sugerido	Observações práticas
IMC e peso	Sim	toda consulta/1–3 meses	monitorar tendência e “platôs”
Circunferência da cintura	Sim	3–6 meses	marcador de adiposidade central e resposta
Pressão arterial	Sim	toda consulta	considerar MAPA/MRPA quando necessário (ISSA <i>et al.</i> , 2020)
Glicemia/HbA1c	Sim	3–12 meses	conforme risco/diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025)
Perfil lipídico	Sim	6–12 meses	metas por risco (RACHED <i>et al.</i> , 2025)
ALT/AST	Sim	6–12 meses	monitorar risco hepático/metabólico
Creatinina/eTFG	Sim	6–12 meses	especialmente se hipertensão arterial sistêmica (HAS)/DM/uso de fármacos
Avaliação de sono/ronco	Sim	conforme sintomas	triagem de apneia do sono
Saúde mental e compulsão	Sim	conforme necessidade	integrar rede de saúde mental
Plano terapêutico/adesão	Sim	toda consulta	metas graduais e monitoramento

Metas terapêuticas orientadas por complicações

No manejo contemporâneo, a perda ponderal é um meio para reduzir risco e melhorar função. Metas devem ser individualizadas e alinhadas à gravidade da doença e às complicações.

Em geral, perda de 5% já melhora parâmetros cardiometabólicos, mas muitos pacientes com complicações relevantes podem se beneficiar de perdas maiores, frequentemente demandando farmacoterapia e/ou encaminhamento para avaliação de cirurgia metabólica/bariátrica (ABESO, 2026; SARAIVA *et al.*, 2025). Além

do peso, metas incluem controle pressórico, melhora do perfil lipídico, prevenção/progressão do diabetes e redução de risco cardiovascular global (**Figura 1.2**) (ISSA *et al.*, 2020; RACHED *et al.*, 2025; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Figura 1.2 Abordagem multidimensional do paciente com obesidade na atenção primária à saúde



Legenda: Componentes do manejo integral da obesidade na APS, incluindo alimentação, atividade física, farmacoterapia, saúde mental, sono e determinantes sociais. **Fonte:** Elaboração própria, baseada em BRASIL (2014); BRASIL (2022); ABESO (2026).

Intervenções não farmacológicas estruturadas

A base do tratamento na APS é a mudança de estilo de vida apoiada por equipe multiprofissional e por intervenções estruturadas e realistas. Documentos do Ministério da Saúde para APS enfatizam abordagem integral, educação alimentar e nutricional, promoção de atividade física, apoio ao autocuidado e enfrentamento de estigma, com foco em continuidade e organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

Elementos avançados que aumentam efetividade:

1. **Plano alimentar por padrão**, não por “lista de proibições”: priorizar alimentos in natura/minimamente processados, fibra e proteína adequadas; ajustar densidade energética; reduzir ultraprocessados e bebidas açucaradas; negociar mudanças graduais, compatíveis com orçamento e rotina (BRASIL, 2014).

2. **Treino de habilidades**: planejamento de refeições, leitura de rótulos, organização doméstica, estratégias para situações de risco (plantões, viagens, estresse).

3. **Atividade física como terapia**, não apenas “queima calórica”: combinar aeróbico e resistência; metas progressivas; foco em capacidade funcional e manutenção de peso perdido.

4. **Sono e ritmo circadiano**: tratar insônia, higiene do sono, avaliar apneia quando indicado.

5. **Psicoterapia e manejo de comportamento alimentar**: compulsão alimentar, comer emocional, TDAH, ansiedade e depressão devem ser reconhecidas e tratadas, pois são determinantes de recidiva.

As ações práticas para implementação são descritas no **Quadro 1.2**.

Quadro 1.2 Intervenção comportamental estruturada (12 semanas) para APS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022)

● Avaliação inicial + meta pactuada (peso e meta funcional/biomarcadores).
● Sessões semanais ou quinzenais (individuais ou grupo): alimentação, atividade física, sono, autocuidado, manejo de recaídas.
● Monitoramento: diário alimentar simplificado ou foto-refeição; passos/duração de atividade; peso semanal.
● Revisão de barreiras: insegurança alimentar, tempo, acesso, saúde mental.
● Reavaliação ao final: decidir intensificação (farmacoterapia/encaminhamento) conforme resposta.

Farmacoterapia da obesidade na APS: indicação, escolha e monitoramento

A farmacoterapia antiobesidade deve ser compreendida como parte do tratamento crônico, especialmente para manutenção de perda ponderal e redução de recidiva, com reavaliações periódicas de eficácia, segurança e adesão (ABESO, 2026). No SUS, o PCDT orienta o manejo e critérios de uso no contexto da rede, com atenção à seleção de pacientes e ao acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2022).

De forma geral, indica-se considerar farmacoterapia quando:

- IMC ≥ 30 kg/m²; ou
- IMC ≥ 27 kg/m² com comorbidades relacionadas ao excesso de adiposidade, após tentativa estruturada de mudança de estilo de vida

e/ou quando o risco/complicações justificam intensificação (ABESO, 2026; BRASIL, 2022).

O especialista na APS deve priorizar: (1) escolha guiada por comorbidades (diabetes, risco cardiovascular, compulsão, hipertensão, esteatose hepática), (2) contraindicações e interações, (3) preferências do paciente, (4) disponibilidade/custo e (5) plano de seguimento com meta mínima de resposta (por exemplo, perda percentual em tempo definido) e critérios claros de troca/suspensão se ineficaz (ABESO, 2026).

A síntese comparativa para tomada de decisão está na **Tabela 1.2**.

Observação: a lista de fármacos disponíveis e recomendados deve seguir o contexto regulatório e o protocolo local; o raciocínio de escolha e monitoramento permanece aplicável, mesmo quando o acesso é limitado (BRASIL, 2022; ABESO, 2026).

Tabela 1.2 Matriz de escolha terapêutica (exemplo operacional)

Situação clínica	Preferências terapêuticas (exemplos)	Pontos de atenção
Obesidade + alto risco CV/DM2	priorizar fármacos com evidência cardiometabólica e maior perda ponderal	monitorar tolerância GI, adesão e custo
Compulsão alimentar/alto comer emocional	integrar psicoterapia; considerar fármacos que ajudem controle de apetite conforme diretriz	avaliar saúde mental e risco de uso inadequado
HAS não controlada	evitar opções que elevem PA/FC; otimizar anti-hipertensivos	metas e MRPA/MAPA quando necessário (ISSA <i>et al.</i> , 2020)
Esteatose associada à disfunção metabólica	priorizar redução ponderal sustentada; tratar DM/dislipidemia	monitorar transaminases e risco hepático
Pós-perda ponderal com reganho	farmacoterapia para manutenção + intensificar suporte	tratar causas de recidiva (sono, estresse, ambiente)

Fonte: (ABESO, 2026; SARAIVA *et al.*, 2025; BRASIL, 2022)

Manejo da síndrome metabólica: tratar o conjunto, sem perder os detalhes

A SM não tem “um único remédio”. O tratamento efetivo combina redução de adiposidade central, controle pressórico, tratamento da dislipidemia e manejo da hiperglicemia, além de cessação tabágica, atividade física e sono. A vantagem clínica do diagnóstico é ativar um cuidado coordenado e intensivo de risco cardiometabólico.

Pressão arterial

Na presença de SM, hipertensão é frequente e deve ser tratada com metas e escolhas farmacológicas baseadas em diretrizes, considerando risco cardiovascular e comorbidades (ISSA *et al.*, 2020). A APS deve assegurar técnica correta de medida, incentivar MRPA quando indicado e evitar “inércia terapêutica”.

Dislipidemia

A dislipidemia típica na SM inclui hipertrigliceridemia e HDL baixo, frequentemente com LDL “aparentemente normal”, porém com partículas aterogênicas. A diretriz brasileira recente de dislipidemias fornece estratificação e recomendações terapêuticas para redução de risco de aterosclerose e deve ser integrada ao plano do paciente com SM (RACHED *et al.*, 2025).

Glicemia e prevenção de DM2

A presença de SM sinaliza alto risco de progressão para DM2. Estratégias intensivas de estilo de vida, perda ponderal sustentada e tratamento oportuno da pré-diabetes/DM2 conforme diretrizes ajudam a reduzir progressão e eventos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025; BRASIL, 2022).

Organização do cuidado na APS e coordenação em rede

A APS deve atuar como coordenadora do cuidado: definir plano longitudinal, pactuar metas, monitorar adesão, ajustar terapias e garantir encaminhamentos oportunos. Documentos de linha de cuidado e estratégias de atenção à obesidade destacam a necessidade de processo de trabalho estruturado e abordagem interprofissional, além de enfrentamento do estigma e cuidado humanizado (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

Passos do Fluxo decisório

1. Identificar obesidade (IMC) + medir cintura + PA + história de complicações.

2. Solicitar exames básicos (glicemia/HbA1c, lipídios, função hepática/renal) e classificar SM (ALBERTI *et al.*, 2009).

3. Estratificar risco: presença de DM2, HAS, dislipidemia, doença cardiovascular estabelecida, apneia, esteatose hepática, saúde mental.

4. Iniciar intervenção comportamental estruturada + metas de 3 meses (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022).

5. Reavaliar resposta:

- resposta adequada → manter, reforçar e planejar manutenção;
- resposta insuficiente ou complicações relevantes → intensificar com farmacoterapia antiobesidade conforme diretriz/protocolo e tratar comorbidades (BRASIL, 2022; ABESO, 2026).

6. Critérios de encaminhamento: suspeita de apneia grave, esteatose avançada, refratariedade clínica, necessidade de avaliação para cirurgia metabólica/bariátrica, sofrimento mental grave, ou risco cardiovascular muito alto (**Figura 1.3**) (BRASIL, 2022; SARAIVA *et al.*, 2025).

Monitoramento, manutenção e manejo de recidiva

A recidiva ponderal é esperada na história natural da obesidade e não deve ser interpretada como “falha moral”. Ela reflete adaptações neuroendócrinas, ambiente obesogênico, barreiras sociais e fragilidades do suporte terapêutico. Diretrizes recentes reforçam a importância do acompanhamento prolongado e da farmacoterapia para manutenção de perda ponderal quando indicada, com reavaliação periódica de benefício e segurança (ABESO, 2026).

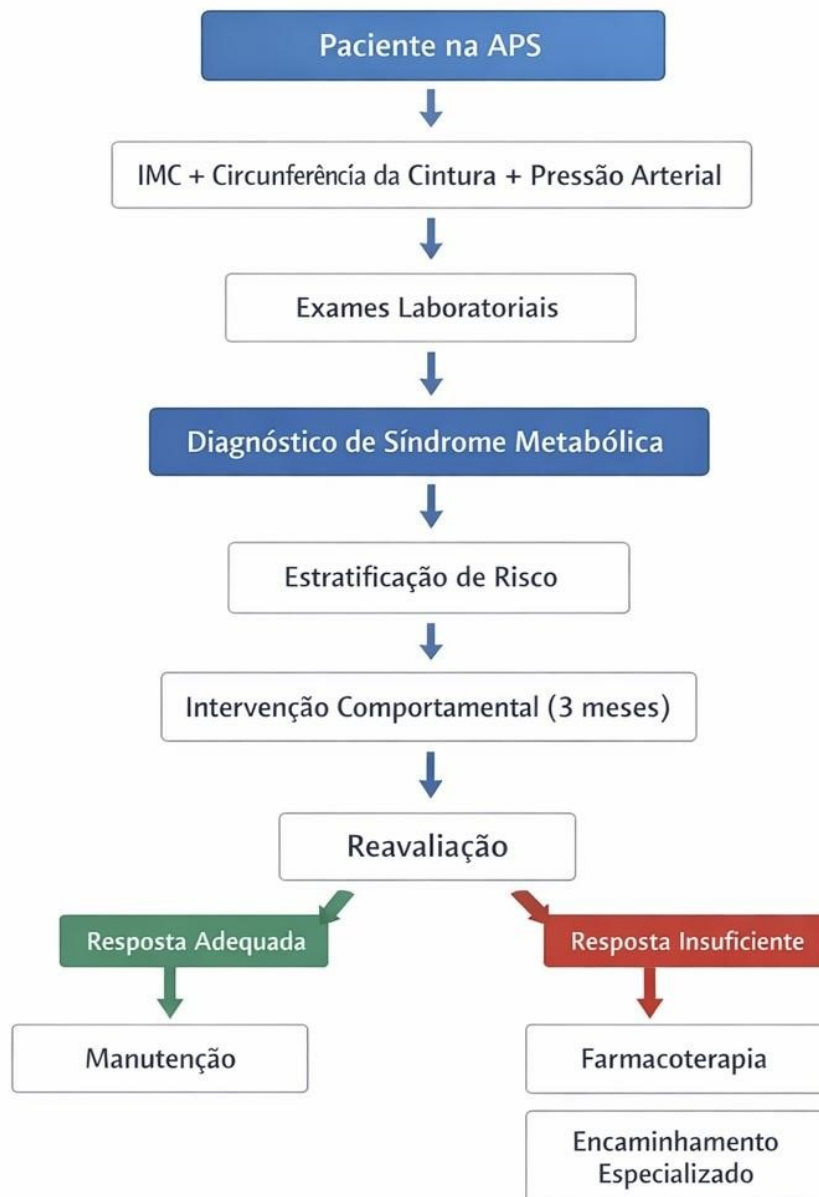
Na APS, recomenda-se:

- consultas mais frequentes nos primeiros 3–6 meses;

- monitoramento de medidas, exames e adesão (ver **Tabela 1.1**);
- revisão sistemática de gatilhos de recidiva (sono, estresse, trabalho, insegurança alimentar, álcool);

- ajuste de metas para desfechos funcionais (dor, mobilidade, sono, marcadores metabólicos);
- plano explícito de “prevenção de recaída” com estratégias acordadas.

Figura 1.3 Fluxo de manejo integrado da obesidade e síndrome metabólica na APS



Legenda: Algoritmo simplificado de avaliação, estratificação de risco e tomada de decisão terapêutica no cuidado de pacientes com obesidade e síndrome metabólica na atenção primária. **Fonte:** BRASIL (2022); ABESO (2026); SARAIVA *et al.* (2025).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. Diretriz Brasileira de Tratamento Farmacológico da Obesidade. 2026. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2025/12/Diretriz-Brasileira-de-Tratamento-Farmacologico-da-Obesidade-ABESO-2026.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

ALBERTI, K.G.M.M. *et al.* Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, v. 120, p. 1640-1645, 2009.

ALBERTI, K.G.M.M. *et al.* Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, v. 23, n. 5, p. 469-480, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

ISSA, A.F.C. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2020. Disponível em: <https://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

RACHED, F.H. *et al.* Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 9, p.e20250640, 2025.

SARAIVA, J.F.K. *et al.* Diretriz Brasileira Baseada em Evidências de 2025 para o Manejo da Obesidade e Prevenção de Doenças Cardiovasculares e Complicações Associadas à Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, p. 9, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CAPÍTULO 2

SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RAÍSSA ARAÚJO DAVINI¹
ANA CAROLINA DUQUE REZENDE²
MARIA EDUARDA RODRIGUES GUERRA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Dicante - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³Dicante - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher; Rastreamento; Planejamento Reprodutivo.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher na atenção primária à saúde (APS) exige uma abordagem longitudinal e centrada na pessoa, capaz de integrar prevenção, rastreamentos, manejo de condições agudas e crônicas, saúde sexual e reprodutiva, atenção ao climatério, vigilância de cânceres prevalentes, cuidado em situações de violência e coordenação com a rede especializada. Esse cuidado não se organiza por “episódios”, mas por ciclos de vida e perfis de risco, exigindo que a APS opere com protocolos clínicos, comunicação clínica qualificada e tomada de decisão baseada em evidências, mantendo o vínculo como tecnologia essencial do cuidado (BRASIL, 2016).

No contexto brasileiro, documentos estruturantes para a prática clínica na APS incluem os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, que abrangem desde planejamento reprodutivo e queixas ginecológicas comuns até atenção a situações de violência, rastreamento e detecção precoce de neoplasias, e cuidados no climatério (BRASIL, 2016). Além disso, diretrizes nacionais específicas orientam pontos críticos do cuidado: as Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama fornecem recomendações para diagnóstico precoce e rastreamento conforme risco e organização da linha de cuidado (INCA, 2015); as Diretrizes Brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero vêm sendo atualizadas, incluindo estratégias de rastreamento organizado com testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico (BRASIL, 2025); e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para infecções sexualmente transmissíveis (IST) orientam triagem, diagnóstico, tratamento e ações programáticas para prevenção e cuidado (BRASIL, 2022).

Uma visão avançada na APS também requer incorporar a perspectiva de risco cardiovascular e envelhecimento saudável, especialmente no climatério e na menopausa, onde decisões sobre terapia hormonal, avaliação de sintomas e prevenção cardiovascular devem ser contextualizadas em risco global e janela de oportunidade, conforme diretrizes recentes (OLIVEIRA *et al.*, 2024). Por fim, situações de violência sexual demandam abordagem imediata, protocolos de acolhimento, profilaxias, coleta de vestígios quando aplicável e seguimento estruturado, com notificação e articulação em rede (BRASIL, 2015; BRASIL, s.d.).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma síntese avançada e operacional para especialistas sobre a saúde da mulher na APS, contemplando organização do cuidado por ciclo de vida, planejamento sexual e reprodutivo, rastreamento e detecção precoce de câncer de colo do útero e mama, manejo de queixas ginecológicas frequentes, atenção ao climatério/menopausa, abordagem das IST e fluxos para situações de violência, com foco em estratificação de risco, condutas reprodutíveis e coordenação do cuidado em rede.

Organização do cuidado por ciclo de vida e estratificação de risco

A prática avançada em saúde da mulher na APS é mais eficiente quando estruturada por “linhas de cuidado” integradas e agendas oportunísticas: cada consulta deve ser uma oportunidade de atualizar rastreios, mapear riscos (cardiometabólico, ginecológico-oncológico, reprodutivo, violência, saúde mental), revisar imunizações e pactuar um plano longitudinal. Protocolos nacionais reforçam que a APS deve ser resolutiva para queixas comuns, mas também “porta de entrada” para identificação precoce de agravos e coordenação com a rede (**Tabela 2.1**) (BRASIL, 2016).

A estratificação de risco deve considerar, no mínimo:

- risco reprodutivo (desejo reprodutivo, uso/necessidade de contracepção, histórico obstétrico);
- risco de IST (vulnerabilidades, acesso a preservativos, múltiplas parcerias, histórico de IST);

- risco oncológico (idade, história familiar, achados clínicos e resultados prévios);
- risco de violência (doméstica/sexual);
- risco cardiometabólico e trombótico (hipertensão, tabagismo, enxaqueca com aura, trombofilias), que influencia escolhas contraceptivas e manejo no climatério (BRASIL, 2016; DIRETRIZ BRASILEIRA, 2024).

Tabela 2.1 Componentes prioritários do cuidado por ciclo de vida na APS

Ciclo de vida	Prioridades na APS	Rastreios/ações oportunísticas	Pontos de atenção (alto impacto)
Adolescência	saúde sexual, contracepção, IST, saúde mental	aconselhamento, prevenção de IST, avaliação de violência	confidencialidade, adesão, barreiras sociais
Idade reprodutiva	planejamento reprodutivo, queixas ginecológicas, IST	rastreo colo uterino conforme diretriz, avaliação clínica de mamas	escolha contraceptiva por risco, interações e preferências
Gestação/puerpério	pré-natal, puerpério, amamentação, saúde mental	prevenção de transmissão vertical conforme protocolos	risco hipertensivo/hemorragico, depressão pós-parto
Climatério/menopausa	sintomas, prevenção CV, saúde óssea/urogenital	avaliação de risco CV e individualização	janela de oportunidade para TH quando indicada
Idosa	multimorbidades, função, sexualidade, violência	abordagem de sangramento pós-menopausa e sinais de alarme	polifarmácia, fragilidade e risco de câncer

Fontes: BRASIL, 2016; BRASIL, 2022; BRASIL, 2025; INCA, 2015.

Planejamento sexual e reprodutivo: contracepção e aconselhamento clínico

O planejamento sexual e reprodutivo deve ser conduzido como cuidado contínuo, com aconselhamento informado, abordagem não coercitiva e decisões compartilhadas. A APS deve garantir acesso a métodos, avaliar elegibilidade clínica, orientar uso correto e gerenciar efeitos adversos (Quadro 2.1). Materiais do Ministério da Saúde reforçam a necessidade de informação de qualidade e descrição de métodos, incluindo eficácia típica e uso correto (BRASIL, s.d.).

Protocolos nacionais de APS fornecem arcabouço clínico para escolha e seguimento (BRASIL, 2016).

Na prática avançada, a escolha do método deve priorizar:

1. preferências da mulher e projeto de vida;
2. contraindicações/risco trombótico e cardiovascular, especialmente para métodos combinados;
3. perfil de adesão, favorecendo métodos de longa duração (LARC) quando apropriado;
4. contexto de vulnerabilidade e risco de IST (preservativo como componente essencial) (BRASIL, 2016; BRASIL, s.d.)

Quadro 2.1 Decisão contraceptiva avançada (síntese operacional)

• Identificar objetivo: evitar gravidez? por quanto tempo? desejo futuro?
• Avaliar riscos: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo, história trombótica, enxaqueca com aura, obesidade grave, pós-parto, lactação.
• Selecionar método: preferir alta eficácia e baixa dependência de adesão quando indicado.
• Orientar dupla proteção quando risco de IST.
• Planejar seguimento: efeitos adversos, sangramento irregular, sinais de alarme e troca do método.

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, s.d.

Observação: quando houver suspeita de violência sexual, priorizar manejo específico com contracepção de emergência e profilaxias conforme protocolo (BRASIL, 2015; BRASIL, s.d.).

Rastreamento e detecção precoce: câncer do colo do útero

O rastreamento do câncer do colo do útero é uma das intervenções de maior impacto em saúde pública na saúde da mulher, mas seu efeito depende de organização, qualidade da coleta, rastreio oportuno, seguimento de resultados alterados e garantia de diagnóstico e tratamento (**Tabela 2.2**). O Brasil dispõe de diretrizes e, recentemente, aprovou atualização para rastreamento organizado com testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico, reforçando estratégias programáticas e regulação do cuidado (BRASIL, 2025). O INCA mantém publicações de diretrizes e materiais de apoio para rastreamento e organização da linha de cuidado (INCA, 2018).

Tabela 2.2 Componentes críticos do rastreamento do colo do útero na APS

Etapa	Risco de falha comum	Conduta avançada na APS
Captação	baixa cobertura/inequidade	busca ativa e agendas oportunistas
Coleta	técnica inadequada	treinamento, checagem de qualidade e registro
Resultado	demora/sem comunicação	sistema de convocação e retorno programado
Seguimento	perda de seguimento	rastreamento organizado + regulação
Encaminhamento	demora para colposcopia/tratamento	priorização por risco e monitoramento pela APS

Fonte: (BRASIL, 2025; INCA, 2018)

Rastreamento e detecção precoce: câncer de mama

A detecção precoce do câncer de mama envolve duas estratégias distintas: **diagnóstico precoce** (responder rapidamente a sinais e sintomas) e **rastreamento** (oferta de exame em população assintomática conforme política). Diretrizes nacionais do INCA para detecção

precoce sistematizam evidências para apoiar organização da linha de cuidado e tomada de decisão clínica, reforçando que o impacto depende de acesso rápido ao diagnóstico e tratamento, além de evitar intervenções de baixo valor (INCA, 2015). Conteúdos institucionais também reforçam a distinção entre rastreamento e diagnóstico precoce e a importância de organizar a rede (**Figura 2.1**) (INCA, 2022).

Figura 2.1 Sinais de alarme e ação imediata na APS



Fonte: Adaptado de Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Atualizações conforme INCA, 2022.

IST na saúde da mulher: abordagem clínica e programática

O cuidado avançado exige integrar clínica individual e ações programáticas (testagem, tratamento, notificação, prevenção e manejo de parcerias). O PCDT de IST orienta a APS na triagem, diagnóstico, tratamento e prevenção, incluindo populações-chave e fluxos para se-

guimento (BRASIL, 2022). A saúde da mulher na APS deve garantir: testagem oportuna (incluindo testes rápidos conforme disponibilidade local), aconselhamento, prescrição adequada e abordagem de parcerias, além de considerar contextos como gestação e violência sexual (**Tabela 2.3**) (BRASIL, 2022; BRASIL, 2015).

Tabela 2.3 Componentes do cuidado em IST na APS

Componente	Ação mínima	Ação avançada
Triagem	anamnese sexual não julgadora	estratificação de risco e testagem ampliada
Diagnóstico	exame e testes conforme protocolo	sindrômico + confirmatório quando indicado
Tratamento	prescrição conforme PCDT	garantir adesão, orientar parcerias, retorno
Prevenção	preservativos e aconselhamento	abordagem combinada e redução de danos
Seguimento	reavaliação clínica	rastrear reinfecção e barreiras

Fonte: BRASIL, 2022

Violência sexual: manejo imediato e seguimento coordenado

A APS tem papel duplo: (1) acolher, identificar e encaminhar imediatamente quando necessário; (2) garantir seguimento longitudinal, saúde mental, prevenção de agravos e articulação com rede de proteção. A norma técnica do Ministério da Saúde orienta organização e operacionalização da atenção à saúde de pessoas em situação de violência sexual, incluindo acolhimento, exame, contracepção de emergência, profilaxias e suporte psicossocial (BRASIL, 2015). Conteúdos oficiais reforçam notificação compulsória em 24 horas e a necessidade de seguimento na APS (**Figura 2.2**) (BRASIL, s.d.).

Figura 2.2 Fluxo de atendimento à violência sexual: APS e rede



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual (2015); Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016).

1. Acolhimento e escuta qualificada + avaliação de segurança imediata.

2. Registro clínico objetivo + exame conforme situação e consentimento.

3. Avaliar janela para: contracepção de emergência, profilaxias e testagens (HIV/IST/hepatite B) e coleta de vestígios quando indicado.

4. Notificação compulsória e articulação com rede (assistência social, proteção, segurança).

5. Seguimento na APS: saúde mental, adesão a profilaxias, reavaliações e prevenção de revitimização.

Climatério e menopausa: manejo de sintomas e prevenção cardiovascular

O cuidado no climatério deve integrar alívio de sintomas, saúde urogenital, sexualidade, sono e prevenção de longo prazo. Uma abordagem avançada exige avaliação do risco cardiovascular global e consideração da “janela de oportunidade” para terapia hormonal quando indicada e segura. Diretrizes brasileiras recentes sobre saúde cardiovascular no climatério e menopausa reforçam a necessidade de avaliação de risco, individualização e prudência na indicação terapêutica, com foco em benefício-risco (**Figura 2.3**) (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

A APS deve ser capaz de:

- distinguir sangramento uterino anormal e sangramento pós-menopausa como sinais de alarme;
- avaliar sintomas vasomotores e impacto funcional;
- manejar síndrome geniturinária da menopausa com estratégias locais e sistêmicas conforme risco;
- abordar risco cardiometabólico e estilo de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Figura 2.3 Sinais de alarme no climatério/menopausa



Fonte: Adaptado: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da mulher no climatério/menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016; Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC). Diretriz Brasileira de Climatério e Menopausa, 2024.

Queixas ginecológicas frequentes na APS: abordagem resolutiva e limites

Protocolos de APS em saúde da mulher orientam manejo de queixas comuns (corrimento vaginal, dor pélvica, sangramento uterino anormal, dismenorreia, sintomas urinários), com necessidade de: anamnese dirigida, exame físico quando indicado, avaliação de gravidade/sinais de alarme e condutas escalonadas (BRASIL, 2016). A APS deve ser resolutiva para casos

simples, mas precisa reconhecer critérios de complexidade e de encaminhamento oportuno (Tabela 2.4).

Tabela 2.4 Triagem de gravidade em dor pélvica e sangramento uterino

Situação	Conduta na APS	Quando encaminhar/urgência
Dor pélvica leve/moderada sem sinais sistêmicos	analgesia, investigação inicial, reavaliação programada	piora, febre, massa, gravidez/ectópica suspeita
Sangramento uterino anormal	estratificar idade/risco, investigar causas, plano	instabilidade, anemia importante, pós-menopausa
Corrimento com sinais inflamatórios	tratar conforme abordagem clínica e PCDT IST	falha terapêutica, gestação com complicações

Fonte: BRASIL, 2016.

Coordenação do cuidado e indicadores de qualidade na APS

A qualidade do cuidado em saúde da mulher na APS pode ser acompanhada por indicadores operacionais e clínicos: cobertura de rastreamento de colo do útero, tempo de seguimento de resultados alterados, tempo para investigação de sinais de alarme mamários, proporção de aconselhamento contraceptivo documentado, testagem para IST conforme risco, e seguimento pós-violência sexual. Protocolos e diretrizes reforçam que o impacto do cuidado depende de organização do processo de trabalho e de rede regulada (BRASIL, 2016; BRASIL, 2025; INCA, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Contracepção. Portal Gov.br, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/contracepcao>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Brasileira para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Portal Gov.br, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual: orientações para profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência sexual. Portal Gov.br, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/violencia-sexual>. Acesso em: 23 fev. 2026.

OLIVEIRA, G.M.M. *et al.* Diretriz brasileira sobre a saúde cardiovascular no climatério e na menopausa – 2024. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 7, p. e20240478, jul. 2024

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (2ª edição revista, ampliada e atualizada). Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 23 fev. 2026.

INCA. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em: 23 fev. 2026.

INCA. Detecção precoce do câncer de mama: ações. Portal Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CAPÍTULO 3

PUERICULTURA E VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JANAÍNA SOARES MARTINS¹
BRUNA RIBEIRO PRATES PORTES²
VICTOR AUGUSTO NASCIMENTO PEREIRA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹ Discente - Afya Centro Universitário São João del-Rei, São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil.

² Discente - Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil.

³ Discente - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil; Puericultura; Triagem do Desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

A puericultura na atenção primária à saúde (APS) constitui um eixo estruturante do cuidado longitudinal à criança, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, detecção precoce de alterações e coordenação do cuidado em rede. No cenário brasileiro, esse acompanhamento se ancora em diretrizes e instrumentos oficiais, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), e em dispositivos de registro e comunicação clínica com famílias e serviços, como a Caderneta da Criança, que organiza informações essenciais sobre crescimento, desenvolvimento, vacinação e eventos relevantes desde o nascimento até a infância (BRASIL, 2015; BRASIL, [s.d.]).

A vigilância do desenvolvimento infantil é um processo contínuo, sistemático e centrado na família, que exige do profissional competências clínicas e comunicacionais avançadas: reconhecer trajetórias típicas e atípicas, identificar fatores de risco e proteção, selecionar instrumentos de triagem apropriados, qualificar o sinal de alerta dentro do contexto biopsicossocial e definir condutas proporcionais ao risco desde aconselhamento e promoção de estímulos até encaminhamento oportuno para avaliação especializada e intervenções precoces.

A vigilância moderna do desenvolvimento, por sua vez, não deve ser confundida com a aplicação esporádica de escalas. Trata-se de uma estratégia clínica longitudinal que combina escuta ativa das preocupações parentais, história do desenvolvimento, observação dirigida, exame físico e neurológico focal, análise do ambiente de cuidado, avaliação de audição e visão conforme idade e risco, e aplicação de instrumentos padronizados de rastreio quando indicado. Diretrizes internacionais enfatizam a vigilância em todas as consultas de supervisão

de saúde e o uso criterioso de triagens padronizadas para reduzir subdiagnóstico e inequidades, com especial atenção para rastreio de transtornos do neurodesenvolvimento e autismo em idades-chave (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2025; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e baseada em evidências para puericultura e vigilância do desenvolvimento na APS, detalhando fundamentos clínicos, instrumentos, sinais de alerta, fluxos de decisão e estratégias de coordenação do cuidado, de modo a apoiar especialistas na implementação de um acompanhamento efetivo, reproduzível e orientado a intervenções precoces.

Fundamentos avançados do desenvolvimento infantil relevantes para a APS

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, multidimensional e fortemente dependente da interação entre genética, maturação neurológica, ambiente físico e relacional, saúde mental parental, nutrição, sono, oportunidades de brincar, estimulação responsiva e proteção contra violências (**Figura 3.1**). Em termos clínicos, a APS precisa operar com um modelo transacional: a criança influencia o ambiente e é influenciada por ele; assim, atrasos podem expressar desde condições neurobiológicas (por exemplo, transtornos do neurodesenvolvimento) até restrições ambientais (por exemplo, negligência, pobreza extrema, depressão materna), ou ambos.

Para especialistas, alguns princípios são especialmente úteis:

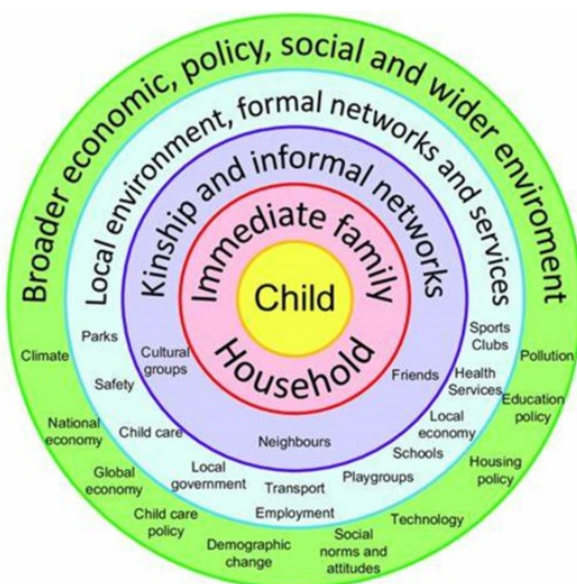
1. **Janelas de oportunidade e plasticidade:** a primeira infância concentra elevada plasticidade, o que torna intervenções precoces mais eficazes — e a demora diagnóstica mais danosa.

2. **Domínios do desenvolvimento:** comunicação/linguagem, motor grosseiro, motor fino/adaptativo, cognitivo/resolução de problemas e socioemocional/regulação. Ferramentas como o ASQ-3 se organizam por domínios semelhantes, o que facilita o raciocínio clínico e o planejamento de intervenções por área (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

3. **Desenvolvimento como trajetória, não ponto:** mais importante que um marco isolado é a velocidade de aquisição, a presença de perdas de habilidades (regressão) e a consistência entre domínios (por exemplo, linguagem muito abaixo com interação social reduzida sugere risco aumentado para TEA; atraso motor importante com sinais neurológicos sugere etiologias específicas).

4. **Correção de idade em prematuros:** na vigilância, especialmente até 24 meses, deve-se considerar idade corrigida para prematuridade ao interpretar marcos e resultados de triagem, evitando superdiagnóstico de atraso e, ao mesmo tempo, garantindo acompanhamento intensivo para crianças de risco.

Figura 3.1 Modelo ecológico do desenvolvimento infantil



Fonte: Bronfenbrenner, 1979.

Vigilância do desenvolvimento versus triagem padronizada

A vigilância do desenvolvimento é um processo longitudinal que ocorre em toda consulta de puericultura, enquanto a triagem padronizada (*screening*) é o uso de instrumentos validados para identificar risco aumentado em idades ou situações específicas. A *American Academy of Pediatrics* descreve a vigilância como um processo que envolve elicitar preocupações, obter história do desenvolvimento, observar marcos e comportamentos, examinar a criança e aplicar julgamento clínico ao longo das consultas de supervisão de saúde (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020).

Na prática da APS, especialmente em contextos de alta demanda, a vigilância pode se perder em consultas centradas em queixas imediatas. O especialista precisa estruturar uma rotina mínima reproduzível que garanta: (1) verificação rápida de crescimento e sinais de alarme; (2) coleta de preocupações parentais; (3) observação dirigida da interação e da comunicação; (4) aplicação de *checklist* de marcos (como os da Caderneta da Criança e materiais do Ministério da Saúde); (5) triagem formal quando indicado, com registro e plano (BRASIL, [s.d.]; BRASIL, [s.d.]).

As listas de marcos do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) foram atualizadas com base em evidências e propostas para apoiar conversas com famílias, reforçando a lógica de que a ausência de marcos esperados pode demandar triagem adicional e avaliação, e não deve ser banalizada como “cada criança tem seu tempo” quando há sinais consistentes de risco (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2026; ZUBLER *et al.*, 2022; ABERCROMBIE *et al.*, 2022).

Instrumentos e recursos clínicos na APS brasileira

A APS dispõe de instrumentos oficiais e de instrumentos padronizados de triagem que podem ser incorporados conforme disponibilidade e contexto (**Figura 3.2**):

- **Caderneta da Criança:** instrumento nacional para registro e acompanhamento de saúde, crescimento e desenvolvimento, com marcos e orientações. Deve ser usada ativamente, não apenas como documento, mas como tecnologia levedura de coordenação do cuidado (BRASIL, [s.d.]).

- **Conteúdos do Ministério da Saúde sobre desenvolvimento infantil:** materiais que orientam famílias e profissionais e reforçam a importância do acompanhamento dos marcos e de alertar o profissional quando algo não vai bem (BRASIL, [s.d.]).

- **ASQ-3 / ASQ-BR (*Ages & Stages Questionnaires*):** ferramenta de triagem por domí-

nios, com uso disseminado em diferentes contextos; há literatura brasileira sobre sua adaptação e estudos com amostras relevantes, além de manuais institucionais utilizados em redes locais (TAVARES *et al.*, 2015; DELLA BARBA *et al.*, 2018; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

- **M-CHAT-R/F:** instrumento de rastreio de autismo em crianças pequenas; há versão em português do Brasil e estudos de tradução/validação, o que sustenta sua aplicabilidade quando utilizado corretamente, com a etapa de *follow-up* para reduzir falsos positivos (LOSAPIO *et al.*, 2022).

Além disso, revisões apontam limitações e desafios na disponibilidade e validação de instrumentos de triagem no Brasil, com necessidade de escolhas criteriosas e adaptação operacional (ALBUQUERQUE & CUNHA, 2020).

Figura 3.2 Instrumentos e recursos para vigilância e triagem do desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: TAVARES *et al.*, 2015; DELLA BARBA *et al.*, 2018; LOSAPIO *et al.*, 2022.

Rotina avançada de puericultura com vigilância do desenvolvimento

A puericultura orientada por vigilância do desenvolvimento deve combinar estrutura

(itens mínimos sempre presentes) e flexibilidade (aprofundamento conforme idade, risco e preocupações). Uma proposta operacional avançada inclui:

1. Pré-consulta / acolhimento

- Checar Caderneta da Criança, vacinação, crescimento e eventos desde a última visita.
- Identificar grupos de risco: prematuridade, baixo peso, intercorrências neonatais, síndromes, epilepsia, infecções congênitas, exposição a álcool/drogas, violência, insegurança alimentar, depressão pós-parto, institucionalização.

2. Consulta clínica com foco em desenvolvimento

- Pergunta-chave: “Você tem alguma preocupação com o desenvolvimento, comportamento, fala, sono ou aprendizagem?”
- História breve por domínios: comunicação, motor, social, comportamento/regulação.
- Observação dirigida: contato ocular, atenção compartilhada, resposta ao nome, imitação, gestos, brincadeira funcional/simbólica, qualidade do choro, tônus e postura.
- Exame físico focal: perímetro cefálico, fontanelas, sinais dismórficos, tônus, reflexos, marcha, coordenação, assimetrias, visão (alinhamento ocular), audição (resposta a sons conforme idade), cavidade oral (freio lingual quan-

do indicado), pele (lesões neurocutâneas), coluna.

3. Triagem formal e registro

- Aplicar instrumento adequado quando: há preocupação parental, achados observacionais, fatores de risco, ou em idades-chave definidas localmente.

- Registrar resultado, plano e reavaliação em prazo definido (curto quando risco alto).

4. Promoção do desenvolvimento

- Aconselhamento de estimulação responsiva: brincar, leitura compartilhada, conversa, rotina de sono, limites, redução de telas.
- Orientações por faixa etária (o que estimular e como).
- Reforço de vínculo e saúde mental parental.

5. Coordenação do cuidado

- Quando necessário, acionar rede: fonoaudiologia, fisioterapia/TO, neuropediatria, psicologia, CAPSi, assistência social, programas de visita domiciliar, educação infantil, e serviços de reabilitação.

Proposta de agenda e componentes mínimos da vigilância do desenvolvimento na APS (0–5 anos) (**Tabela 3.1**).

Tabela 3.1 Organiza uma sugestão prática de periodicidade e componentes, adaptável à realidade local e às recomendações normativas

Faixa etária	Periodicidade sugerida na APS	Componentes mínimos de vigilância	Triagens padronizadas sugeridas (quando disponíveis)
0–28 dias	1–2 consultas	alimentação, sono, responsividade, tônus, reflexos, vínculo, observação de interação, sinais neurológicos	instrumentos de risco/observação clínica; considerar triagens locais
2–6 meses	mensal/bimestral	marcos motores e sociais iniciais, simetria, audição/visão conforme sinais, orientação de estímulos	ASQ-3/ASQ-BR (conforme protocolo local)
6–12 meses	bimestral/trimestral	sentar, pinça, balbúcio, atenção compartilhada, brincadeira, estranhamento	ASQ-3/ASQ-BR quando risco/queixa
12–24 meses	Trimestral	marcha, linguagem receptiva/expressiva, gestos, brincadeira funcional, comportamento	M-CHAT-R/F (16–30 meses) + ASQ-3/ASQ-BR se indicado
2–5 anos	semestral/anuais	linguagem, interação social, simbolização, coordenação, pré-acadêmico, comportamento	ASQ-3/ASQ-BR ou instrumentos locais; reavaliar se queixa

Fonte: BRASIL, [s.d.].

Observação: esta agenda deve ser intensificada para prematuros, crianças com agravos neonatais, deficiência, vulnerabilidade social importante ou preocupações parentais persistentes.

Sinais de alerta (“red flags”) e tomada de decisão clínica

A abordagem avançada não depende de memorizar todos os marcos, mas de reconhecer padrões e sinais de alerta. A seguir, um conjunto operacional de sinais com alto valor clínico para decisão de conduta, alinhado a práticas de vigilância e à necessidade de triagem adicional quando marcos esperados não são atingidos (**Quadro 3.1**) (ZUBLER *et al.*, 2022).

Estratificação de risco e conduta

Uma proposta prática para especialistas é estratificar em três níveis:

- **Baixo risco:** sem sinais de alerta, sem preocupações parentais significativas, marcos

compatíveis com idade (ou idade corrigida). Conduta: promoção do desenvolvimento, reforço de leitura/brincar, reduzir telas, retorno conforme agenda.

- **Risco intermediário:** pequena discrepância em um domínio, ou preocupação parental persistente sem sinais graves; fatores de risco presentes (prematuridade, vulnerabilidade social). Conduta: aplicar triagem padronizada, orientar estímulos direcionados, reavaliar em 4–8 semanas, e considerar encaminhamento para intervenção precoce se persistência.

- **Alto risco:** regressão, múltiplos domínios comprometidos, sinais neurológicos, falha importante de linguagem/social, suspeita de TEA, convulsões, micro/macrocefalia progressiva, ou impacto funcional importante. Conduta: triagem imediata + encaminhamento prioritário para avaliação especializada e início de intervenções, sem aguardar maturação.

Quadro 3.1 Sinais de alerta prioritários (por domínio) na vigilância do desenvolvimento

• Regressão: perda de habilidades previamente adquiridas (qualquer idade) → avaliação urgente.
• Audição/linguagem: ausência de balbúcio significativo até ~6–9 meses; ausência de palavras com significado até ~15–18 meses; não formar frases simples até 24–30 meses; não responder ao nome de forma consistente.
• Social/TEA: ausência de sorriso social sustentado; baixa reciprocidade; pouca atenção compartilhada; ausência de apontar para compartilhar interesse; não imitar; contato ocular pobre associado a outros sinais.
• Motor: assimetrias persistentes, preferência manual muito precoce, hipotonia/hipertonia marcante, não sentar sem apoio em idade esperada, não andar com apoio/independente em janelas típicas, marcha muito anormal persistente.
• Comportamento/regulação: irritabilidade extrema persistente, dificuldades graves de sono/alimentação com impacto funcional, autoagressão, crises de desorganização frequentes e intensas fora do esperado para idade.

Rastreio de TEA na puericultura: integração prática do M-CHAT-R/F

O rastreio de TEA na APS é um dos pontos críticos para reduzir atraso diagnóstico. O M-CHAT-R/F foi desenvolvido para triagem em idades específicas (16 a 30 meses) e, quando corretamente aplicado com a etapa de *follow-up*, contribui para melhor acurácia do processo

de triagem. A existência de versão em português do Brasil e estudos de validação reforça sua utilização em protocolos locais, desde que inserida numa estratégia de vigilância e não como ação isolada (LOSAPIO *et al.*, 2022).

Para especialistas, recomenda-se:

1. **Aplicar no contexto certo:** criança com 16–30 meses, preferencialmente em consultas

estruturadas (puericultura), com cuidador capaz de responder.

2. **Interpretar com clínica:** um resultado positivo não é diagnóstico; é indicação de avaliação mais aprofundada e, frequentemente, de intervenção precoce e suporte familiar.

3. **Realizar *follow-up*:** quando aplicável, a etapa de *follow-up* reduz falso-positivo e melhora precisão, além de qualificar a conversa clínica com a família.

4. **Não atrasar intervenções:** diante de sinais claros (por exemplo, ausência de atenção compartilhada, regressão), não se deve aguardar resultado de teste para encaminhar e iniciar apoio.

5. **Integrar com linguagem e audição:** sempre avaliar possibilidade de perda auditiva, privação linguística, ou transtornos de linguagem como diagnósticos diferenciais e comorbidades.

Triagem do desenvolvimento por domínios: uso avançado do ASQ-3/ASQ-BR

Instrumentos por domínios, como o ASQ-3, favorecem um plano terapêutico orientado para áreas específicas (por exemplo, comunicação e motricidade fina). Há estudos brasileiros envolvendo o ASQ em amostras amplas e discussões sobre sua aplicabilidade, bem como manuais institucionais em redes locais, o que respalda seu uso quando disponível e quando a equipe tem treinamento operacional (TAVARES *et al.*, 2015; DELLA BARBA *et al.*, 2018; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

Pontos avançados para especialistas:

- **Escolha da versão adequada por idade:** aplicar o formulário correspondente à faixa etária correta (considerando idade corrigida no prematuro).

- **Qualidade da aplicação:** orientar cuidadores com exemplos práticos, reduzir vieses

(por exemplo, “nunca ofereci isso, então não sei”), e registrar o contexto.

- **Interpretação clínica:** resultados limítrofes podem indicar necessidade de orientação e reavaliação em curto prazo; resultados claramente abaixo do esperado em múltiplos domínios sugerem necessidade de avaliação especializada.

- **Atenção às desigualdades:** desempenho pode refletir oportunidades de estímulo. A conduta deve evitar culpabilização familiar e priorizar intervenção orientada e acesso a serviços. Vigilância integrada: audição, visão, nutrição, sono e saúde mental parental

A vigilância do desenvolvimento não se sustenta sem vigilância sensorial, clínica e do contexto familiar:

Audição

Perda auditiva, otites recorrentes e ambientes com baixa estimulação verbal podem mimetizar ou agravar atrasos de linguagem. Na APS, deve-se incorporar perguntas diretas (responde a sons? localiza? reage ao nome?), observar balbúcio, e encaminhar para avaliação auditiva quando há suspeita ou fatores de risco.

Visão

Estrabismo persistente, ausência de fixação/seguimento, nistagmo e queixas visuais devem ser reconhecidos precocemente. Alterações visuais afetam motricidade, linguagem e interação social.

Nutrição e crescimento

Desnutrição e anemia prejudicam cognição, atenção e atividade exploratória. Obesidade e sono irregular também afetam regulação e comportamento. A Caderneta da Criança organiza o monitoramento do crescimento, que deve ser interpretado em conjunto com desenvolvimento (BRASIL, [s.d.]).

Sono e telas

Sono insuficiente ou desorganizado pode gerar irritabilidade, prejuízo de atenção e atrasos secundários. Exposição excessiva a telas, especialmente na primeira infância, está associada a piora de linguagem e interação, devendo ser abordada de forma concreta (rotina, metas graduais, alternativas de brincar).

Saúde mental parental e vínculo

Depressão pós-parto, ansiedade, violência doméstica e estresse socioeconômico comprometem responsividade e qualidade do estímulo. O especialista na APS precisa acolher, rastrear riscos (inclusive violência), articular assistência social e rede de apoio e, quando necessário, encaminhar para cuidado em saúde mental, pois a intervenção sobre o cuidador é, muitas vezes, intervenção sobre o desenvolvimento.

Registro, comunicação com a família e coordenação do cuidado

A qualidade da vigilância se mede pela capacidade de transformar observação em plano compartilhado. Alguns elementos essenciais:

1. **Devolver achados com linguagem acessível:** “Hoje eu observei que a linguagem está abaixo do esperado para idade; isso não é um diagnóstico, mas indica que precisamos avaliar melhor e estimular desde já.”

2. **Registrar claramente:** domínio afetado, exemplos, instrumento aplicado, resultado, conduta, prazos, encaminhamentos e orientação domiciliar. Usar ativamente a Caderneta como ferramenta de continuidade (BRASIL, [s.d.]).

3. **Evitar a armadilha do “vamos esperar” sem plano:** se optar por reavaliar, definir prazo curto e ações concretas (atividades de estímulo; redução de telas; escola/creche; orientação de leitura; reavaliação sensorial).

4. **Coordenação com educação:** para crianças em creche/escola, a APS pode solicitar observações estruturadas, alinhar estratégias de

estímulo e orientar famílias sobre direitos e acesso a serviços.

Fluxos e linhas de cuidado na APS

A tomada de decisão deve ser operacional e rápida. Um fluxo mínimo pode ser descrito e adaptado (**Fluxograma 3.1**).

Estratégias de promoção do desenvolvimento: o “pacote” que deve acompanhar toda consulta

Mesmo quando não há atraso, especialistas devem entregar um pacote consistente de promoção do desenvolvimento, porque isso reduz risco futuro e fortalece vínculo:

- **Brincar diário** (livre e guiado): atividades motoras grossas, manipulação fina, jogos de turnos, música, faz de conta conforme idade.

- **Leitura compartilhada:** rotina curta diária, com participação ativa da criança.

- **Estimulação responsiva:** responder aos sinais da criança, nomear emoções, conversar durante atividades diárias.

- **Rotina previsível:** sono, alimentação, atividades; reduzir telas, especialmente em menores.

- **Parentalidade positiva:** orientar limites e manejo de comportamento com foco em previsibilidade, reforço positivo e coerência.

- **Ambiente seguro:** prevenção de acidentes e violências; orientar vigilância de riscos domésticos.

Desafios operacionais e indicadores de qualidade na vigilância do desenvolvimento

Na APS real, o desafio é transformar diretrizes em rotina. Alguns pontos de melhoria contínua:

- **Cobertura de puericultura** por faixa etária e grupos de risco.

- **Proporção de crianças com triagem padronizada documentada** em idades-chave definidas localmente.

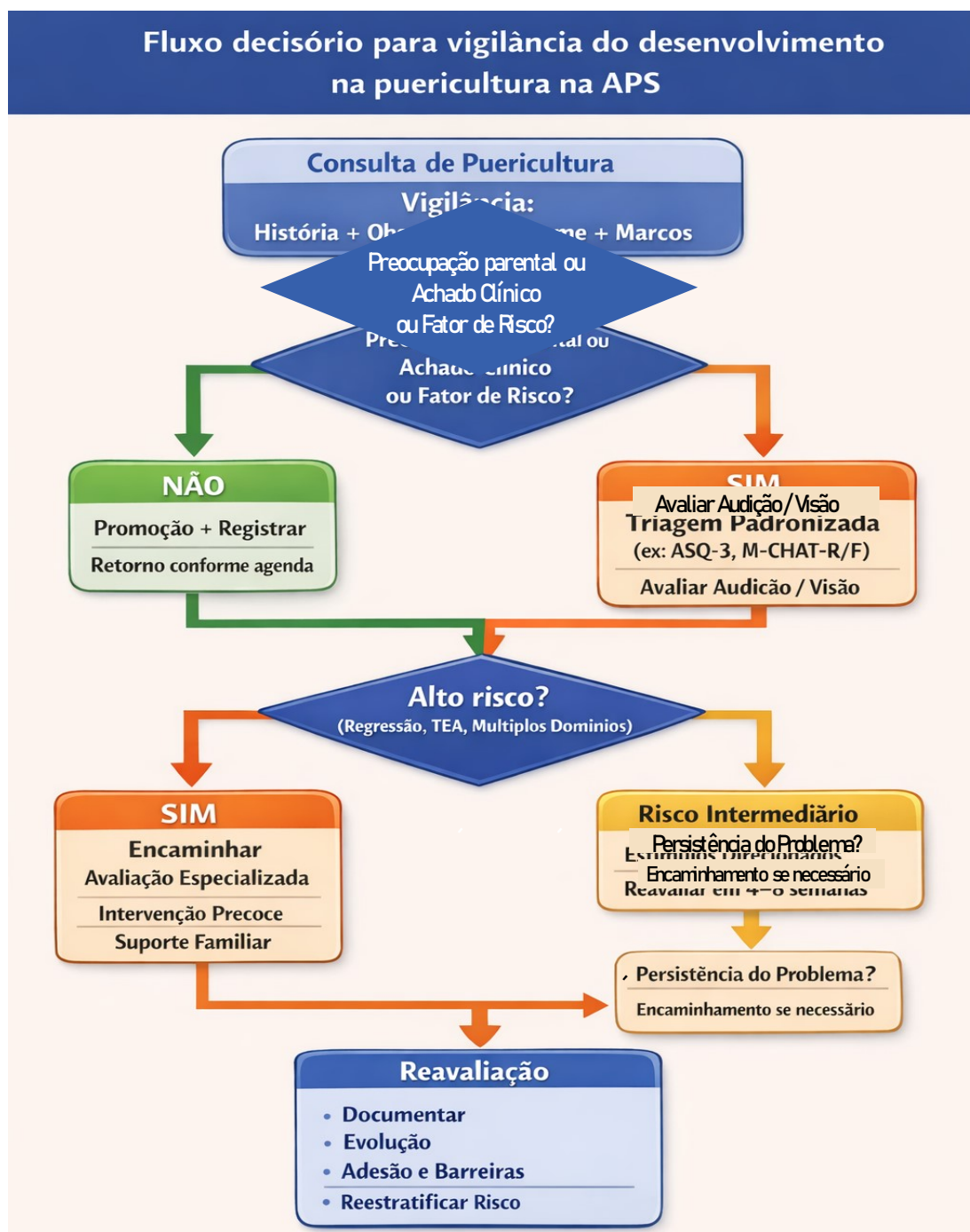
- **Tempo entre suspeita e início de intervenção** (mesmo antes do diagnóstico definitivo).

- **Taxa de retorno pós-encaminhamento** (APS como coordenadora: checar se chegou ao serviço e se iniciou terapia).

- **Registro em Caderneta** e prontuário eletrônico (continuidade e auditoria).

A implementação de tecnologias digitais e registros estruturados (incluindo iniciativas de caderneta digital) tende a favorecer alertas, rastreamento oportuno e adesão, desde que integrada ao processo de trabalho (BRASIL, [s.d.]).

Fluxograma 3.1 Fluxo decisório para vigilância do desenvolvimento na puericultura na APS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERCROMBIE, J. *et al.* CDC's "Learn the Signs. Act Early." Developmental Milestone Resources to Improve Early Identification of Children with Developmental Delays, Disorders, and Disabilities. *Zero Three*, v. 43, n. 1, p. 5-12, 2022.

ALBUQUERQUE, K.A. & CUNHA, A.C.B. New trends in instruments for child development screening in Brazil: a systematic review. *Journal of Human Growth and Development*, v. 30, n. 2, p. 188-196, 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Developmental Surveillance and Screening: Patient Care. 28 fev. 2025. Disponível em: <https://www.aap.org/en/patient-care/developmental-surveillance-and-screening-patient-care/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, v. 145, n. 1, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta Digital da Criança. Portal Gov.br, [s.d.] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-digital-da-crianca>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança – 7ª edição (PDF). Biblioteca Virtual em Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desenvolvimento Infantil. Portal Gov.br, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/desenvolvimento-infantil>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. Brasília DF., ago., 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC's Developmental Milestones. 16 fev. 2026. Disponível em: <https://www.cdc.gov/act-early/milestones/index.html>. Acesso em: 23 fev. 2026.

DELLA BARBA, P.C.S. *et al.* O Ages and Stages Questionnaires (ASQ-BR) e ações de educação infantil: aplicabilidade e envolvimento parental. *Temas em Educação e Saúde, Araraquara*, v. 14, n. 1, p. 31-40, 2018.

FIGUEIRAS, A.C. *et al.* Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

LOSAPPIO, M.F. *et al.* Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F). *Revista Paulista de Pediatria*, v. 41, 2022.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Manual de uso do ASQ-3. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1132535/DLFE-205901.pdf/1.0>. Acesso em: 23 fev. 2026.

TAVARES, L.F.F.A. *et al.* Análise de itens da versão brasileira do Ages and Stages Questionnaires (ASQ3-BR). *Revista Psicopedagogia*, v. 32, p. 314-325, 2015.

ZUBLER, J.M. *et al.* Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools. *Pediatrics*, v. 149, n. 3, 2022.

CAPÍTULO 4

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ISABELA LLAMA¹
THOMÁS MENDONÇA DE ANDRADE²
ANNA LUIZA COSTA DE OLIVEIRA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - UNIFEV, Votuporanga, São Paulo, Brasil.

²Discente - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Atenção Primária; Rede de Atenção Psicossocial.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é componente indissociável da integralidade do cuidado na atenção primária à saúde (APS). Na prática clínica, a APS é o ponto de contato mais frequente entre a população e o sistema de saúde para demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, incluindo sintomas ansioso-depressivos, queixas somáticas persistentes, distúrbios do sono, luto complexo, crises situacionais, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, além de acompanhamento de pes-

soas com transtornos mentais graves e persistentes (TMGP) em cogestão com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011). A magnitude e a heterogeneidade dessas demandas exigem que a APS opere com um modelo clínico e organizacional robusto: abordagem centrada na pessoa, longitudinalidade, estratificação de risco e gravidade, intervenções psicossociais estruturadas e uso criterioso de psicofármacos, sempre integrados à coordenação do cuidado no território (**Figura 4.1**) (BRASIL, 2013).

Figura 4.1 Mapa territorial com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção



Fonte: CARDOSO, 2015.

No SUS, a RAPS foi instituída para ampliar o acesso e articular pontos de atenção à saúde voltados às pessoas em sofrimento psíquico e às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com garantia de cuidado contínuo e integração no território (BRASIL, 2011). Para a APS, o Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde mental oferece um arcabouço técnico operacional altamente aplicável, detalhando ferramentas para acolhimento, comunicação clínica, exame do es-

tado mental, cartografia do território, PTS e instrumentos psicossociais, além de princípios para uso de psicofármacos com foco em cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2013). Também é relevante para o desenho do trabalho em equipe a literatura e os materiais de apoio matricial e matriciamento, que descrevem instrumentos como interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, genograma/ecomapa e pactuação de fluxos entre APS e equipes de saúde mental (BRASIL, 2009).

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde sistematiza recomendações para manejo por não especialistas, em atenção primária, de transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao uso de substâncias, por meio da diretriz mhGAP (3ª edição), enfatizando cuidado escalonado, intervenções psicossociais e organização do seguimento (WHO, 2023). Ainda, estratégias de prevenção em saúde pública, como *LIVE LIFE*, reforçam o papel de sistemas de saúde na identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de pessoas em risco, sem reduzir o cuidado a intervenções pontuais (WHO, 2021). No Brasil, documentos oficiais também orientam ações de prevenção e organização do cuidado psicossocial em diferentes contextos, reforçando a necessidade de integração em rede (BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar um modelo avançado e operacional para organização e manejo da saúde mental na APS, incluindo estratificação de gravidade e risco, ferramentas clínicas reprodutíveis, intervenções psicossociais e farmacológicas baseadas em evidências, critérios de encaminhamento e fluxos de coordenação com a RAPS e com o apoio matricial, com foco em cuidado longitudinal, segurança clínica e qualidade assistencial.

Organização do cuidado em saúde mental na APS

A operacionalização da saúde mental na APS deve combinar clínica e gestão do cuidado (**Quadro 4.1**). Em termos práticos, a equipe precisa de uma rotina mínima reprodutível, capaz de sustentar: identificação precoce, avaliação de gravidade, intervenção inicial, seguimento longitudinal e coordenação com a rede territorial. A APS é especialmente potente quando atua em quatro eixos: (1) cuidado do sofrimento mental comum e prevenção de cronificação; (2) manejo de trans-

tornos mentais moderados com intervenções estruturadas; (3) cogestão de TMGP e cuidado clínico integral; (4) abordagem de determinantes sociais, redes de suporte e intervenções comunitárias (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Quadro 4.1 Componentes essenciais do cuidado em saúde mental na APS

1. Acolhimento e pactuação do motivo principal.
2. Avaliação clínica breve: sintomas, funcionalidade, contexto, comorbidades clínicas, uso de substâncias.
3. Exame do estado mental com registro objetivo.
4. Estratificação de gravidade e definição de intensidade do seguimento.
5. Intervenções psicossociais estruturadas como base do cuidado.
6. Psicofármacos quando indicados, com metas e reavaliação em prazos definidos.
7. Construção de PTS e articulação com rede territorial (RAPS, assistência social, educação, trabalho).
8. Monitoramento longitudinal, incluindo prevenção de recaídas e adesão.

Fonte: (BRASIL, 2013; WHO, 2023)

Ferramentas clínicas reprodutíveis na consulta de APS

A consulta avançada em saúde mental na APS precisa ser eficiente, mas profunda o suficiente para sustentar decisões seguras. O **Carderno nº 34** destaca ferramentas que tornam o cuidado mais resolutivo: comunicação clínica qualificada, exame do estado mental, genograma, ecomapa, diagnóstico de recursos do território e registro estruturado (BRASIL, 2013). No matriciamento, instrumentos como interconsulta, consulta conjunta e visita domiciliar conjunta ampliam a potência clínica e reduzem encaminhamentos desnecessários, ao mesmo tempo em que aumentam segurança para casos complexos (BRASIL, 2009).

Exame do estado mental na APS: o “mínimo avançado”

Um registro curto e reprodutível deve contemplar: aparência/comportamento, nível de consciência/atenção, fala, humor/afeto, pensa-

mento (curso e conteúdo), percepção, cognição e juízo crítico/insight. O foco é identificar sinais de gravidade, prejuízo funcional e necessidades imediatas, além de orientar o plano terapêutico e o seguimento (**Tabela 4.1**) (BRASIL, 2013).

Tabela 4.1 Modelo de registro breve do exame mental e funcionalidade

Domínio	O que observar/registrar	Implicação clínica
Humor/afeto	deprimido, ansioso, irritável; congruência	gravidade e escolha terapêutica
Pensamento	lentificação, aceleração, conteúdo disfuncional	risco e necessidade de rede
Percepção	alterações perceptivas significativas	sinal de complexidade
Cognição	atenção, orientação, memória	suspeita neurocognitiva
Funcionalidade	trabalho/estudo, autocuidado, vínculos	meta terapêutica prioritária
Sono/apetite	padrão e impacto	alvo frequente de intervenção
Substâncias	padrão e consequências	condutas e redução de danos

Fonte: BRASIL, 2013.

Estratificação de gravidade e definição de intensidade do cuidado

A estratificação não é apenas “diagnóstico”; é a base para definir intensidade do seguimento, necessidade de rede, e o equilíbrio entre intervenções psicossociais e farmacológicas. O mhGAP e os materiais brasileiros convergem na lógica de cuidado escalonado: intervenções menos intensivas e estruturadas para quadros leves, e intensificação progressiva conforme gravidade, prejuízo funcional e persistência (**Quadro 4.2, Tabela 4.2**) (BRASIL, 2013; WHO, 2023).

Quadro 4.2 Critérios clínico-operacionais para classificar gravidade e necessidade de rede na APS

Leve: sintomas recentes, prejuízo funcional limitado, rede de apoio preservada, boa adesão.
Moderado: sintomas persistentes, prejuízo funcional claro, comorbidades clínicas, impacto em sono/trabalho/vínculos.
Grave/complexo: prejuízo funcional importante, sintomas intensos, baixa adesão, múltiplas vulnerabilidades, necessidade de cuidado intensivo e articulado com RAPS.

Fonte: Brasil, 2013; WHO, 2023.

Tabela 4.2 Estratificação e conduta

Perfil	Conduta base na APS	Retorno	Rede/encaminhamento
Sofrimento comum	psicoeducação + intervenção breve + plano de autocuidado	2–4 semanas	se persistente/refratário
Transtorno moderado	intervenção estruturada + considerar psicofármaco	2–3 semanas	matriciamento/psicoterapia
Quadro grave/complexo	plano intensivo + cuidado compartilhado	48h–2 semanas	CAPS/RAPS conforme território
TMGP estabilizado	cogestão + clínica geral + adesão	4–12 semanas	contrarreferência pactuada
Uso de substâncias	redução de danos + intervenção breve	1–4 semanas	CAPS AD quando indicado

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023.

Sofrimento mental comum: evitar cronificação e medicalização de baixo valor

Sofrimento mental comum inclui sintomas ansiosos, humor deprimido, irritabilidade, somatizações, distúrbios do sono e sofrimento associado a problemas sociais e de saúde crônica. O risco na APS é a cronificação por ausência de plano estruturado ou o uso de psicofármacos como “resposta padrão” sem intervenção psicossocial. O **Caderno nº 34** sugere que intervenções psicossociais e comunitárias podem ser altamente efetivas quando bem organizadas, sobretudo com grupos e ações territoriais (**Quadro 4.3**) (BRASIL, 2013).

Quadro 4.3 Intervenções psicossociais breves, estruturadas e reprodutíveis na APS

• Psicoeducação estruturada (modelo de sintomas e manejo).
• Ativação comportamental com metas semanais.
• Resolução de problemas com plano testável.
• Higiene do sono e rotina (intervenção mínima padronizada).
• Grupos na APS: manejo de ansiedade, estresse, autocuidado, convivência.
• Fortalecimento de rede: família, comunidade, assistência social quando necessário.

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023.

Transtornos ansiosos e depressivos: abordagem avançada com cuidado escalonado

Em quadros moderados, a APS precisa combinar: (1) intervenção psicossocial estruturada; (2) escolha criteriosa de psicofármacos quando indicada; (3) seguimento com metas e reavaliação; (4) prevenção de recaídas e manutenção por tempo adequado. A diretriz mhGAP enfatiza que a atenção primária deve ter capacidade de manejo de condições prioritárias com monitoramento e escalonamento para serviços especializados conforme necessidade (WHO,

2023). O Caderno nº 34 reforça o cuidado centrado na pessoa e a revisão periódica de tratamentos, principalmente para evitar uso prolongado sem reavaliação (BRASIL, 2013).

Mensuração de resposta e funcionalidade

Para especialistas, o ponto-chave é reduzir “seguimento sem direção”: cada plano precisa de metas (ex.: retorno ao trabalho, melhora do sono, retomada de atividades), prazo para reavaliar e critérios de intensificação. A funcionalidade deve ser registrada como desfecho primário (BRASIL, 2013).

Psicofarmacoterapia na APS: indicação, segurança e desprescrição

O uso de psicofármacos na APS deve ser guiado por indicação clara e metas terapêuticas, com reavaliações em prazos definidos e atenção a efeitos adversos e interações. O Caderno nº 34 orienta que a prescrição deve estar inserida em um plano terapêutico mais amplo, com revisão periódica, evitando “renovações automáticas” e polifarmácia sem racionalidade clínica (BRASIL, 2013).

A padronização do seguimento está na **Tabela 4.3**.

Tabela 4.3 Checklists Prescrição segura e monitoramento

Etapa	O que garantir	Registro mínimo
Antes de iniciar	hipótese clínica + gravidade + comorbidades	diagnóstico provável e objetivos
Primeiras semanas	tolerabilidade + adesão + efeitos adversos	plano de retorno (2–4 semanas)
Ajuste	dose/resposta + funcionalidade	critérios de intensificação
Manutenção	tempo terapêutico + prevenção de recaídas	plano de manutenção e revisão
Desprescrição	retirada gradual quando apropriado	estratégia e monitoramento

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023.

Benzodiazepínicos: uso crítico

Na APS, o uso prolongado de benzodiazepínicos é um dos principais problemas de qualidade, associado a dependência, sedação, quedas, piora cognitiva e maior vulnerabilidade em idosos. A abordagem avançada inclui: revisão de indicação, pactuação de plano de redução gradual, substituição por intervenções não farmacológicas de sono/ansiedade e acompanhamento próximo, integrando matriciamento quando necessário (BRASIL, 2013).

Transtornos mentais graves e persistentes: cogestão com a RAPS e cuidado integral

A APS não substitui o CAPS, mas é indispensável para continuidade do cuidado: manejo de comorbidades clínicas, adesão, monitoramento de efeitos adversos, cuidado familiar e reinserção social. A RAPS organiza essa articulação territorial e deve sustentar fluxos de referência e contrarreferência pactuados (BRASIL, 2011; BRASIL, 2026). A cogestão se operacionaliza com PTS compartilhado e uso de instrumentos do matriciamento (**Figura 4.2**) (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

Figura 4.2 Fluxo de cogestão APS–RAPS por matriciamento



Legenda: Fluxo decisório:

- APS identifica caso complexo ou TMGP estabilizado com necessidade de revisão.
- Define-se estratégia: interconsulta/consulta conjunta/visita domiciliar conjunta conforme necessidade.
- Pactua-se PTS: metas, responsabilidades, frequência e sinais de alerta clínico.
- Contrarreferência documentada: plano de seguimento, medicações, monitoramentos e acesso em crise.
- APS monitora comorbidades, adesão e suporte familiar; CAPS apoia manejo especializado e reavaliação quando necessário. **Fonte:** BRASIL, 2011; BRASIL, 2009; BRASIL, 2013.

Uso de álcool e outras drogas: redução de danos e cuidado longitudinal

A APS deve tratar necessidades relacionadas ao uso de substâncias sem moralização, com foco em risco, funcionalidade e redução de danos. A mhGAP reforça intervenção breve, avaliação de comorbidades e escalonamento para serviços especializados quando indicado (**Quadro 4.4**) (WHO, 2023). O Caderno nº 34 enfatiza que redução de danos é estratégia estruturante e que o território (família, trabalho, rede social) é parte do tratamento (BRASIL, 2013).

Quadro 4.4 Intervenção breve e plano de seguimento no uso prejudicial de substâncias

• <i>Feedback</i> clínico: relacionar uso a sintomas e funcionamento.
• Pactuação de metas realistas (redução/abstinência conforme caso).
• Plano de segurança e prevenção de recaídas (gatilhos, suporte).
• Acompanhamento programado e articulação com rede (CAPS AD, assistência social).

Fonte: BRASIL, 2013; WHO, 2023

Condições neurocognitivas e saúde mental do idoso na APS

A APS precisa reconhecer e acompanhar declínio cognitivo, demências e quadros confundidores como depressão em idosos e efeitos adversos de medicamentos (**Tabela 4.4**). O Caderno nº 34 inclui demências e sofrimento na população idosa como temas frequentes na atenção básica, reforçando avaliação clínica e territorial (BRASIL, 2013). Uma abordagem avançada inclui: avaliação de funcionalidade, revisão medicamentosa (evitar sedativos desnecessários), suporte a cuidadores e organização do cuidado em rede conforme gravidade.

Tabela 4.4 Roteiro de avaliação do idoso com queixa cognitiva na APS

Dimensão	O que avaliar	Conduta inicial
Funcionalidade	AVD/AVDI e segurança domiciliar	plano com família/cuidadores
Humor	sintomas depressivos/ansiosos	tratar e reavaliar cognição
Medicações	sedativos/anticolinérgicos	revisão e redução quando possível
Rede	cuidador, sobrecarga, apoio social	suporte e articulação social
Encaminhamento	sinais de complexidade	matriciamento/serviço conforme rede

Fonte: BRASIL, 2013.

Situações de crise e intensificação do cuidado: segurança clínica sem detalhamento de autoagressão

Crise em saúde mental deve ser entendida como intensificação de sofrimento e desorganização do funcionamento, exigindo cuidado mais intenso e coordenado. A APS deve ter fluxo para acolhimento, avaliação rápida de gravidade, pactuação de plano de cuidado, intensificação do seguimento e articulação com pontos da RAPS/urgência quando necessário (**Figura 4.3**) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011). Em termos sistêmicos, a OMS propõe o *LIVE LIFE* como abordagem de prevenção, destacando a importância da identificação precoce, avaliação, manejo e acompanhamento em serviços de saúde, integrados a ações comunitárias (WHO, 2021). No Brasil, a cartilha oficial reforça a importância de reconhecer sinais de sofrimento e articular cuidado e rede de apoio, especialmente em contextos de crise e vulnerabilidade (BRASIL, 2024).

Figura 4.3 Fluxo de crise na APS: avaliação, plano e rede



Legenda: Fluxo decisório. (Imagem gerada por inteligência artificial).

1. Acolher e avaliar rapidamente gravidade e capacidade de autocuidado.
2. Exame do estado mental + avaliação de risco e fatores protetores, sem exposição desnecessária a conteúdos sensíveis.
3. Definir nível de cuidado: seguimento intensivo na APS vs. encaminhamento imediato conforme gravidade.
4. Pactuar plano: frequência de retornos, rede de apoio, intervenções psicossociais, ajustes terapêuticos.
5. Garantir continuidade: busca ativa quando necessário, registro e contrarreferência.

Fonte: BRASIL, 2013; BRASIL, 2011; WHO, 2021; BRASIL, 2024.

Processo de trabalho, apoio matricial e cuidado no território

A efetividade do cuidado em saúde mental na APS depende de organização do processo de trabalho. O matriciamento oferece instrumentos para aumentar resolutividade e segurança: elaboração de PTS, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta e uso de genograma/ecomapa para leitura ampliada do caso (**Figura 4.4**) (BRASIL, 2009). O Caderno nº 34 reforça o papel de grupos, redes comunitárias e intervenções psicossociais avançadas, que ampliam alcance sem reduzir qualidade (BRASIL, 2013).

Elementos avançados de organização:

- agenda reservada para retornos de saúde mental (evita “sumir do seguimento”);
- pactuação de fluxos APS–CAPS (o que encaminhar, quando e como contrarreferir);
- grupos terapêuticos e educativos estruturados (ansiedade/sono/estresse);

- integração com assistência social e equipamentos comunitários;
- revisão periódica da qualidade da prescrição (ex.: uso prolongado sem revisão).

Indicadores de qualidade e auditoria clínica na APS

A gestão clínica melhora quando a equipe monitora indicadores simples e úteis. Exemplos:

- proporção de usuários com PTS registrado (casos complexos);
- tempo para reavaliação após início/ajuste de psicofármacos;
- proporção de uso prolongado de benzodiazepínicos com plano de revisão/desprescrição;
- taxa de comparecimento a retornos programados;
- proporção de casos em cogestão com contrarreferência documentada;
- cobertura de grupos e intervenções territoriais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).

Figura 4.4 Processo de trabalho e apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde



Legenda: Representação do modelo de apoio matricial entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo estratégias como interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e educação permanente, com o objetivo de ampliar a resolutividade do cuidado em saúde mental no território. Imagem elaborada por inteligência artificial para fins ilustrativos neste capítulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha – Prevenção de suicídios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portal Gov.br, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CARDOSO, J.S. (Org.). Redes de atenção à saúde: rede de atenção psicossocial. São Luís: UNA-SUS, UFMA, 2015. 46f. Disponível em: <http://repcursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo5/und1/media/pdf/livro.pdf>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 23 fev. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: third edition. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CAPÍTULO 5

PEQUENAS CIRURGIAS E MANEJO DE FERIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JOÃO PEDRO RODRIGUES PEREIRA¹
CAROLINIE RIBEIRO ANDRADE²
PEDRO ARAÚJO LUCAS³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - Unicesumar, Maringá, Paraná, Brasil.

³Discente - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Pequenas Cirurgias; Manejo de Feridas; Curativos.

INTRODUÇÃO

A realização de pequenas cirurgias e o manejo de feridas na atenção primária à saúde (APS) são componentes estratégicos para ampliar a resolutividade clínica, reduzir encaminhamentos evitáveis e qualificar o cuidado longitudinal no território. Na prática cotidiana, a APS é frequentemente a porta de entrada para agravos agudos (lacerações, abscessos cutâneos, feridas traumáticas) e para condições crônicas (úlceras venosas, lesões neuropáticas, feridas complexas associadas a diabetes e imobilidade), exigindo competência técnica, capacidade de estratificar gravidade, domínio de princípios de assepsia, analgesia e hemostasia e organização de fluxos para acompanhamento e contrarreferência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

A execução segura desses procedimentos depende menos de “habilidade manual isolada” e mais de um método reprodutível: seleção adequada do caso, consentimento informado, preparo do campo, técnica correta, prevenção de complicações e seguimento. O Caderno de Atenção Primária nº 30 – Procedimentos, reforça que diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos de menor complexidade podem e devem ser realizados pelas equipes de APS, desde que garantidas condições estruturais, insumos, organização do trabalho e avaliação sistemática do risco e da necessidade de encaminhamento (BRASIL, 2010). Complementarmente, materiais educacionais para realização de procedimentos na APS detalham técnicas de sutura, incisão e drenagem, remoção de corpo estranho e condutas fundamentais para reduzir falhas e padronizar a prática (UNASUS, 2022).

No manejo de feridas, o avanço técnico dos últimos anos consolidou princípios que permanecem centrais para a APS: limpeza adequada,

desbridamento quando indicado, escolha racional de coberturas conforme fase da cicatrização e carga de exsudato, controle de dor, prevenção/diagnóstico precoce de infecção, otimização do meio sistêmico (controle glicêmico, nutrição, perfusão) e medidas de compressão/descarregamento quando apropriado. Guias recentes para organização de sala de curativos e boas práticas em serviços públicos reforçam critérios operacionais e segurança do paciente, com foco em padronização, prevenção de infecção cruzada e continuidade terapêutica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada e operacional para pequenas cirurgias e manejo de feridas na APS, detalhando critérios de indicação e contraindicação, preparo do ambiente e do paciente, técnica de procedimentos frequentes, prevenção e manejo de complicações, princípios atuais de cuidado de feridas agudas e crônicas, e fluxos reprodutíveis de acompanhamento e encaminhamento, visando segurança, eficiência e qualidade assistencial.

Estrutura, segurança e preparo para procedimentos na APS

A segurança do procedimento começa antes da pinça e do fio. A APS deve garantir sala/área de procedimentos com condições mínimas: bancada higienizável, boa iluminação, pia ou preparo para higiene das mãos, materiais estéreis e não estéreis, descarte de perfurocortantes, insumos para antissepsia e hemostasia, materiais para anestesia local e suporte básico para reações adversas. O Caderno de Procedimentos enfatiza a necessidade de responsabilidade do serviço pela execução de pequenos procedimentos e por acolher situações agudas, com avaliação do risco e do encaminhamento quando indicado (BRASIL, 2010). Em termos de

prevenção de infecção e segurança, rotinas de limpeza, processamento de materiais e técnica asséptica devem estar padronizadas (**Quadro 5.1**) (ANVISA, 2017).

Quadro 5.1 Checklist pré-procedimento reprodutível (APS)

● Identificação do paciente e confirmação do procedimento/local.
● Anamnese dirigida: comorbidades, alergias, uso de anticoagulantes/antiagregantes, imunossupressão, histórico de queloide, vacina antitetânica.
● Avaliação de gravidade: sangramento ativo, sinais sistêmicos, comprometimento neurovascular, ferida complexa, suspeita de fratura/lesão profunda.
● Consentimento informado e explicação de riscos/benefícios.
● Preparação do campo: higiene de mãos, EPIs, antisepsia, materiais estéreis.
● Plano de analgesia/anestesia e estratégia de hemostasia.
● Plano de seguimento: retorno, sinais de alarme, troca de curativo, retirada de pontos.

Fonte: BRASIL, 2010; ANVISA, 2017.

Tabela 5.1 Critérios operacionais para manejar na APS vs encaminhar

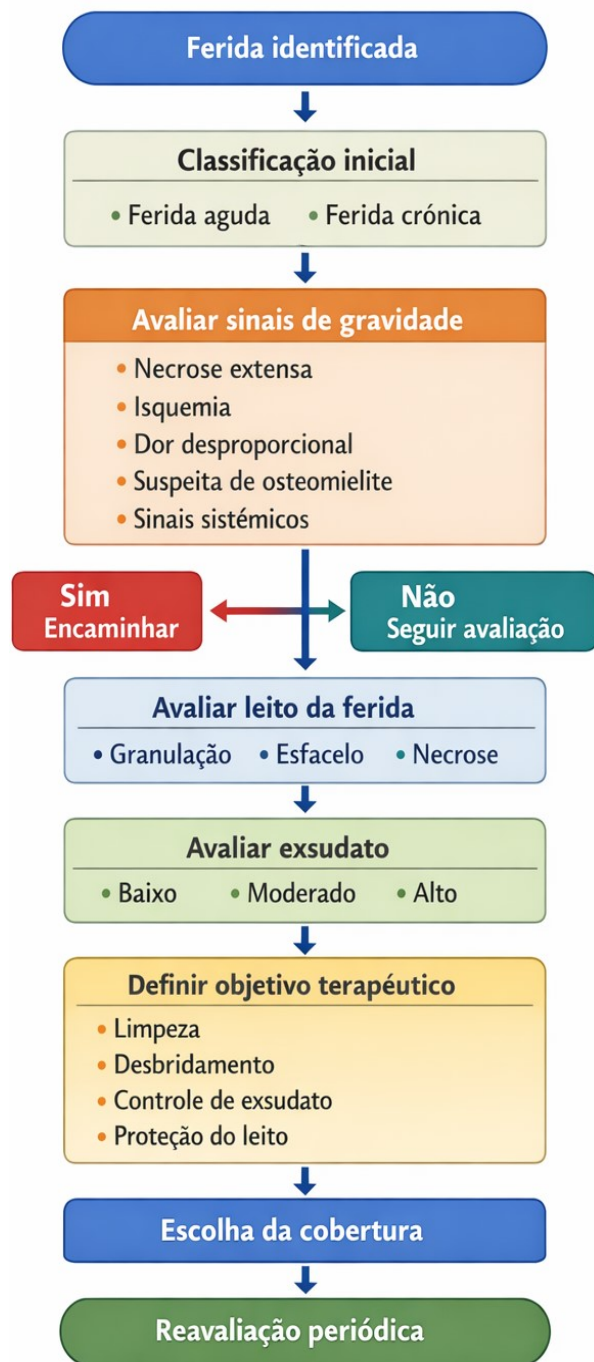
Situação	APS (proceder)	Encaminhar/urgência
Laceração superficial, bordas viáveis, sem déficit	sim	não
Hemorragia não controlável com compressão	não	sim
Déficit motor/sensitivo distal	não	sim
Ferida em face com suspeita de lesão profunda	não	sim
Ferida contaminada extensa ou com perda de tecido importante	preferir avaliação	sim (frequente)
Abscesso cutâneo pequeno e superficial, flutuante	sim	não
Abscesso com sinais sistêmicos, imunossupressão ou localização complexa	não/avaliar	sim
Corpo estranho superficial visível	sim	não
Corpo estranho profundo/sem localização clara	não	sim

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

Triagem e critérios de encaminhamento

A resolutividade avançada exige saber o que não deve ser feito na APS. Procedimentos podem ser realizados com segurança quando a lesão é superficial, controlável e sem suspeita de acometimento profundo; quando há condições de assepsia e material adequado; e quando o profissional domina a técnica. Devem ser encaminhados (urgência/serviço de referência) casos com instabilidade clínica, comprometimento neurovascular, feridas extensas ou complexas (face com lesão de ductos/lábios/pálpebras, mãos com tendão/nervo, feridas penetrantes profundas, lacerações com grande perda de tecido), mordeduras complexas, suspeita de fratura exposta, sinais sistêmicos de infecção e abscessos extensos/perianais profundos ou em regiões de maior risco anatômico (**Tabela 5.1 e Figura 5.1**) (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022).

Figura 5.1 Fluxograma de avaliação clínica e tomada de decisão no manejo de feridas na atenção primária à saúde (APS)



Anestesia local, analgesia e hemostasia

A anestesia local é pilar das pequenas cirurgias na APS. O método reprodutível inclui: escolha do anestésico e técnica de infiltração adequada, minimizando dor, respeitando doses seguras e evitando infiltração intravascular. A

analgesia pós-procedimento deve ser planejada, assim como estratégias simples de hemostasia (compressão, elevação, curativo compressivo e, quando indicado, hemostáticos locais e pontos de hemostasia) (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022).

Em uso de anticoagulantes/antiagregantes, a conduta deve ser individualizada conforme risco trombótico e risco hemorrágico do procedimento. Na APS, em geral, prioriza-se **não suspender** medicações sem avaliação do risco trombótico e sem plano; em procedimentos dermatológicos superficiais, costuma ser possível realizar com hemostasia local adequada e seguimento, mas o serviço deve ter protocolo local e critério de encaminhamento quando risco elevado.

Suturas de feridas: técnica, escolha do fio e seguimento

O manejo avançado de lacerações inclui: irrigação/limpeza adequada, avaliação de viabilidade de bordas, decisão entre fechamento primário vs tardio/segunda intenção, escolha de fio e técnica conforme local e tensão, e seguimento planejado para troca de curativo e retirada de pontos. A limpeza vigorosa e irrigação são decisivas para reduzir infecção e falha de fechamento, especialmente em feridas contaminadas (**Quadro 5.2 e Tabela 5.2**) (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022).

Quadro 5.2 Passo a passo reprodutível para sutura simples

1. Avaliar profundidade, comprometimento neurovascular e necessidade de encaminhamento.
2. Hemostasia inicial por compressão.
3. Irrigar e limpar (remoção de detritos).
4. Antissepsia e campo estéril.
5. Anestesia local e teste de sensibilidade.
6. Aproximação por planos quando necessário (subcutâneo) e fechamento cutâneo com pontos simples/interrompidos, evitando tensão excessiva.
7. Curativo adequado e orientação domiciliar.
8. Agendar retorno: avaliação do curativo, sinais de infecção e retirada de pontos.

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

Tabela 5.2 Tempo sugerido para retirada de pontos (por região) orientação prática

Região	Tempo aproximado
Face	3–5 dias
Couro cabeludo	7–10 dias
Tronco	10–14 dias
Membros superiores	7–10 dias
Membros inferiores	10–14 dias
Áreas de tensão/articulações	14 dias ou mais (avaliar caso)

Ajustar conforme tensão, vascularização local, comorbidades e evolução.

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

Incisão e drenagem de abscesso cutâneo

O tratamento primário do abscesso cutâneo é a incisão e drenagem quando há flutuação e coleção, associada à limpeza e medidas locais. Material educacional para APS descreve técnica asséptica, anestesia local, incisão adequada no ponto de maior flutuação, ruptura de loculações quando necessário, irrigação e curativo

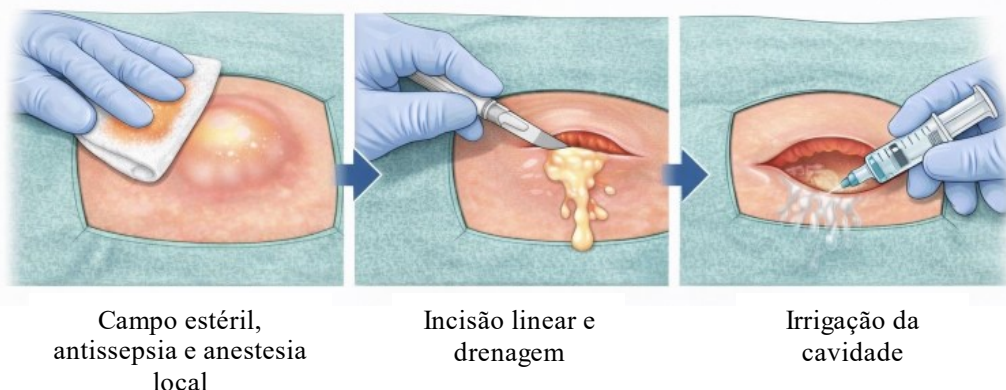
com plano de retorno para reavaliação (UNASUS, 2022). O antibiótico sistêmico **não é rotina** para todo abscesso: é reservado a situações com celulite extensa, sinais sistêmicos, imunossupressão, falha terapêutica, abscessos múltiplos, localizações complexas ou alto risco (**Quadro 5.3 e Figura 5.2**)) (UNASUS, 2022).

Quadro 5.3 Técnica reprodutível de incisão e drenagem

• Confirmar abscesso (flutuação) e excluir necessidade de encaminhamento.
• Campo estéril, antisepsia e anestesia local.
• Incisão linear no ponto de maior flutuação, drenagem completa.
• Explorar delicadamente para romper loculações quando necessário.
• Irrigar, coletar material para cultura quando indicado (recidiva, imunossupressão, falha, surtos).
• Curativo e orientação de retorno em 24–48h quando risco/gravidade maior.

Fonte: UNASUS, 2022.

Figura 5.2 Etapas da incisão e drenagem de abscesso cutâneo superficial na Atenção Primária à Saúde. (Imagem gerada por inteligência artificial).



Remoção de corpo estranho superficial e cuidados com feridas contaminadas

A APS pode remover corpo estranho superficial quando visível e acessível, com boa ilu-

minação, material adequado, antisepsia, anestesia local e técnica cuidadosa para não aprofundar lesão. Em feridas contaminadas, o ponto decisivo é a limpeza/irrigação e avaliação do risco de fechamento primário. Feridas muito contaminadas, antigas, com bordas desvitaliza-

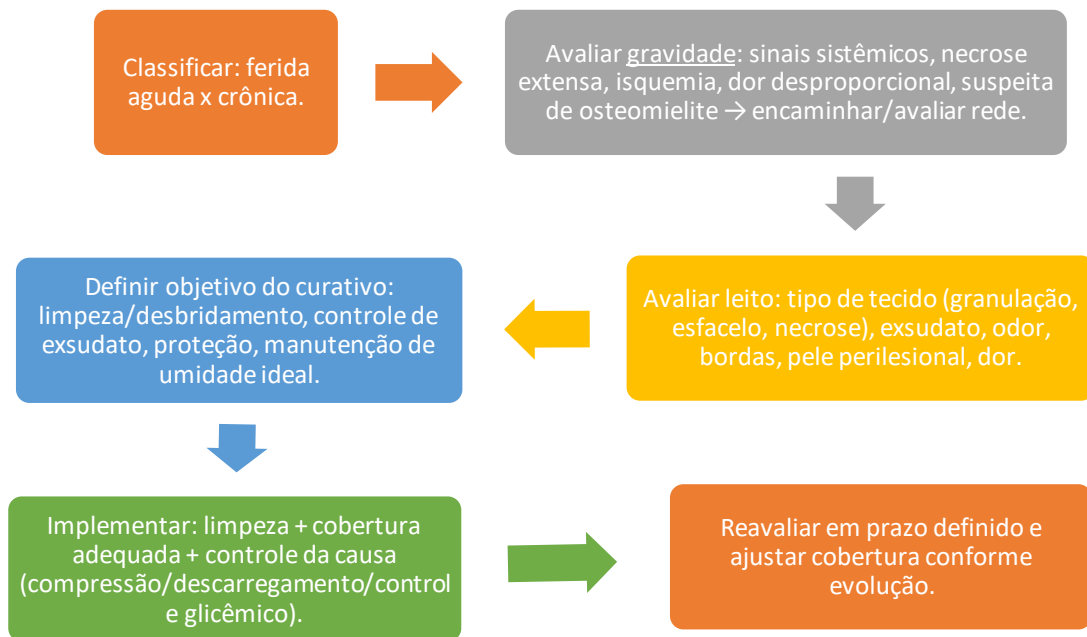
das ou com alta carga bacteriana podem se beneficiar de fechamento tardio ou cicatrização por segunda intenção, com curativos e reavaliações programadas (BRASIL, 2010; UNASUS, 2022). A atualização da profilaxia antitetânica deve ser checada e registrada.

Princípios avançados do manejo de feridas na APS

O manejo contemporâneo de feridas baseia-se em avaliação sistemática da lesão e do paciente. Além de dimensões locais (tamanho, pro-

fundidade, tecido do leito, exsudato, odor, bordas, pele perilesional, dor), é indispensável avaliar condições sistêmicas que impedem cicatrização: hiperglicemia, anemia, desnutrição, tabagismo, perfusão inadequada, neuropatia, insuficiência venosa, uso de corticoide/imunossupressores e infecção persistente. Boas práticas em sala de curativos reforçam padronização de limpeza, seleção racional de coberturas e seguimento, evitando trocas desnecessárias e iatrogenia (**Fluxograma 5.1**) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Figura 5.1 Fluxo de avaliação de feridas na APS



Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025.

Limpeza, desbridamento e controle de biocarga

A limpeza deve remover detritos e reduzir carga microbiana sem dano adicional ao tecido. O desbridamento (quando indicado) acelera cicatrização ao remover tecido desvitalizado (esfacelo/necrose), mas requer avaliação de perfusão e segurança: em suspeita de isquemia grave, necrose seca extensa ou dor intensa despropor-

cional, a APS deve priorizar avaliação especializada e não realizar desbridamento agressivo sem suporte. Em feridas com biofilme e exsudato persistente, a revisão frequente do plano de limpeza e cobertura, com técnica adequada e prevenção de contaminação cruzada, é essencial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025; ANVISA, 2017).

Escolha de coberturas: racionalidade e padronização

Um erro comum é trocar coberturas “por tentativa” sem critério. A seleção deve ser baseada em objetivo, exsudato e tecido do leito, conside-

rando disponibilidade local e custo-efetividade. Guias de sala de curativos orientam que não existe “curativo mágico”, e que o sucesso depende de avaliação sistemática e continuidade (**Tabela 5.3**) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Tabela 5.4 Matriz prática para escolha de coberturas conforme ferida (síntese operacional)

Achado predominante	Objetivo	Estratégia de cobertura (princípio)
Leito limpo, granulação, pouco exsudato	proteger e manter umidade	cobertura não aderente + proteção
Exsudato moderado/alto	controlar exsudato, proteger pele perilesional	cobertura absorvente + barreira na pele
Esfacelo/necrose (sem isquemia grave)	promover desbridamento	estratégia de desbridamento conforme protocolo
Suspeita de infecção local	reduzir biocarga e reavaliar	curativo com ação antimicrobiana conforme disponibilidade + reavaliação
Pele perilesional macerada	proteger pele	barreiras e troca racional da cobertura

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025.

Feridas crônicas específicas: venosas, neuropáticas e por pressão

Ferida venosa

A base do cuidado é compressão (quando não houver contraindicação), manejo do exsudato, proteção da pele, mobilidade e controle de edema. A APS deve reconhecer sinais de insuficiência arterial significativa e encaminhar quando houver suspeita de isquemia relevante antes de compressão intensa.

Ferida neuropática (pé diabético)

O pilar é descarregamento (*offloading*), controle glicêmico e inspeção regular. A APS deve ser capaz de identificar sinais de infecção profunda, osteomielite e isquemia, e encaminhar oportunamente. A periodicidade de reavaliação tende a ser mais curta, e a educação do paciente é componente essencial do tratamento.

Lesão por pressão

Demanda prevenção (mudança de decúbito, superfície de suporte), cuidado local e otimização sistêmica (nutrição, hidratação, controle de

comorbidades). A APS deve monitorar sinais de infecção e necessidade de avaliação especializada em lesões profundas, extensas ou com necrose importante.

Infecção, antibioticoterapia e quando coletar cultura

A APS deve diferenciar colonização de infecção. Dor progressiva, rubor, calor, edema, exsudato purulento, mau odor persistente, piora do leito e sinais sistêmicos sugerem infecção. Cultura não é obrigatória em todas as feridas, mas é útil em casos com falha terapêutica, imunossupressão, recidiva e suspeita de microrganismos resistentes. Em abscessos, a indicação de antibiótico deve ser criteriosa e baseada na gravidade e contexto clínico, mantendo o foco na drenagem como tratamento primário (UNASUS, 2022). Boas práticas de prevenção de infecção associada à assistência, incluindo higiene de mãos e técnica asséptica, são essenciais para reduzir iatrogenia e contaminação cruzada (ANVISA, 2017).

Acompanhamento, orientação ao paciente e sinais de alarme

O sucesso do procedimento e do manejo de feridas depende de seguimento. Todo paciente deve receber orientação clara: cuidado com curativo, higiene, sinais de infecção, quando retornar e como buscar atendimento se houver piora. Na APS, retornos programados (24–48h em abscessos/feridas de maior risco; 7–14 dias para retirada de pontos conforme região; reavaliações seriadas em feridas crônicas) são parte do tratamento (**Quadro 5.4**) (BRASIL, 2010;

UNASUS, 2022; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2025).

Quadro 5.4 Sinais de alarme pós-procedimento/feridas

● Febre, calafrios, mal-estar importante.
● Dor progressiva desproporcional.
● Aumento rápido de rubor/edema, secreção purulenta abundante.
● Sangramento persistente apesar de compressão.
● Alteração de perfusão distal, déficit sensitivo/motor.
● Ferida com necrose extensa ou escurecimento progressivo.

Fonte: BRASIL, 2010; UNASUS, 2022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (Caderno 4). Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária nº 30: Procedimentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_30_procedimentos.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de cirurgias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cirurgia_final.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Guia de boas práticas: sala de curativos. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_SalaDeCurativos_PDFDigital_20250818.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. Realização de procedimentos na Atenção Primária à Saúde. 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/30006/1/Eixo%2006%20-%20M%C3%B3dulo%2029%20-%20Realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Procedimentos%20na%20APS.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CAPÍTULO 6

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MATEUS TEMPONI PIRES¹

MARIA EDUARDA ARRUDA CAMPOS BARCIA²

PEDRO HENRIQUE DE ALMEIDA ANDRADE³

LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil.

³Discente - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Avaliação Pré-Operatória; Estratificação de Risco; Segurança Perioperatória.

INTRODUÇÃO

A avaliação pré-operatória é um determinante direto de segurança perioperatória, eficiência do sistema e desfechos clínicos. Embora a definição do procedimento e o planejamento anestésico sejam atribuições do nível especializado, a atenção primária à saúde (APS) ocupa uma posição estratégica: detém longitudinalidade, conhecimento da história clínica real, acesso a informações de adesão e estabilidade, capacidade de otimizar comorbidades e competência para identificar sinais de instabilidade que tornam a cirurgia eletiva insegura. Em cenários de multimorbidade, polifarmácia e vulnerabilidade social, a APS frequentemente é o único ponto capaz de reduzir risco “modificável” antes do centro cirúrgico, diminuindo cancelamentos, evitando exames de baixo valor e qualificando o planejamento da equipe perioperatória (NICE, 2016).

A perspectiva contemporânea do perioperatório consolidou um modelo **passo a passo** guiado por risco: considerar urgência, risco inerente do procedimento, estabilidade clínica, capacidade funcional e uso seletivo de testes que **alterem conduta**. Essa lógica é reforçada por diretrizes cardiovasculares perioperatórias recentes, que desestimulam rotinas indiscriminadas e priorizam decisões proporcionais ao risco, com comunicação clara entre APS, cirurgia e anestesia (THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024). Em paralelo, instrumentos de segurança cirúrgica, como o *Cheeklist* de Segurança Cirúrgica da OMS, evidenciam que processos reprodutíveis e comunicação estruturada reduzem complicações e mortalidade, reforçando a necessidade de padronização já na etapa pré-operatória (WHO, 2009; HAYNES *et al.*, 2009).

Diante disso, **o objetivo deste capítulo é** oferecer um modelo avançado e operacional para avaliação pré-operatória na APS, integrando estratificação de risco (procedimento e paciente), avaliação funcional e fragilidade, seleção racional de exames, otimização de comorbidades, manejo perioperatório de medicamentos e antitrombóticos, identificação de riscos respiratórios e metabólicos de alto impacto, e organização da comunicação e do seguimento com a equipe cirúrgica/anestésica e com a rede.

Estrutura conceitual e responsabilidades da APS no pré-operatório

A APS não “substitui” o ambulatório pré-anestésico, mas é capaz de entregar insumos clínicos determinantes para segurança:

- confirmar estabilidade clínica real e adesão
- identificar **condições instáveis** que contraindicam eletiva temporariamente
- reduzir risco modificável (controle pressórico/glicêmico, cessação tabágica, anemia, otimização respiratória)
- reconciliar medicamentos com plano perioperatório
- reduzir “ruído” assistencial com exames sem indicação e achados falsamente positivos
- produzir relatório clínico objetivo e acionável

A diretriz NICE NG45 organiza testes pré-operatórios por risco cirúrgico e comorbidades e é particularmente útil para a APS evitar solicitações rotineiras indiscriminadas (NICE, 2016). As diretrizes AHA/ACC e SBC 2024 organizam a avaliação cardiovascular por passos que podem ser aplicados desde a APS, sobretudo na triagem de instabilidade, avaliação funcional e decisão racional sobre exames adicionais (THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024).

Risco do procedimento e risco do paciente: como “juntar as duas coisas”

A avaliação pré-operatória eficiente só existe quando o risco do procedimento e o risco do paciente são analisados conjuntamente. A

mesma pessoa tem riscos diferentes se for submetida a uma cirurgia superficial de curta duração versus cirurgia maior com potencial de sangramento, instabilidade hemodinâmica e dor intensa (**Tabela 6.1**).

Tabela 6.1 Matriz risco do procedimento × risco do paciente

Procedimento	Paciente baixo risco e estável	Paciente multimórbido ou com sintomas	Paciente com condição instável
Baixo risco	sem exames de rotina; foco em medicações e orientações	exames seletivos e otimização	adiar eletiva e estabilizar
Intermediário	exames seletivos conforme comorbidades	risco global + plano perioperatório documentado	encaminhar/estabilizar antes
Alto/complexo	coordenação precoce com anestesia	estratificação e otimização intensiva	cirurgia só após estabilização

Fonte: NICE, 2016; Thompson *et al.*, 2024; Gualandro *et al.*, 2024.

Avaliação funcional e fragilidade: o componente que mais muda conduta

A capacidade funcional é um marcador integrador de reserva fisiológica e risco perioperatório. Em prática avançada, ela deve ser tratada como “sinal vital perioperatório”. Baixa capacidade funcional e fragilidade se associam a maior risco de complicações, necessidade de internação prolongada e pior recuperação (**Quadro 6.1**).

Quadro 6.1 Avaliação reprodutível de capacidade funcional e fragilidade

• desempenho em atividades: subir escadas, caminhar rápido, carregar compras, atividades domésticas vigorosas
• dispneia, dor torácica, tontura ao esforço
• quedas recentes, perda ponderal não intencional, exaustão, lentificação, baixa atividade
• dependência para atividades instrumentais (medicação, finanças, compras)

Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024.

Condições instáveis: quando a APS deve “interromper a linha” da eletiva

Há condições em que a cirurgia eletiva deve ser adiada até estabilização, e isso pode ser identificado na APS:

- dor torácica sugestiva de isquemia
- insuficiência cardíaca descompensada
- arritmia sintomática ou instável
- infecção sistêmica ou foco infeccioso relevante não controlado
- crise asmática/DPOC agudizada
- descompensação metabólica importante
- anemia relevante sem esclarecimento quando há tempo hábil

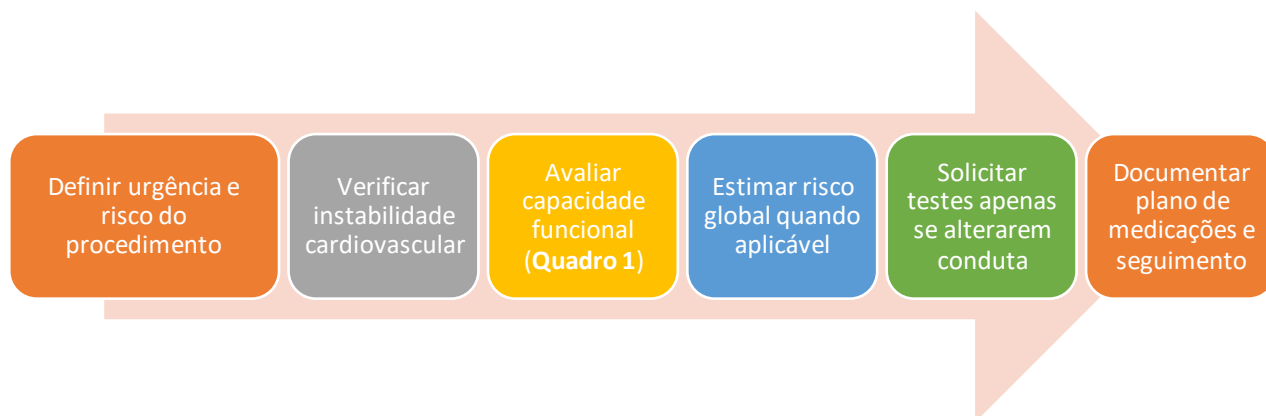
O modelo passo a passo para “*surgery proceed vs pause*” é explicitamente reforçado nas recomendações AHA/ACC 2024 (THOMPSON *et al.*, 2024) e na diretriz brasileira 2024 (GUALANDRO *et al.*, 2024).

Avaliação cardiovascular perioperatória aplicada à APS (Figura 6.1 e 6.2)

A APS deve separar três blocos:

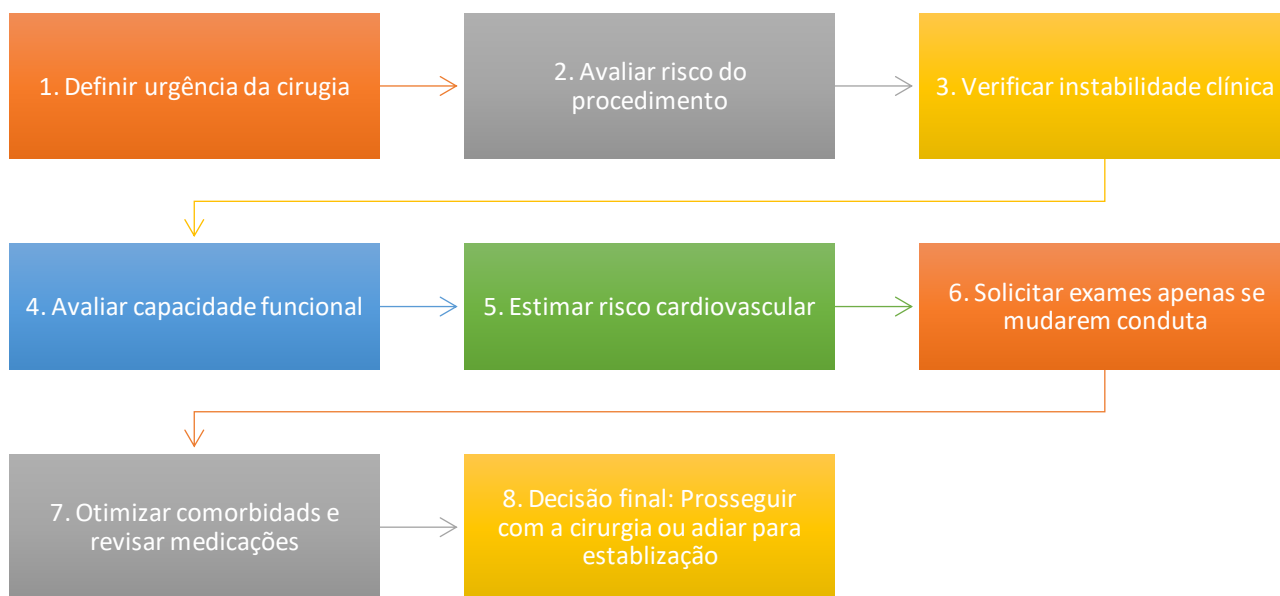
1. paciente assintomático e estável com procedimento de baixo risco
2. paciente com doença cardiovascular conhecida ou múltiplos fatores + procedimento intermediário/alto
3. paciente com sintomas ou sinais de instabilidade

Figura 6.1 Fluxo decisório cardiovascular “APS-friendly”



Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024.

Figura 6.2 Fluxo decisório simplificado para triagem e preparação pré-operatória no nível da Atenção Primária, integrando avaliação clínica, estratificação de risco e tomada de decisão compartilhada com a equipe perioperatória



Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024; GUALANDRO *et al.*, 2024.

Testes pré-operatórios: reduzir baixo valor e aumentar alto valor

A diretriz NICE NG45 é essencial para “de-automatizar” exames (NICE, 2016). Em nível avançado, o princípio é: teste deve responder a uma pergunta clínica que muda conduta.

Exames: quando solicitar na APS e por quê (Tabela 6.2).

Otimização avançada de comorbidades na APS

Hipertensão

O objetivo é controle documentado e reproduzível. Evitar “correria” terapêutica na véspera. Confirmar técnica de medida, adesão, efeitos colaterais e uso de automedicação.

Diabetes

O foco é reduzir risco de hiperglicemia/hipoglicemia perioperatória e complicações metabólicas. O cuidado avançado exige reconciliação do esquema e plano de jejum. Em especial, recomenda-se suspender inibidores de SGLT2 **3–4 dias antes** de cirurgia, conforme *Standards of Care* (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025) e diretriz perioperatória cardiovascular (THOMPSON *et al.*, 2024).

Anemia e “*patient blood management*”

Para especialista, anemia é um dos maiores alvos de intervenção pré-operatória de alto valor. Em cirurgias com potencial de sangramen-

to, a APS deve identificar etiologia provável, iniciar correção quando possível e comunicar cirurgia/anestesia com antecedência.

Doença renal crônica

Registrar eTFG, revisar nefrotóxicos, orientar hidratação conforme caso e antecipar ajuste de drogas perioperatórias.

Risco respiratório

Asma/doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) devem estar otimizadas. Sintomas atuais mudam conduta, mas testes “de rotina” não. Cessação tabágica deve ser abordada com pragmatismo e plano.

Tabela 6.2 Exames com racionalidade

Exame	Indicação clínica de alto valor	Comentário de especialista
Hemograma	risco/suspeita de anemia, doença crônica, cirurgia com sangramento	anemia é risco modificável e deve ser tratada quando possível
Creatinina/eTFG	DRC, DM, HAS longa, idosos, nefrotóxicos, cirurgia maior	muda escolha de drogas e risco de injúria renal
Glicemia/HbA1c	DM, risco elevado, obesidade importante, sintomas	HbA1c orienta risco e estratégia perioperatória
ECG	doença CV, sintomas, cirurgia intermediária/alta com fatores de risco	não é “rotina universal”
Coagulograma	anticoagulante, hepatopatia, sangramento anormal	não pedir sem suspeita
RX tórax	sintomas respiratórios, DPOC/IC descompensada, suspeita clínica	evita incidentalomas sem impacto

Fonte: NICE, 2016; THOMPSON *et al.*, 2024.

Apneia obstrutiva do sono e risco respiratório perioperatório

Apneia obstrutiva do sono (OSA) é um risco perioperatório relevante, especialmente para depressão respiratória pós-operatória e complicações. A *American Society Of Anesthesiologists* publica diretriz específica para manejo perioperatório de OSA (**Quadro 6.2**) (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2014), que apoia a APS em três pontos:

- reconhecer risco clínico (ronco, pausas, sonolência, obesidade)

- informar equipe perioperatória
- reforçar uso de CPAP quando já prescrito

Quadro 6.2 Triagem clínica de OSA e conduta de comunicação na APS

• suspeita clínica elevada → registrar e sinalizar no relatório
• CPAP em uso → orientar levar equipamento e manter adesão
• sedativos/opioides → alertar risco de depressão respiratória
• planejar analgesia multimodal com equipe perioperatória quando possível

Fonte: AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2014)

Antitrombóticos e antiagregantes: decisões que a APS não pode errar

Aqui está uma das maiores fontes de evento adverso evitável: suspender ou manter sem critério. A diretriz CHEST 2022 organiza recomendações para antagonistas da vitamina K,

DOACs e antiagregantes e reforça, por exemplo, recomendação forte contra “bridging” rotineiro em fibrilação atrial (DOUKETIS *et al.*, 2022). O capítulo da AHA/ACC 2024 também apoia uma visão baseada em risco trombótico × risco hemorrágico (THOMPSON *et al.*, 2024).

Tabela 6.3 Antitrombóticos: o que a APS deve documentar

Situação	O que a APS deve fazer	O que NÃO fazer
FA com anticoagulante	documentar indicação e risco; acionar protocolo perioperatório	suspender por conta própria sem plano
Stent recente / dupla antiagregação	comunicar urgência e risco; coordenar com cardiologia	interromper P2Y12 sem alinhamento
TEV recente	classificar risco e comunicar	banalizar risco trombótico

Fonte: DOUKETIS *et al.*, 2022; THOMPSON *et al.*, 2024.

Reconciliação medicamentosa perioperatória: nível avançado

A reconciliação é “cirurgia invisível” da APS. O objetivo é reduzir hipotensão, sangramento, hipoglicemia, abstinência e interações (Quadro 6.3).

Quadro 6.3 Reconciliação medicamentosa: *checklist* APS

● lista completa com dose e horário real
● anti-hipertensivos: risco de hipotensão perioperatória e orientação do time
● antidiabéticos: plano de jejum e ajuste, com atenção a SGLT2
● antitrombóticos/antiagregantes: indicação e plano explícito
● psicofármacos: evitar retirada abrupta sem plano; alertar anestesia em esquemas complexos
● fitoterápicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): risco hemorrágico e interações

Fonte: THOMPSON *et al.*, 2024; DOUKETIS *et al.*, 2022; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025.

Documento final da APS: como escrever um relatório “acionável”

A equipe cirúrgica precisa de um relatório curto, objetivo e útil (Tabela 6.4).

Tabela 6.4 Template do relatório pré-operatório da APS.

Campo	Conteúdo obrigatório
Procedimento e data	qual cirurgia, eletiva, data prevista
Comorbidades e estabilidade	controle atual, últimas descompensações
Capacidade funcional/ fragilidade	síntese do Quadro 6.1
Medicações	lista completa + plano perioperatório
Exames relevantes	apenas os indicados e com data
Alergias e eventos prévios	reações, história anestésica relevante
Plano de seguimento	retorno pós-op e sinais de alarme

Fonte: NICE, 2016; THOMPSON *et al.*, 2024.

Segurança cirúrgica e transição de cuidado: APS como guardião do processo

O *Checklist* da OMS não é só “papel”: é cultura de segurança (WHO 2009) e sua implementação se associou a redução de complicações e mortalidade em estudo multicêntrico (HAYNES *et al.*, 2009). A APS contribui ao garantir informação confiável antes do centro cirúrgico.

Figura 6.3 Checklist “pré-centro cirúrgico” adaptado para APS



Legenda: Checklist pré-centro cirúrgico adaptado para a Atenção Primária à Saúde. Checklist de segurança pré-operatória adaptado para uso na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de padronizar a comunicação clínica e reduzir riscos evitáveis antes do encaminhamento ao centro cirúrgico.

Fonte: WHO, 2009; NICE, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, v. 48, Suppl. 1, p. S321-S..., 2025. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S321/157551/16-Diabetes-Care-in-the-Hospital-Standards-of-Care. Acesso em: 23 fev. 2026.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Anesthesiology*, v. 120, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/practice-guidelines-for-the-perioperative-management-of-patients-with-obstructive-sleep-apnea.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

DOUKETIS, J.D. *et al.* Perioperative Management of Antithrombotic Therapy. *CHEST*, v. 162, p. e207-e243, 2026.

GUALANDRO, D.M. *et al.* Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 9, p. e20240590, 2024.

HAYNES, A.B. *et al.* A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, p. 491-499, 2009.

NICE. Routine preoperative tests for elective surgery (NG45). Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>. Acesso em: 23 fev. 2026.

THOMPSON, A. *et al.* 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery. *Circulation*, v. 150, n. 19, p. e351-e442, 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Surgical Safety Checklist. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CAPÍTULO 7

QUEIXAS OCULARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGEM AVANÇADA PARA ESPECIALISTAS

MATHEUS LEITE DE ALENCAR¹

MARCO VIDAL ASSAD MACHADO VAMSZER²

MARIA FERNANDA ARAUJO BATALHA³

LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Discente - Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³ Discente - Universidade Católica de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Olho Vermelho; Triagem de Urgência; Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

As queixas oculares figuram entre os motivos mais frequentes de procura por atendimento na atenção primária à saúde (APS), variando de condições benignas e autolimitadas, como conjuntivites e blefarites, até urgências potencialmente ameaçadoras da visão, como ceratites infecciosas, uveíte anterior, glaucoma agudo, queimaduras químicas e oclusões arteriais retinianas. A APS ocupa uma posição estratégica para reduzir atraso diagnóstico e iatrogenias, porque é o ponto de primeiro contato e, ao mesmo tempo, o espaço onde se sustenta o seguimento longitudinal de doenças crônicas com repercussão ocular, como diabetes e glaucoma. Para especialistas atuando na APS, o desafio não é “decorar diagnósticos”, mas aplicar um método reprodutível capaz de: medir acuidade visual sistematicamente, reconhecer sinais de gravidade, conduzir intervenções iniciais seguras e organizar encaminhamento oportuno com comunicação clínica de alta qualidade (NICE, [s.d.]; BRASIL, 2012).

Diretrizes internacionais e materiais operacionais reforçam que “olho vermelho” e “dor ocular” não podem ser tratados como entidades homogêneas. A avaliação deve ser guiada por bandeiras vermelhas, sobretudo redução de acuidade visual, fotofobia, dor moderada a intensa, uso de lente de contato, opacidade corneana, defeito epitelial com fluoresceína, pupila anormal, dor à movimentação ocular e sinais sistêmicos, pois esses achados deslocam a probabilidade para causas graves e alteram o nível de urgência do encaminhamento (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025). No campo da córnea, as recomendações da *American Academy of Ophthalmology* (AAO) para ceratite bacteriana enfatizam risco aumentado em usuá-

rios de lentes de contato e a necessidade de avaliação e tratamento imediatos em casos suspeitos, dada a possibilidade de progressão rápida e perda visual (RHEE *et al.*, 2024). Em retina, recomendações atuais reconhecem oclusões arteriais retinianas como emergências equivalentes a evento vascular cerebral, exigindo encaminhamento imediato para avaliação em centro de referência de AVC, com investigação sistêmica e prevenção secundária (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024; MACGRORY *et al.*, 2021).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, operacional e centrada na segurança para o manejo de queixas oculares na APS, estruturando triagem por risco, exame clínico essencial, condutas iniciais seguras, principais síndromes de apresentação, critérios de encaminhamento urgente e estratégias de seguimento longitudinal de condições crônicas, sustentadas por referências atuais e aplicáveis ao contexto brasileiro.

Triagem avançada: quando a APS precisa agir como “porta de emergência”

A triagem deve ser objetiva e reprodutível. A APS deve classificar a queixa ocular em três níveis: condição provavelmente benigna manejável; condição incerta que exige avaliação ampliada e curto retorno; e condição potencialmente ameaçadora da visão que exige encaminhamento no mesmo dia (**Quadro 7.1**).

Exame essencial na APS: o mínimo que muda conduta

Em abordagem avançada, a APS precisa fazer bem três coisas: medir acuidade visual, inspecionar padrão do olho vermelho e examinar córnea e pupila com método (**Tabela 7.1, Figuras 7.1-4**).

Quadro 7.1 Bandeiras vermelhas que exigem encaminhamento urgente no mesmo dia

• Redução de acuidade visual nova, especialmente se súbita
• Dor moderada a intensa, especialmente com fotofobia
• Usuário de lente de contato com olho vermelho, dor ou fotofobia
• Opacidade corneana visível, infiltrado ou úlcera corneana suspeita
• Pupila anormal, midríase fixa, halo visual, cefaleia intensa com náuseas

• Trauma ocular relevante, corpo estranho de alta velocidade, suspeita de perfuração
• Queimadura química ocular
• Dor à movimentação ocular, proptose, edema importante de pálpebra, febre
• Flashes e moscas volantes de início súbito, especialmente com sombra tipo cortina
• Baixa visual indolor súbita, sobretudo em idosos ou com fatores vasculares

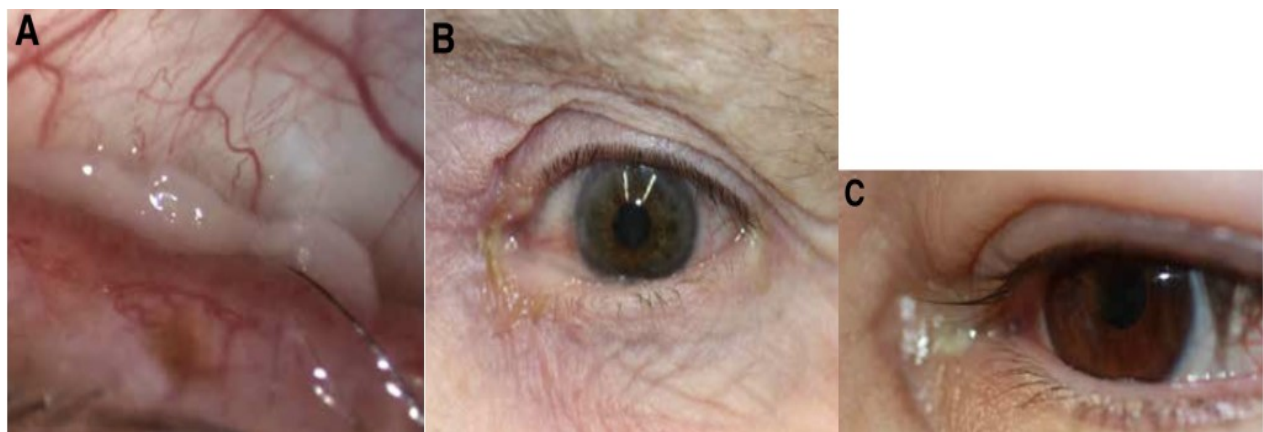
Fonte: (NICE, [s.d.]; BMJ Best Practice, 2025; UFMG, 2016)

Tabela 7.1 Exame ocular mínimo reprodutível para APS

Etapa	Como executar	Por que importa
Acuidade visual	medir em cada olho separadamente e com correção habitual quando disponível	queda de acuidade define gravidade e urgência
Dor e fotofobia	qualificar intensidade e associação	sugere córnea, uveíte ou glaucoma
Padrão de hiperemia	difusa conjuntival vs injeção ciliar	injeção ciliar sugere ceratite/uveíte
Secreção	aquosa, mucosa, purulenta	orienta conjuntivite e diferencial
Pupilas	anisocoria, reatividade, midríase	pupila anormal eleva risco
Córnea	transparência, opacidade, irregularidade	opacidade sugere ceratite/úlcera
Fluoresceína	defeito epitelial, padrão dendrítico, abrasão	diferencia lesões corneanas e herpes
Movimentos oculares	dor, limitação	sugere celulite orbitária ou neurite
Pálpebras e anexos	hordéolo, blefarite, ectrópio	causas frequentes de irritação

Fonte: BRASIL, 2012; UFMG, 2016; NICE, [s.d.].

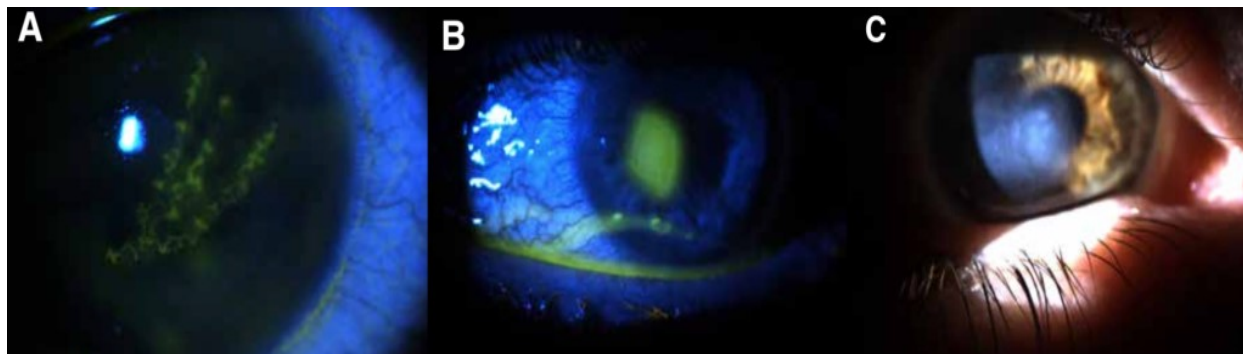
Figura 7.1 Tipos de secreção conjuntival



Legenda: A secreção conjuntival mucosa (A) é típica das conjuntivites alérgicas e é caracterizada pelo aspecto de cordões esbranquiçados filamentosos que se acumulam no fundo de saco conjuntival e no bordo palpebral. A secreção mucopurulenta (B) está presente nas conjuntivites bacterianas ou por clamídia e são espessas, com coloração branco-amarelada ou esverdeada e abundante. A secreção aquosa (C) é encontrada nas conjuntivites virais ou irritativas e possuem coloração esbranquiçada ou acinzentada e é abundante.

Fonte: RAMALHO, 2015.

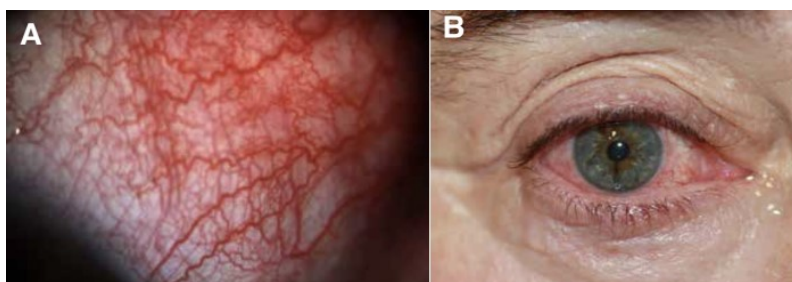
Figura 7.2 Tipos de lesões corneanas



Legenda: (A) Lesão dendrítica por herpes simples após fluoresceína. (B) Erosão da córnea pós-traumática após fluoresceína. (C) Defeito epitelial da córnea apresentado na ceratite neurotrófica.

Fonte: RAMALHO, 2015.

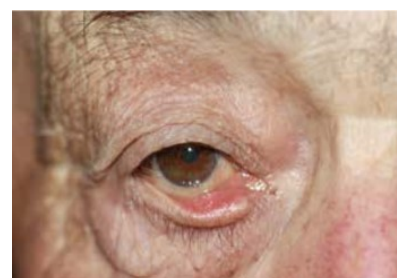
Figura 7.3 Padrão de hiperemia ocular



Legenda: (A) Injeção ciliar. (B) Hiperemia conjuntival difusa)

Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.4 Ectrópio em pálpebra inferior



Fonte: RAMALHO, 2015.

Síndromes de apresentação: organizar o raciocínio por “porta de entrada”

Para especialista, o ganho de qualidade vem de pensar em síndromes.

• Olho vermelho sem dor importante e sem baixa visual

Mais provável: conjuntivite viral/alérgica, blefarite, olho seco, hemorragia subconjuntival.

Olho vermelho com dor ou fotofobia ou baixa visual

Alta prioridade para: ceratite infecciosa, úlcera corneana, uveíte anterior, glaucoma agudo, esclerite, corpo estranho corneano, queimadura química (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025).

• Baixa visual súbita indolor

Considerar: descolamento de retina, oclusões vasculares retinianas, neuropatia óptica isquêmica, hemorragia vítrea. A APS deve tratar

como urgência com encaminhamento imediato conforme suspeita (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024; RACGP, 2014).

• Flashes e moscas volantes

A APS deve assumir necessidade de avaliação retiniana urgente quando início súbito e especialmente se houver defeito de campo ou cortina, pois isso aumenta probabilidade de rasgo e descolamento de retina (RACGP, 2014; NHS, [s.d.]).

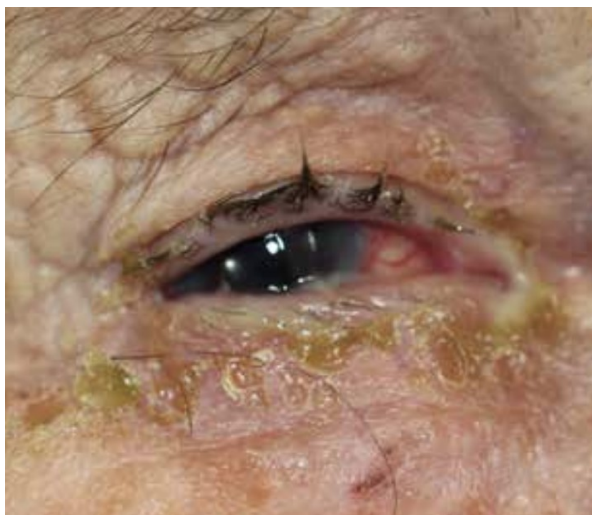
Olho vermelho: diferenciação avançada e condutas iniciais seguras

Conjuntivite viral e bacteriana

A APS deve reconhecer que a maioria das conjuntivites agudas é viral e autolimitada, com secreção aquosa e hiperemia difusa. Conjuntivite bacteriana costuma ter secreção purulenta

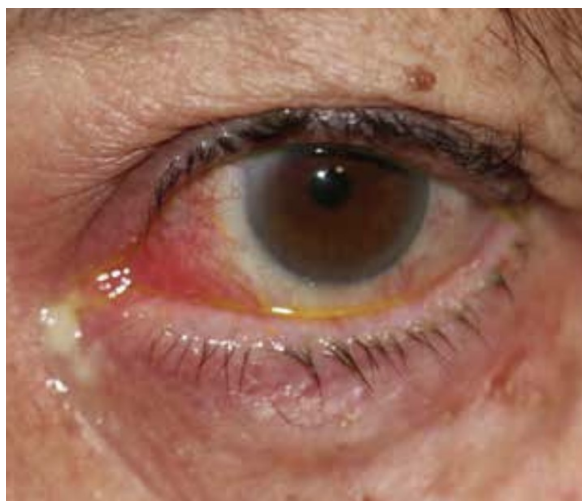
e “grude” matinal. Em ambos os casos, a acuidade visual costuma estar preservada. O papel do especialista na APS é evitar antibiótico indiscriminado e, principalmente, não perder sinais de ceratite e uveíte. Diretrizes de olho vermelho enfatizam que presença de dor, fotofobia ou redução de visão exige avaliação especializada (**Figuras 7.5.-11 e Quadro 7.2**) (NICE, [s.d.]).

Figura 7.5 Conjuntivite bacteriana



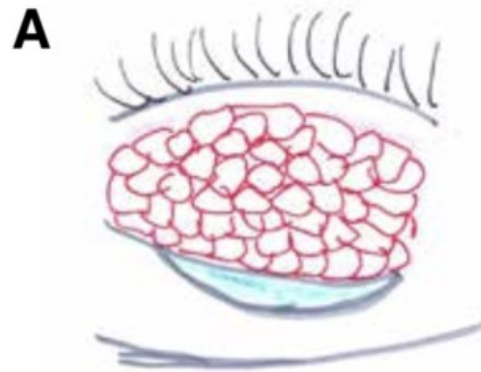
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.6 Conjuntivite viral por adenovírus



Fonte: RAMALHO, 2015.

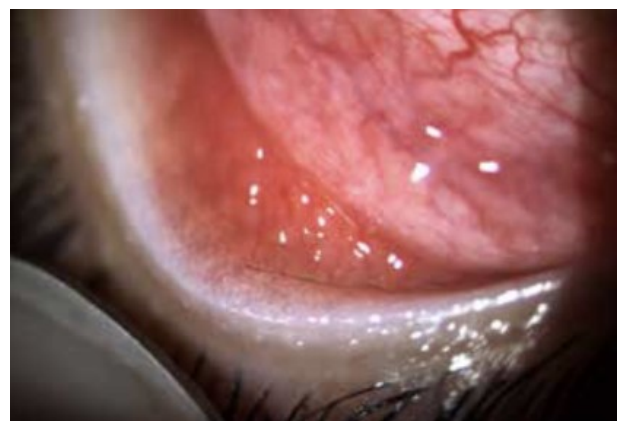
Figura 7.7 Papilas na conjuntiva tarsal superior



Legenda: representação ilustrativa das papilas (A) e fotografia de papilas em conjuntiva tarsal (B). Consistem em formações carnosas, vascularizadas no centro, comprimidas umas contra as outras tipo favo de mel e separadas por linhas brancas fibrosas. Geralmente estão presentes em infecções bacterianas e reações alérgicas.

Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.8 Folicúlos na conjuntiva tarsal inferior



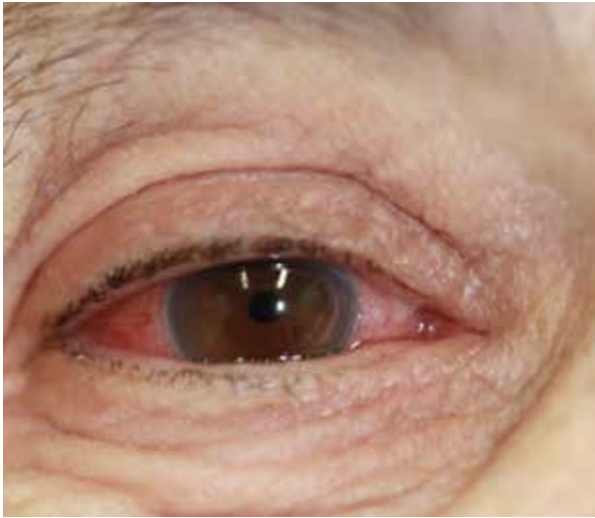
Legenda: formações elevadas, rosas ou cinzentas pálidas, translúcidas, grandes, redondas, localizadas por baixo do epitélio conjuntival e são estruturas avasculares com aproximadamente 0,5 a 2 mm de diâmetro. Geralmente estão presentes em infecções virais.

Fonte: RAMALHO, 2015.

Conjuntivite alérgica

Tipicamente cursa com prurido intenso, bilateralidade e lacrimejamento. O risco é rotular como alergia um quadro com fotofobia e dor que na verdade é ceratite.

Figura 7.9 Conjuntivite alérgica sazonal

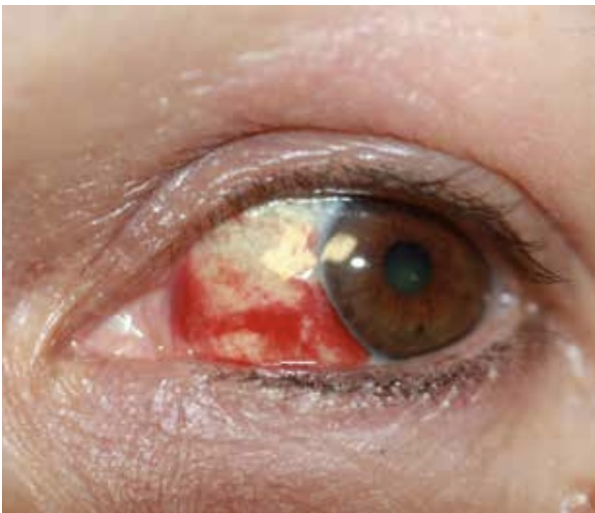


Fonte: RAMALHO, 2015.

Hemorragia subconjuntival

Aspecto dramático, geralmente benigna e indolor, com acuidade preservada. Importa avaliar trauma, uso de anticoagulantes e hipertensão, mas a urgência oftalmológica é baixa na ausência de dor e baixa de visão (BRASIL, 2012).

Figura 7.10 Hemorragia subconjuntival



Fonte: RAMALHO, 2015.

Quadro 7.2 Olho vermelho: perguntas e achados que não podem faltar. *Checklist* de segurança

• Medir acuidade visual e registrar
• Dor e fotofobia presentes
• Uso de lente de contato
• Secreção e padrão de hiperemia
• Opacidade corneana ou defeito epitelial com fluoresceína
• Pupila e injeção ciliar
• Trauma e exposição química
• Se qualquer bandeira vermelha estiver presente, encaminhar no mesmo dia

Fonte: NICE, [s.d.]; BMJ Best Practice, 2025.

Uveíte anterior e esclerite: não confundir com conjuntivite

Uveíte anterior costuma cursar com dor, fotofobia, visão borrada e injeção ciliar (**Figura 7.14**). Esclerite cursa com dor intensa e hiperemia profunda, frequentemente associada a doenças sistêmicas (**Figura 7.15**). Ambas exigem avaliação especializada precoce e não devem ser tratadas como “conjuntivite” quando há dor e fotofobia (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025).

Glaucoma agudo de ângulo fechado: reconhecer e encaminhar sem atrasos

Glaucoma agudo é uma urgência. Tipicamente há dor ocular importante, baixa de visão, halos ao redor de luzes, cefaleia, náuseas, olho vermelho e midríase pouco reativa. A APS deve reconhecer o quadro e encaminhar imediatamente para serviço de urgência oftalmológica (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025).

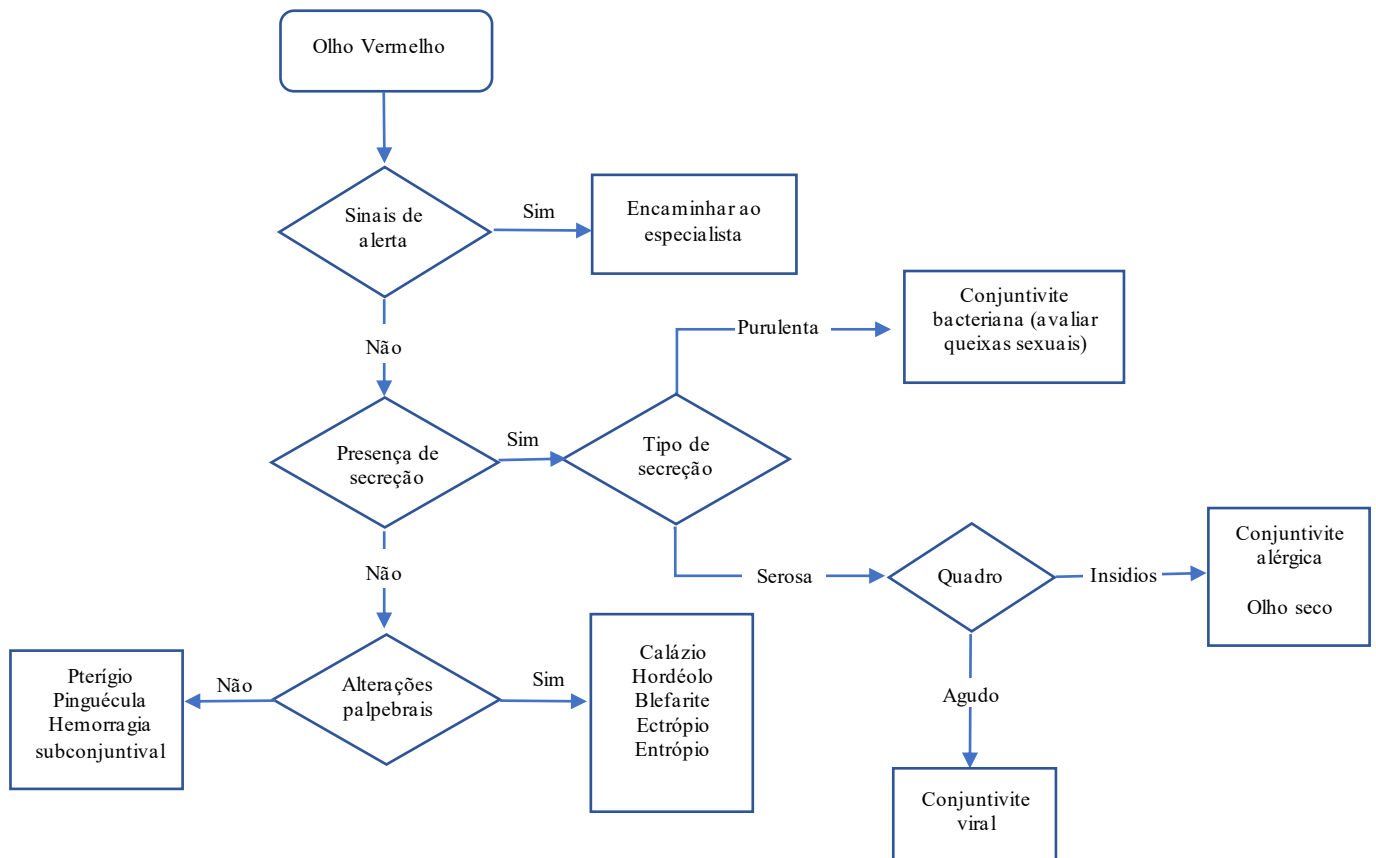
Trauma ocular e lesão corneana superficial

A APS lida com trauma leve com alta frequência. O risco é perder perfuração ou corpo estranho de alta velocidade. Diretrizes de lesão

corneana superficial destacam que lesão química é emergência e a irrigação deve ser imediata, antes mesmo de exame completo, com encaminhamento urgente (**Figura 7.16-18**) (NICE,

[s.d.]; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, [s.d.]).

Figura 7.11 Algoritmo para diagnóstico de olho vermelho na Atenção Primária à Saúde



Fonte: MIRANDA *et al.* (2021).

Tabela 7.2 Diferenciação prática entre conjuntivite e ceratite na APS

Achado	Conjuntivite típica	Ceratite/úlcera suspeita
Dor	leve ou ausente	moderada a intensa
Fotofobia	geralmente ausente	frequente
Acuidade visual	preservada	reduzida
Córnea	transparente	opacidade/infiltrado
Fluoresceína	negativa ou pontilhado leve	defeito epitelial/úlcera
Lente de contato	pode coexistir	fator de risco crítico

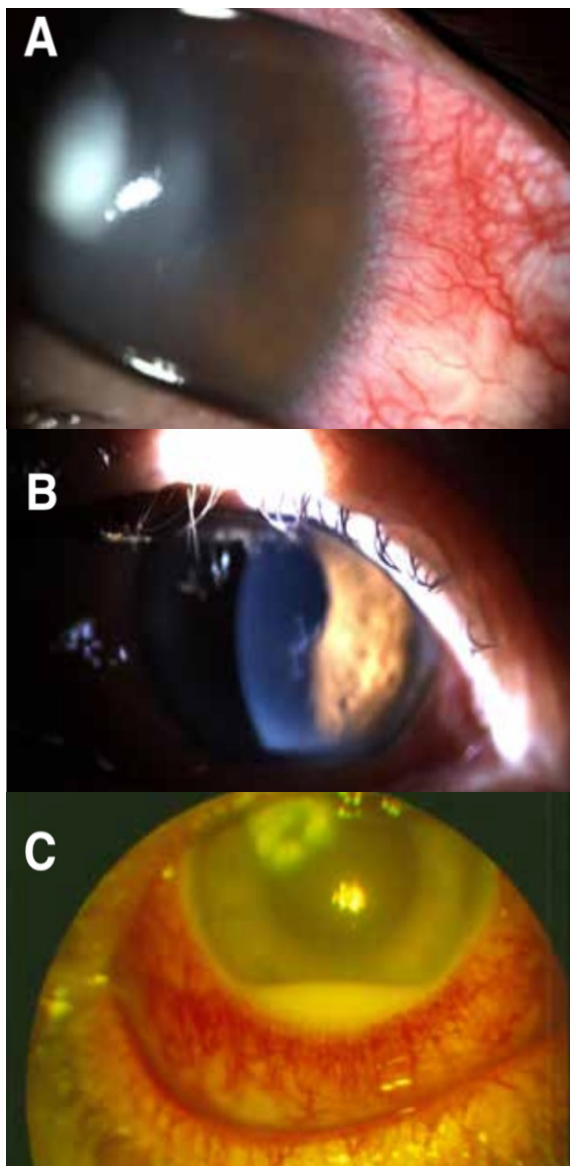
Fonte: NICE, [s.d.]; RHEE *et al.*, 2024.

Figura 7.12 Úlcera periférica em portador de lente de contato



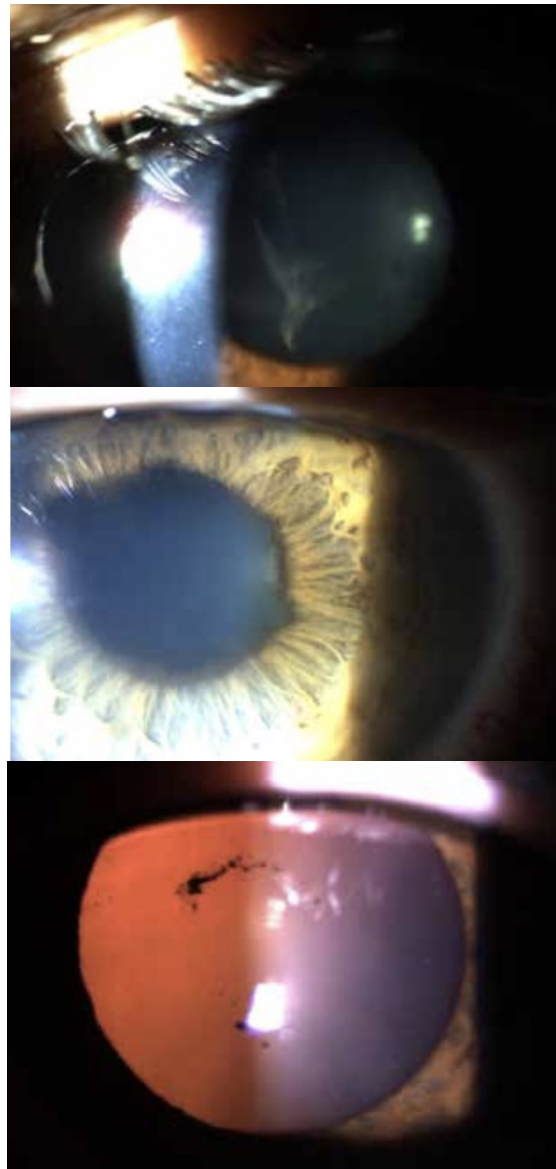
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.13 Ceratite por diferentes agentes etiológicos



Legenda: (A) Ceratite por *Pseudomonas*. (B) Ceratite dendrítica por herpes simples. (C) Ceratite fúngica.
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.15 Uveíte anterior.



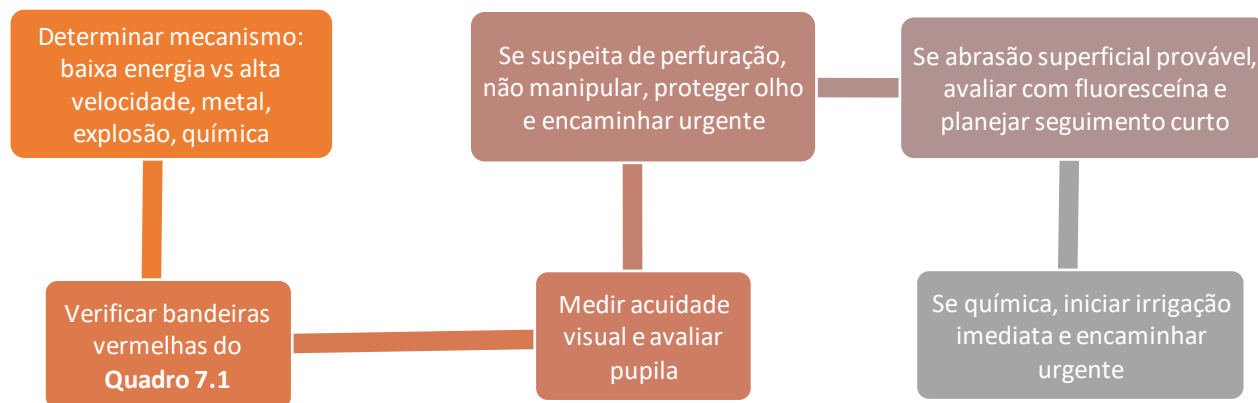
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.15 Esclerite.



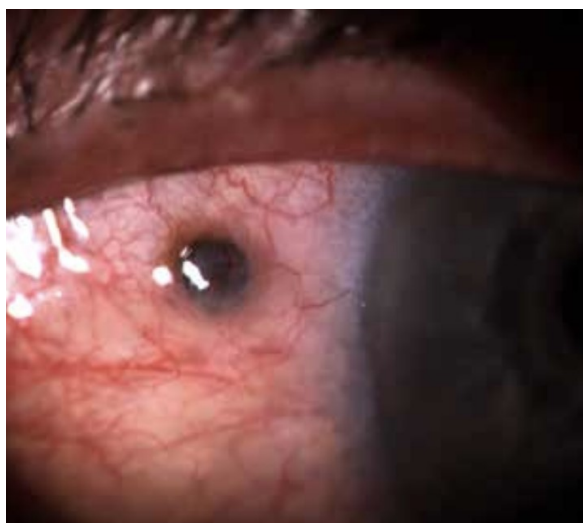
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.16 Fluxo decisório para trauma ocular



Fonte: NICE [s.d.]; UNASUS, 2022.

Figura 7.17 Corpo estranho (chumbinho)



Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.18 Corpo estranho intracorneano.



Fonte: RAMALHO, 2015.

Queimadura química ocular: emergência absoluta e conduta inicial

Queimaduras químicas ameaçam a visão e exigem irrigação imediata. Materiais do NICE reforçam irrigação copiosa imediata com solução apropriada ou água na ausência, com encaminhamento urgente (NICE, [s.d.]). A AAO também enfatiza irrigação imediata mantendo pálpebras abertas, sem atrasos (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, [s.d.]).

Quadro 7.3 Conduta inicial reproduzível em queimadura química

● Iniciar irrigação imediata e contínua sem esperar avaliação completa
● Remover lente de contato se presente e facilmente removível
● Manter pálpebras abertas e irrigar copiosamente
● Encaminhar imediatamente para urgência oftalmológica enquanto mantém irrigação sempre que possível
● Registrar substância, tempo de exposição e medidas realizadas

Fonte: NICE, [s.d.]; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, [s.d.]

Figura 7.19 Erosão da córnea por queimadura ocular



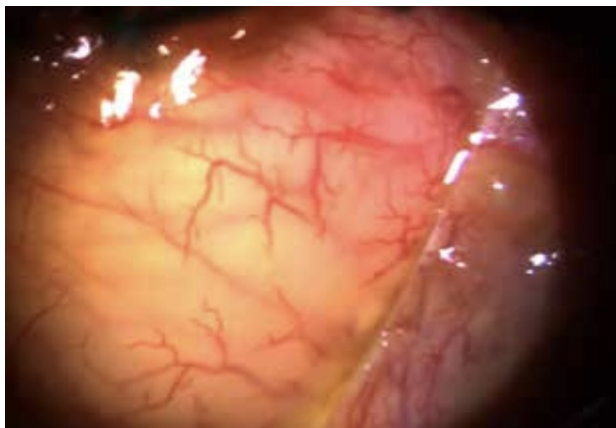
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.20 Queimadura ocular



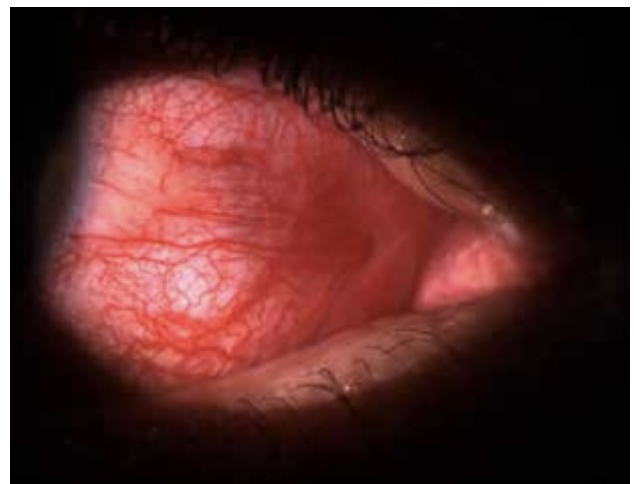
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.21 Quemose acentuada após queimadura ocular



Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.22 Reação conjuntival na queimadura ocular



Fonte: RAMALHO, 2015.

Baixa visual súbita: algoritmo avançado de urgência

A APS deve tratar baixa visual súbita como urgência até prova em contrário. A distinção entre dolorosa e indolor é útil, mas não substitui encaminhamento rápido quando há perda significativa.

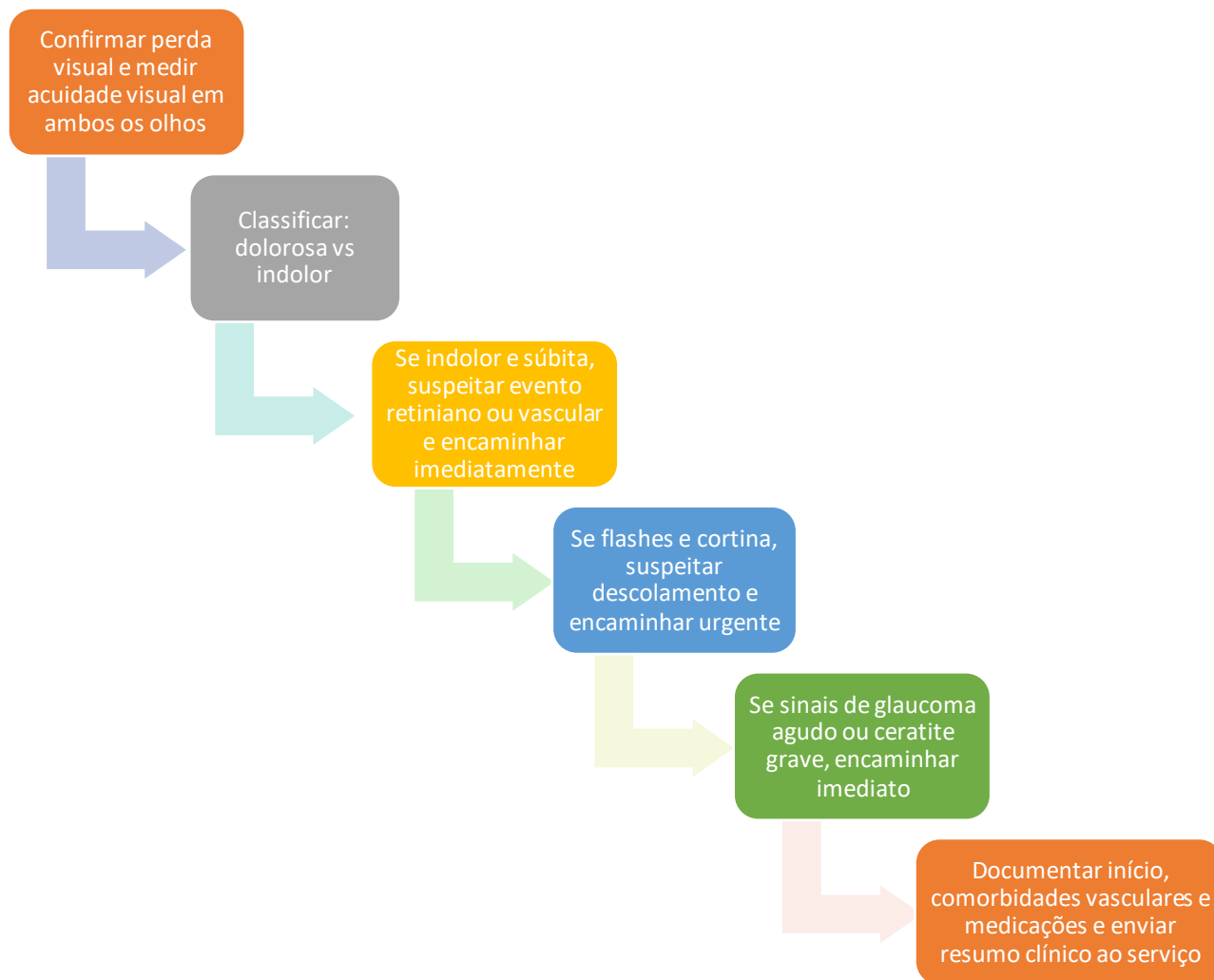
Suspeita de descolamento de retina

Flashes, moscas volantes novas e sombra tipo cortina devem gerar encaminhamento urgente para avaliação retiniana (RACGP, 2014; NHS, [s.d.]).

Suspeita de oclusão arterial retiniana

A AAO recomenda que oclusão arterial retiniana aguda sintomática receba encaminhamento imediato para centro de referência de AVC para avaliação e prevenção secundária (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024). A *American Heart Association* posiciona oclusão de artéria central da retina como emergência com necessidade de abordagem sistêmica semelhante a AVC (MAC GRORY *et al.*, 2021). O fluxo operacional está descrito na **Figura 7.23**.

Figura 7.23 Baixa visual súbita: fluxo de urgência



Fonte: AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024; MAC GRORY *et al.*, 2021; RACGP, 2014.

Queixas comuns de baixa gravidade: manejo avançado e prevenção de recorrência

Blefarite e disfunção de glândulas meibomianas

Causa frequente de irritação, ardor e sensação de areia. O manejo de longo prazo é mais importante que intervenções pontuais, e a APS deve orientar rotina e reconhecer quando há complicações como ceratite marginal ou recorrência intensa com impacto funcional (**Figura 7.24 e 7.25**) (UFMG, 2016; UNASUS, 2022).

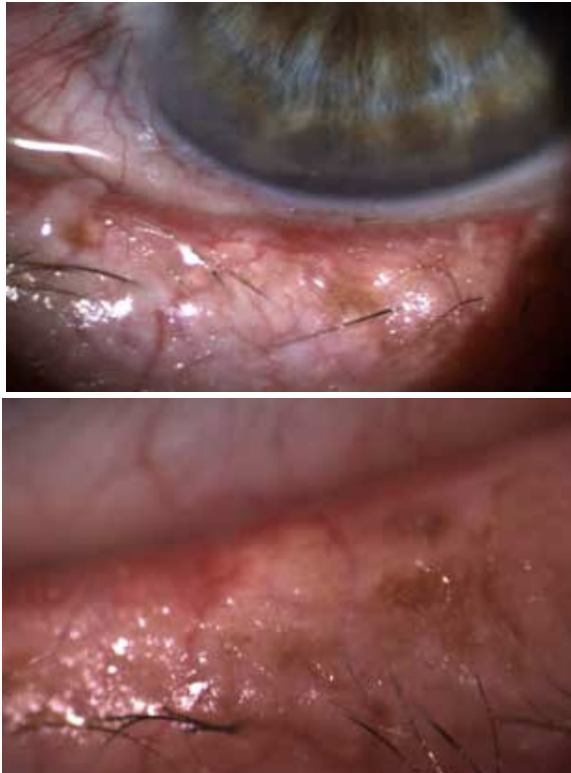
Figura 7.24 Blefarite seborreica



Legenda: Crostas melicéricas na base dos cílios da pálpebra inferior.

Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.25 Disfunção das glândulas de Meibomius



Fonte: RAMALHO, 2015.

Hordéolo e calázio

Geralmente benignos, mas recorrências podem indicar blefarite ou rosácea ocular (**Figura 7.26**).

Figura 7.26 Hordéolo



Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.27 Calázio



Fonte: RAMALHO, 2015.

Olho seco

Muito comum, especialmente em telas, envelhecimento e uso de certos medicamentos. A APS deve diferenciar olho seco de ceratite e uveíte e, em persistência, coordenar seguimento e avaliação especializada conforme impacto e falha terapêutica (UFMG, 2016).

Doenças crônicas com impacto ocular: papel longitudinal da APS (Tabela 7.3)

Retinopatia diabética

A AAO reforça que o exame de fundo de olho dilatado é padrão-ouro para rastreamento, e que imagem digital validada pode ser efetiva para detecção em programas estruturados, o que é particularmente relevante para modelos de APS com teleoftalmologia (LIM *et al.*, 2025). No Brasil, documentos técnicos sobre retinopatia diabética estruturam recomendações para cuidado e organização do acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2020).

Glaucoma e suspeita de glaucoma

A APS contribui com identificação de fatores de risco, adesão a tratamento quando prescrito e vigilância de efeitos adversos e acesso a colírios, mas o diagnóstico e o acompanha-

mento específico exigem avaliação oftalmológica. Diretrizes de glaucoma da AAO são referência para condutas especializadas e reforçam a importância de acompanhamento estruturado e prevenção de progressão (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2025).

Tabela 7.3 Cuidado longitudinal ocular na APS

Condição	Papel da APS	Elementos críticos
Diabetes	garantir rastreio e adesão	convocação ativa e registro de exame ocular
Glaucoma	apoiar adesão e acesso	avaliar uso real, efeitos e barreiras
Uso crônico de corticoide	reconhecer risco	coordenar vigilância oftalmológica
Idoso frágil	prevenir perda funcional	encaminhamento oportuno em baixa visual

Fonte: BRASIL, 2020; LIM *et al.*, 2025; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2025)

Comunicação e encaminhamento: como aumentar qualidade e reduzir “vai e volta”

O encaminhamento de urgência deve incluir informações que mudam conduta: acuidade visual, presença de fotofobia, uso de lente de contato, fluoresceína positiva, opacidade corneana, pupila e tempo de início. Isso reduz atrasos e melhora tomada de decisão no serviço de destino. O conteúdo deve seguir o **Quadro 7.4**.

Quadro 7.4 Encaminhamento: mínimo essencial

● Queixa principal e tempo de início
● Acuidade visual em cada olho
● Dor e fotofobia
● Uso de lente de contato
● Achados de córnea e fluoresceína
● Pupila e padrão de hiperemia
● Trauma ou química
● Condutas já realizadas
● Comorbidades relevantes e medicações

Fonte: NICE, [s.d.]; BMJ Best Practice, 2025; UFMG, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Bacterial Keratitis Preferred Practice Pattern®. 2024. Disponível em: <https://www.aao.org/Assets/6dd86c3a-c71f-44c8-aec1-fd833faca6d2/638434423305070000/bacterial-keratitisppp-pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Irrigation of chemical burns. s.d. Disponível em: <https://www.aao.org/education/image/irrigation-of-chemical-burns>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Retinal and Ophthalmic Artery Occlusions Preferred Practice Pattern®. 2024. Disponível em: <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/retinal-ophthalmic-artery-occlusions-ppp>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern®. 2025. Disponível em: <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/primary-open-angle-glaucoma-ppp>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BMJ BEST PRACTICE. Assessment of red eye. 2025. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/496/pdf/496.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Retinopatia Diabética. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/pcdt_retinopatia_diabetica_cp_12_2020.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.
- HAYNES, A.B. *et al.* A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, p. 491-499, 2009.
- LIM, J.I. *et al.* Diabetic Retinopathy Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, v. 132, n. 4, p. P75-P162, 2025.
- MAC GRORY, B. *et al.* Management of Central Retinal Artery Occlusion: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, v. 52, n. 6, p. e282-e294, 2021.
- MIRANDA, B.A. *et al.* Importância do diagnóstico diferencial de olho vermelho não traumático na atenção primária: uma revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 31, p. e-31202, 2021.
- NHS. Detached retina (retinal detachment). s.d. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/detached-retina-retinal-detachment/>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- NICE. Red eye. Clinical Knowledge Summaries, s.d. Disponível em: <https://cks.nice.org.uk/topics/red-eye/>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- NICE. Corneal superficial injury. Clinical Knowledge Summaries, s.d. Disponível em: <https://cks.nice.org.uk/topics/corneal-superficial-injury/>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- RACGP. Flashes and floaters: a practical approach to assessment and management. *Australian Family Physician*, 2014. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2014/april/flashes-and-floaters>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- RAMALHO, A. Atlas de oftalmologia. 1. ed. Loures: Théa Portugal, 2015.
- RHEE, M.K. *et al.* Bacterial Keratitis Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38349295/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Oftalmologia-na-ABS-2016.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

UNASUS. Abordagem a problemas de olhos e visão. 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/30011/1/Eixo%2004%20-%20M%C3%B3dulo%204%20Abordagem%20a%20problemas%20de%20olhos%20e%20visao.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Surgical Safety Checklist. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

CAPÍTULO 8

DISLIPIDEMIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RASTREIO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR E TRATAMENTO

LUCCA DE SOUZA GARCIA¹
MARIA CECÍLIA SILVEIRA VILLELA²
ANA CAROLINA DE ALMEIDA MELO³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Anhanguera UNIDERP, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

²Discente - Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

³Discente - Centro Universitário Univértix, Matipó, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Dislipidemia; Estratificação de Risco Cardiovascular; Terapia Hipolipemiante.

INTRODUÇÃO

As dislipidemias permanecem entre os principais determinantes modificáveis de doença aterosclerótica cardiovascular (DACV) e de pancreatite por hipertrigliceridemia. Na atenção primária à saúde (APS), elas aparecem tanto como achado incidental em rastreios oportunistas quanto como componente central do manejo de pessoas com multimorbidades (hipertensão, diabetes, doença renal crônica, obesidade e tabagismo). O papel da APS, em nível avançado, vai além de “prescrever estatina”: envolve rastrear de forma custo-efetiva, estratificar risco de maneira reprodutível, identificar condições que mudam metas e intensidade terapêutica (DACV estabelecida, diabetes com lesão de órgão-alvo, hipercolesterolemia familiar, doença renal crônica, risco trombótico e inflamatório), manejar terapias combinadas com monitoramento e segurança, e coordenar seguimento longitudinal com foco em adesão e desfechos.

No Brasil, dois pilares estruturam uma prática moderna na APS: (1) a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025, que atualiza conceitos de estratificação de risco, metas e intensificação terapêutica, incorporando evidências recentes e recomendações de maior precisão clínica (RACHED *et al.*, 2025); e (2) o PCDT de Dislipidemia do Ministério da Saúde, que organiza critérios diagnósticos, tratamento e acompanhamento no âmbito do SUS, com atualização pública no portal do Ministério (BRASIL, 2025). Em paralelo, diretrizes europeias e norte-americanas complementam o raciocínio de intensificação e terapias não estatinas, incluindo recomendações sobre ezetimiba, inibidores de PCSK9 e outros agentes conforme risco e resposta ao LDL-colesterol (LDL-c) (WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; ESC, 2025).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é oferecer uma abordagem avançada, prática e reprodutível para dislipidemias na APS, integrando estratégias de rastreio, estratificação de risco cardiovascular e pancreático, definição de metas terapêuticas, tratamento farmacológico e não farmacológico, monitoramento de segurança e adesão, além de fluxos de encaminhamento e seguimento longitudinal alinhados às diretrizes brasileiras atuais e ao PCDT do SUS.

Rastreio e diagnóstico clínico-operacional na APS

O rastreio de dislipidemias na APS deve ser orientado por risco, custo-efetividade e potencial de mudança de conduta. Em prática avançada, a pergunta não é “quem pode dosar colesterol?”, mas “em quem a informação muda o plano terapêutico e reduz evento?”. O PCDT e a diretriz brasileira fornecem o eixo para operacionalizar rastreio e diagnóstico, com foco em prevenção cardiovascular e pancreatite por hipertrigliceridemia (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

Pontos práticos do rastreio na APS (adultos):

- Priorizar rastreio em pessoas com fatores de risco (Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus - DM, tabagismo, obesidade, Doença Renal Crônica - DRC, história familiar de DACV prematura), em candidatos a terapia farmacológica e em situações que mudam intensidade terapêutica.
- Em prevenção secundária (DACV estabelecida), o rastreio é parte do monitoramento terapêutico, não um “exame de triagem”.
- Em suspeita de dislipidemia genética, o rastreio é diagnóstico e tem implicação familiar (*cascade screening*).

Painel lipídico e parâmetros úteis na prática avançada:

- LDL-c permanece principal alvo terapêutico aterosclerótico na maioria dos cenários, com metas por risco (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

- Triglicerídeos (TG) definem risco pancreático em níveis muito elevados e refinam risco cardiometabólico quando moderadamente elevados (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

- HDL-c é marcador de risco, mas não alvo terapêutico direto na maioria dos protocolos modernos.

- Colesterol não-HDL e/ou ApoB podem ser úteis como alvos alternativos/adjuntos em fenótipos com hipertrigliceridemia e dislipidemia aterogênica (diretrizes variam por disponibilidade e contexto; o importante é padronizar no serviço) (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Suspeita de dislipidemia genética e situações que mudam a intensidade terapêutica (**Quadro 8.1**):

Quadro 8.1 Situações de alto impacto na APS

LDL-c muito elevado (especialmente ≥ 190 mg/dL) ou história familiar sugestiva → suspeitar hipercolesterolemia familiar; avaliar história de DACV prematura e xantomas; considerar rastreio familiar e encaminhamento conforme rede.
DACV estabelecida (IAM/AVC/AIT, doença arterial periférica, revascularização) → prevenção secundária com metas mais intensas e estratégia combinada precoce.
Diabetes com múltiplos fatores de risco, lesão de órgão-alvo ou longa duração → risco muito alto; metas mais agressivas.
DRC (especialmente estágios avançados) → risco aumentado e necessidade de ajuste terapêutico e monitoramento.
TG muito elevados (≥ 500 mg/dL e, sobretudo, ≥ 1000 mg/dL) → foco em prevenção de pancreatite e causa secundária.
Hipotireoidismo, síndrome nefrótica, colestase, uso de drogas (corticoide, retinoides, antipsicóticos, etc.) → tratar causa secundária e reavaliar perfil.

Fonte: RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; ESC, 2025.

Estratificação de risco e definição de metas terapêuticas

A estratificação de risco é o “motor” do manejo moderno: ela define intensidade de intervenção, metas de LDL-c e quando escalar para terapia combinada. A diretriz brasileira 2025 enfatiza estratificação por categorias de risco, incluindo prevenção secundária e grupos de muito alto risco, com metas e percentuais de redução, e recomenda intensificação escalonada quando metas não são atingidas (RACHED *et al.*, 2025). A atualização europeia de dislipidemias também reforça o conceito “quanto mais baixo, melhor” para LDL-c em risco elevado, com intensificação precoce quando necessário (ESC, 2025).

Risco cardiovascular na APS (visão avançada):

- A estratificação não deve ser “só calculadora”. Calculadoras são úteis para prevenção primária intermediária, mas perdem valor quando há “condições de muito alto risco” (DACV, DRC avançada, diabetes com lesão, LDL-c muito alto). Nesses cenários, o risco já é alto por definição e a conduta é intensiva.

- Para prevenção primária, o risco deve considerar: idade, HAS, tabagismo, DM, história familiar, obesidade central e marcadores de risco quando disponíveis/indicados (p.ex., Lp(a) como modificador em diretrizes mais recentes; aplicabilidade depende de disponibilidade e protocolo local) (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Metas de LDL-c por estrato de risco e estratégia de intensificação (modelo APS) (**Tabela 8.1**):

Tabela 8.1 Metas e intensificação

Estrato clínico	Direção da meta	Estratégia preferencial
Prevenção secundária (DACV)	meta mais baixa possível e redução percentual importante	estatina alta intensidade + considerar combinação precoce se necessário
Muito alto risco (p.ex., DM com lesão, DRC avançada, múltiplos fatores)	metas agressivas	estatina alta intensidade; combinar se meta não atingida
Alto risco	metas intermediárias/baixas	estatina moderada a alta; intensificar conforme resposta
Risco intermediário	metas individualizadas	decisão compartilhada, estatina conforme risco e preferências
Baixo risco	foco em estilo de vida, avaliar caso a caso	farmacoterapia seletiva

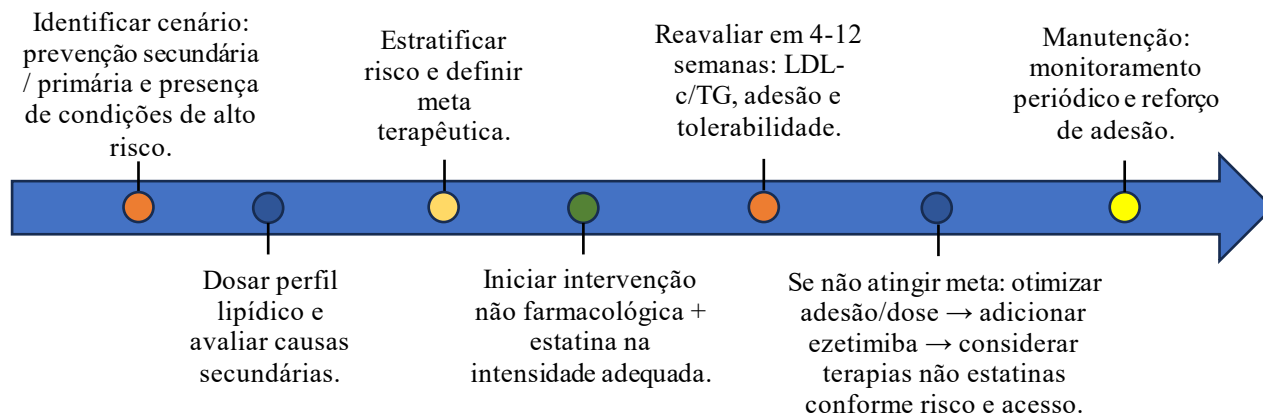
Fonte: RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; ESC, 2025.

Observação prática: em APS, o erro comum é “subtratar” risco muito alto (adiando intensificação) e “supertratar” risco baixo sem decisão

compartilhada. O método deve ser padronizado e auditável.

Algoritmo de decisão em APS: do rastreio à intensificação (**Figura 8.1**):

Figura 8.1 Algoritmo APS



Fonte: RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022.

Tratamento: intervenções não farmacológicas e farmacoterapia escalonada

A base do manejo na APS continua sendo intervenção em estilo de vida, mas em nível avançado ela deve ser estruturada e integrada a metas mensuráveis, evitando recomendações genéricas (“dieta e exercício”). O PCDT e diretrizes atuais reforçam que, em risco alto e muito alto, mudanças de estilo de vida são necessárias, porém frequentemente insuficientes para

metas de LDL-c, exigindo farmacoterapia e combinação (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Intervenções não farmacológicas de alto valor

- Redução de gorduras saturadas e ultra-processados, aumento de fibras solúveis, padrão alimentar cardioprotetor, controle de peso e atividade física regular.
- Em hipertrigliceridemia, reduzir álcool e açúcares simples/refinados é frequentemente

mais efetivo do que apenas “reduzir gordura”, além de revisar causas secundárias (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

Farmacoterapia: lógica escalonada e combinações

Estatinas são primeira linha para redução de LDL-c e redução de eventos cardiovasculares, com intensidade guiada por risco (RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025). Em prática avançada, “estatinas” não são um bloco único: o especialista deve prescrever intensidade, definir meta e prazo de reavaliação.

Ezetimiba é a principal terapia adjuvante quando LDL-c não atinge meta apesar de estatina otimizada, com base em evidências e incorporação em múltiplos consensos; diretrizes modernas discutem intensificação combinada mais precoce em alto risco, em vez de escalada lenta (WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Terapias não estatinas (ex.: inibidores de PCSK9 e outras): indicadas principalmente em

muito alto risco, prevenção secundária e hipercolesterolemia familiar quando metas não são atingidas com terapia otimizada e/ou conforme disponibilidade e PCDT/regras locais. A decisão deve ser baseada em risco absoluto e potencial de benefício, e a APS precisa, no mínimo, reconhecer elegibilidade e coordenar acesso/encaminhamento (WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; RACHED *et al.*, 2025).

Hipertrigliceridemia e risco pancreático

A APS deve diferenciar:

- TG moderadamente elevados: foco em risco cardiometabólico e causas secundárias.
- TG muito elevados: foco em prevenção de pancreatite, intervenção dietética intensiva (incluindo álcool e carboidratos simples), revisão medicamentosa e farmacoterapia específica conforme PCDT e acesso (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

Manejo escalonado por fenótipo (LDL predominante vs TG predominante) (Tabela 8.2):

Tabela 8.2 Fenótipo e estratégia

Fenótipo dominante	Prioridade	Conduta nuclear na APS
LDL-c elevado (aterosclerótico)	reduzir eventos CV	estatina intensidade por risco → combinar se não atingir meta
TG elevado moderado	reduzir risco cardiometabólico	perda ponderal, reduzir álcool/açúcares, tratar causas secundárias, considerar fármaco conforme risco
TG muito elevado	prevenir pancreatite	intervenção dietética intensiva + tratar causas secundárias + terapia específica conforme PCDT e risco
Misto (LDL + TG)	dupla meta	priorizar LDL-c por risco CV e tratar TG conforme magnitude/risco pancreático

Fonte: BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022.

Monitoramento, adesão, segurança e critérios de encaminhamento

O manejo longitudinal é onde a APS ganha ou perde desfecho. A principal causa de “falha terapêutica” em dislipidemia na APS não é falta de opções farmacológicas, mas baixa adesão, titulação tardia e ausência de reavaliação estruturada.

Monitoramento e reavaliação

- Após iniciar ou intensificar terapia, reavaliar lipídios em janela adequada (comumente 4–12 semanas) para confirmar resposta e ajustar plano, depois espaçar conforme estabilidade.
- Monitorar efeitos adversos com raciocínio clínico: sintomas musculares, elevação de

transaminases (quando indicado), interações e percepção do paciente.

- Documentar adesão real (uso correto, barreiras, custo, crenças) antes de concluir “falha de estatina”.

Tolerância e “intolerância a estatina”

A abordagem avançada deve evitar rotular rapidamente “intolerância” sem reavaliação e tentativa estruturada (ajuste de dose, troca, esquema alternativo, tratar fatores associados). A diretriz brasileira e consensos internacionais reforçam que a descontinuação não planejada aumenta risco, e que a meta é manter alguma forma de terapia hipolipemiante efetiva, frequentemente combinando classes (RACHED *et al.*, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022).

Encaminhamento: quando a APS deve acionar rede/especialista

- Suspeita de hipercolesterolemia familiar, especialmente LDL-c muito elevado e história familiar de DACV precoce (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

- Prevenção secundária ou muito alto risco sem atingir metas apesar de terapia otimizada → avaliar intensificação com não estatinas e acesso.

- TG muito elevados persistentes (alto risco pancreático) ou suspeita de causas raras/complexas.

- Dúvida diagnóstica relevante (p.ex., hepatopatia, miopatia severa, interações complexas).

- Necessidade de terapias de alto custo ou de protocolos específicos do SUS.

“Checklist de qualidade” do seguimento na APS (Quadro 8.2):

Quadro 8.2 Seguimento de alta qualidade

Meta terapêutica explicitada e registrada.
Intensidade de estatina definida (não “estatina genérica”).
Reavaliação programada (data/intervalo).
Adesão checada (uso real, barreiras).
Causas secundárias revisadas em falha de resposta.
Estratégia de intensificação clara (otimizar → combinar → encaminhar).
Educação do paciente focada em risco absoluto e benefício.

Fonte: BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025.

Dislipidemias na APS exigem método, não automatismo. Em nível avançado, a APS deve rastrear de forma custo-efetiva, estratificar risco com precisão clínica, definir metas e intensidades terapêuticas proporcionais e escalar tratamento com reavaliação programada, priorizando atingir LDL-c em alto/muito alto risco e prevenindo pancreatite em hipertrigliceridemia grave. Diretrizes brasileiras atuais e o PCDT do SUS oferecem base robusta para padronização, enquanto consensos internacionais refinam estratégias de intensificação e terapias adjuvantes. O impacto real depende da capacidade da APS de sustentar adesão, monitorar segurança e coordenar a rede para casos complexos, transformando “números de laboratório” em prevenção de eventos e redução de mortalidade (RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; ESC, 2025).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Dislipidemia. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Brasília DF., 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dislipidemia/view>. Acesso em: 03 mar. 2026.

ESC - European Society of Cardiology. 2025 Focused Update: Dyslipidaemias. 2025. Disponível em: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/dyslipidaemias/>. Acesso em: 03 mar. 2026.

RACHED, F.H. *et al.* Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, p. e20250640, 2025.

WRITING COMMITTEE. *et al.* 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Nonstatin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. Journal of the American College of Cardiology, 2022. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2022.07.006>. Acesso em: 03 mar. 2026.

CAPÍTULO 9

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIAGNÓSTICO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E TRATAMENTO

LAÍS REIS SILVA¹
LUCAS BHERING GOMES²
ANA LAURA RUBERT³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário IMEPAC Araguari, Araguari, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Unicesumar, Maringá, Paraná, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial; Monitorização da Pressão Arterial; Tratamento Anti-Hipertensivo.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a condição crônica mais prevalente e um dos fatores de risco modificáveis mais importantes para infarto, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e demência vascular. Na atenção primária à saúde (APS), a HAS é, simultaneamente, um “diagnóstico frequente” e um “problema de implementação”: o maior impacto populacional não vem de condutas complexas, mas de padronização de medida, confirmação diagnóstica, titulação oportuna, adesão e controle sustentado. Diretrizes contemporâneas reforçam que controle pressórico é um desfecho de sistema e deve ser tratado como indicador de qualidade assistencial, com monitorização fora do consultório e algoritmos simples para reduzir inércia terapêutica (WHO, 2021; JONES *et al.*, 2025).

No Brasil, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025, elaborada por sociedades nacionais, atualiza recomendações diagnósticas, abordagem de risco, metas e estratégias farmacológicas, com ênfase em medidas padronizadas e intensificação racional (BRANDÃO *et al.*, 2025). Em paralelo, diretrizes internacionais recentes enfatizam a centralidade da aferição correta (incluindo medida automatizada quando disponível), a confirmação com monitorização fora do consultório (MRPA/MAPA), o uso ampliado de combinações em dose fixa e metas pressóricas mais ambiciosas quando toleradas, com “*opt-out*” em fragilidade e hipotensão ortostática (McEVOY *et al.*, 2024; JONES *et al.*, 2025). Para cenários específicos, recomendações como KDIGO 2021 integram HAS com doença renal crônica (DRC) e albuminúria, orientando metas e o papel de bloqueadores do

sistema renina-angiotensina (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2021).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada e reproduzível para manejo da HAS na APS, integrando diagnóstico e confirmação, estratificação de risco cardiovascular e lesão de órgão-alvo, seleção e intensificação terapêutica (não farmacológica e farmacológica), monitoramento e segurança, manejo de populações especiais e critérios de encaminhamento, com foco em aumentar controle pressórico sustentado e reduzir eventos cardiovasculares.

Diagnóstico e estratificação de risco na APS

A prática avançada começa com um princípio simples: HAS só é bem tratada quando é bem medida. Aferição inadequada e “diagnóstico por acaso” são causas relevantes de subtratamento e *overtreatment*, especialmente em idosos e em pessoas com variabilidade pressórica. Diretrizes atuais convergem para: técnica padronizada, repetição de medidas, uso de equipamentos validados e confirmação com medida fora do consultório quando possível (BRANDÃO *et al.*, 2025; WHO, 2021; JONES *et al.*, 2025).

Medida padronizada da PA e confirmação diagnóstica (APS) (**Tabela 9.1**).

A **Figura 9.1** apresenta o posicionamento adequado do paciente durante a aferição da pressão arterial, incluindo costas apoiadas, pés no chão e braço na altura do coração, além de orientações para garantir a precisão da medida e cuidados prévios como evitar fumar, ingerir cafeína ou realizar atividade física antes da medição.

Tabela 9.1 Protocolo mínimo de aferição e confirmação

Etapa	Elemento essencial	Observação prática
Pré-medida	repouso, ambiente silencioso, bexiga vazia, sem cafeína/tabaco/exercício recente	reduz falsos positivos
Técnica	manguito correto, braço apoiado, posição adequada, medir em ambos os braços na avaliação inicial	identificar diferença interbraços e reduzir erro
Repetição	pelo menos 2 medidas e usar média	melhora reprodutibilidade
Confirmação	MRPA/MAPA quando suspeita de “avental branco”, mascarada, variabilidade alta ou discrepância clínica	evita diagnósticos errados e inércia
Registro	registrar método, equipamento e braço	melhora auditoria e seguimento

Fonte: BRANDÃO *et al.*, 2025; WHO, 2021; GIUSEPPE *et al.*, 2023)

Figura 9.1 Técnica correta para aferição da pressão arterial e orientações prévias à medida



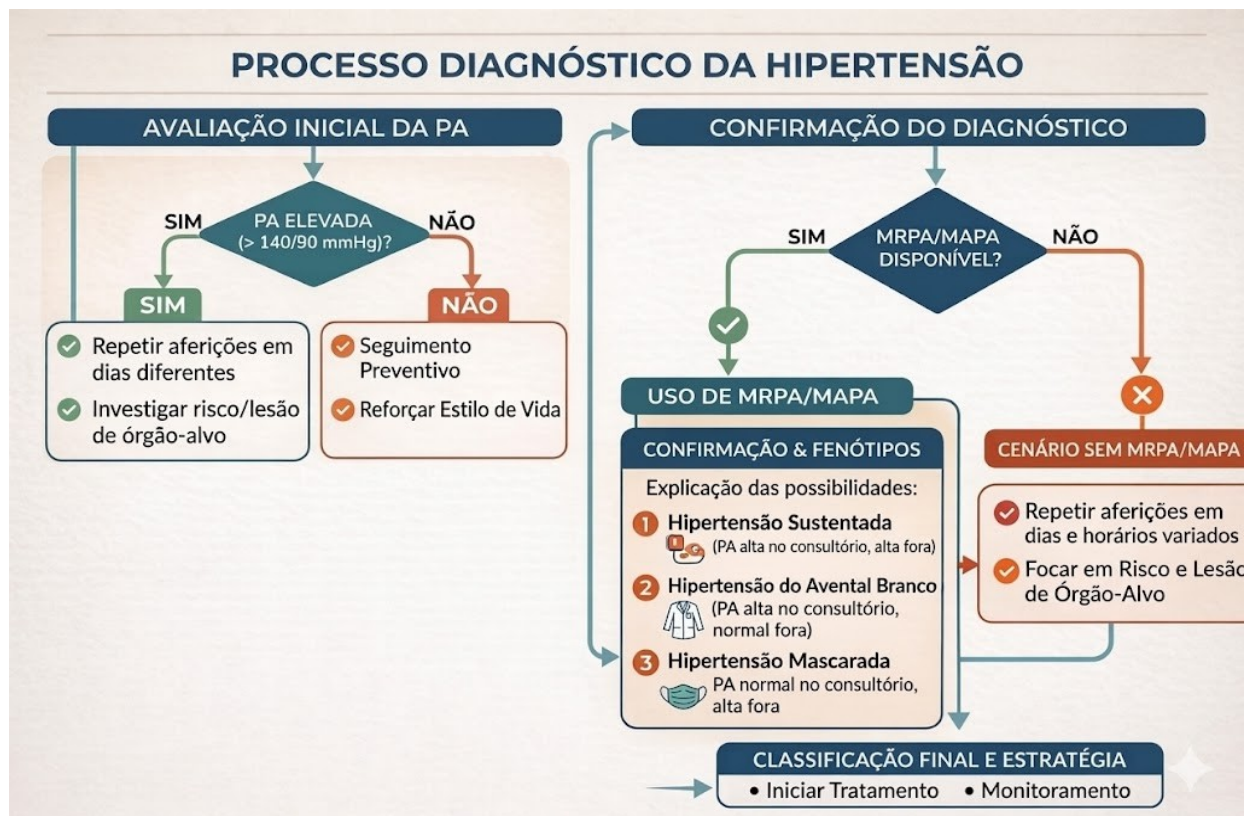
Confirmação diagnóstica e fenótipos úteis na APS:

- **Hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada** mudam prognóstico e decisão terapêutica; são melhor detectadas por MRPA/MAPA (BRANDÃO *et al.*, 2025; GIUSEPPE *et al.*, 2023).

- Em cenários em que MRPA/MAPA não está disponível, o especialista deve aumentar o número de medidas em dias diferentes e reduzir decisões baseadas em uma única visita, mantendo rastreio de risco e lesão de órgão-alvo (WHO, 2021).

A Figura 9.2 apresenta as etapas de avaliação inicial e confirmação diagnóstica da hipertensão arterial. Na etapa de avaliação inicial, ocorre a verificação para analisar se os valores estão elevados ($\geq 140/90$ mmHg). Em caso positivo, recomenda-se repetir as aferições em dias diferentes e investigar a presença de fatores de risco ou lesão de órgão-alvo. Caso os valores não estejam elevados, orienta-se o seguimento preventivo e reforço das medidas de estilo de vida. Na próxima etapa, ocorre a confirmação diagnóstica por meio da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) ou da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), quando disponíveis, permitindo identificar diferentes fenótipos, como hipertensão sustentada, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada. Na ausência desses métodos, recomenda-se repetir aferições em diferentes dias e horários e avaliar o risco cardiovascular e a presença de lesões de órgão-alvo, direcionando posteriormente a classificação final, tratamento e monitoramento do paciente.

Figura 9.2 Etapas do processo diagnóstico da hipertensão arterial



Fonte: Elaboração com base em diretrizes atuais para diagnóstico e manejo da hipertensão arterial na atenção primária à saúde (2026).

Estratificação de risco e avaliação inicial (avançado, mas reprodutível):

A estratificação não se limita ao valor da PA; ela integra idade, comorbidades, risco global e lesão de órgão-alvo (coração, rim, cérebro/vasos e retina). A diretriz brasileira 2025 e diretrizes internacionais recomendam que o “pacote mínimo” de avaliação inclua: creatinina/eTFG, potássio, glicemia/HbA1c conforme risco, perfil lipídico, EAS e albuminúria/creatininúria (ACR) quando possível, além de ECG para rastreamento de hipertrofia ventricular esquerda e arritmias (BRANDÃO *et al.*, 2025; JONES *et al.*, 2025; KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2021).

Sinais de alto risco e lesão de órgão-alvo que mudam conduta na APS (**Quadro 9.1**):

Quadro 9.1 Marcadores de alto risco e lesão de órgão-alvo

Doença cardiovascular estabelecida: IAM/AVC/AIT, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, revascularização
DRC (eTFG reduzida) e/ou albuminúria elevada (ACR aumentado)
Diabetes com múltiplos fatores de risco ou lesão de órgão-alvo
Hipertrofia ventricular esquerda no ECG, fibrilação atrial, sinais de insuficiência cardíaca
Retinopatia hipertensiva significativa e alterações vasculares relevantes
PA persistentemente muito elevada apesar de tratamento, sugerindo resistência, baixa adesão ou causa secundária

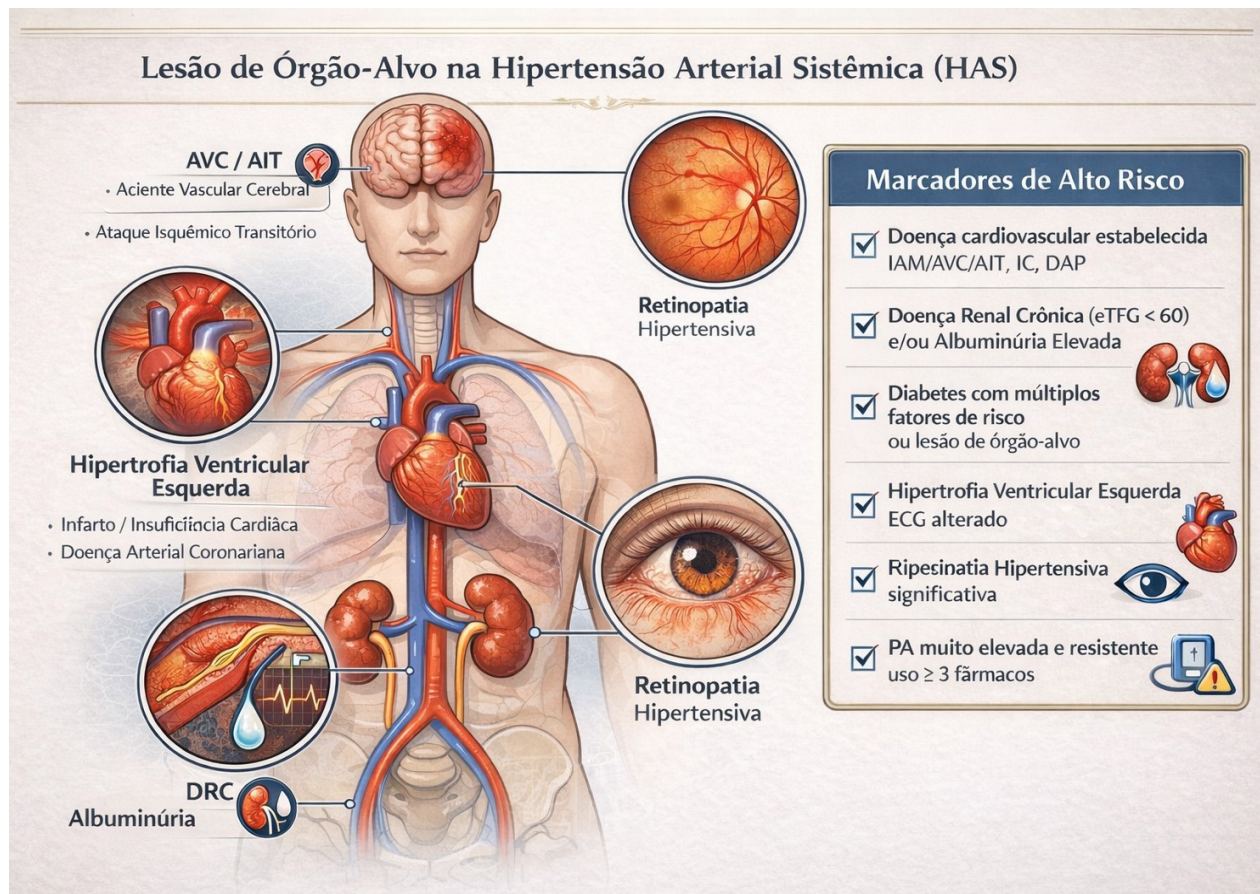
Fonte: BRANDÃO *et al.*, 2025; KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2021; MCEVOY *et al.*, 2024.

A **Figura 9.3** ilustra os principais órgãos-alvo afetados pela hipertensão arterial sistêmica (HAS), destacando complicações em diferentes sistemas do organismo. Entre elas estão eventos

cerebrovasculares como acidente vascular cerebral (AVC) e ataque isquêmico transitório (AIT), alterações cardíacas como hipertrofia ventricular esquerda e doença arterial coronariana, retinopatia hipertensiva e comprometimento renal caracterizado por doença renal crônica e albuminúria. A figura também apresenta

marcadores clínicos associados a maior risco cardiovascular, incluindo doença cardiovascular estabelecida, diabetes com fatores de risco adicionais, redução da taxa de filtração glomerular e hipertensão resistente ao tratamento.

Figura 9.3 Lesão de órgão-alvo associada à hipertensão arterial sistêmica



Fonte: Elaboração com base em diretrizes de manejo da hipertensão arterial sistêmica (2026).

Tratamento na APS: metas, intervenção não farmacológica e farmacoterapia escalonada

A abordagem avançada parte de um ponto central: metas pressóricas e intensidade terapêutica devem ser proporcionais ao risco e à tolerância. Diretrizes recentes reforçam metas mais baixas para a maioria dos adultos em tratamento, com possibilidade de “opt-out” quan-

do houver fragilidade, hipotensão ortostática, eventos adversos ou expectativa de vida limitada (McEVOY *et al.*, 2024; JONES *et al.*, 2025). Evidências como SPRINT sustentam benefício de controle mais intensivo em perfis selecionados, ainda que com necessidade de vigilância de eventos adversos e individualização (SPRINT RESEARCH GROUP, 2015).

Metas pressóricas e individualização (núcleo avançado)

- Para a maioria dos adultos tratados, a direção contemporânea é reduzir PA para valores mais baixos quando tolerados, com atenção a sintomas ortostáticos e perfusão de órgãos, sobretudo em idosos frágeis (McEVOY *et al.*, 2024; JONES *et al.*, 2025).

- Em DRC com albuminúria, recomenda-se atenção especial ao uso de IECA/BRA e ao alvo terapêutico, com monitoramento de creatinina e potássio (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2021).

Intervenções não farmacológicas de alto valor (evitar “orientações genéricas”)

A APS deve prescrever mudança de estilo de vida como “intervenção com dose e metas”: redução de sódio, padrão alimentar cardiopro-

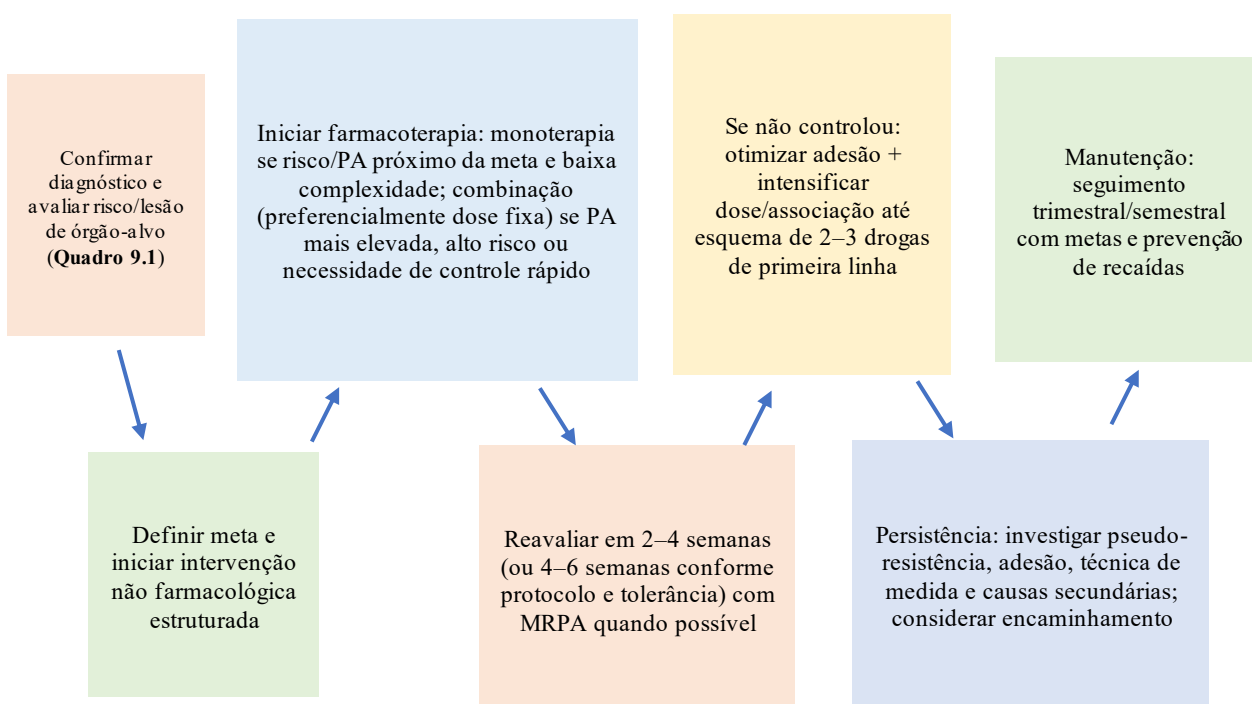
tetor, perda ponderal quando indicada, atividade física regular, sono e redução de álcool, sempre com reavaliação objetiva. Diretrizes internacionais recentes reforçam que a efetividade depende de adesão e acompanhamento, não de aconselhamento único (JONES *et al.*, 2025; WHO, 2021).

Farmacoterapia: começar certo e intensificar sem inércia

Há convergência crescente para iniciar tratamento com terapia combinada (preferencialmente em dose fixa) em grande parte dos pacientes, especialmente quando a PA está mais distante da meta, reduzindo tempo até controle (WHO, 2021; GIUSEPPE *et al.*, 2023; JONES *et al.*, 2025). A diretriz brasileira 2025 organiza estratégia por estágio/risco, com foco em classes de primeira linha e titulação oportuna (**Tabela 9.2**) (BRANDÃO *et al.*, 2025).

Algoritmo terapêutico escalonado para APS (diagnóstico → controle) (**Figura 9.4**):

Figura 9.1 Algoritmo APS



Fonte: BRANDÃO *et al.*, 2025; WHO, 2021; GIUSEPPE *et al.*, 2023; JONES *et al.*, 2025.

Tabela 9.2 Farmacoterapia na APS

Eixo terapêutico	Conteúdo	Monitoramento de segurança
Primeira linha	IECA ou BRA; bloqueador de canal de cálcio; diurético tiazídico/tiazídico-like (conforme protocolo)	creatinina e potássio em IECA/BRA; eletrólitos em diuréticos
Combinação	preferir associações com maior evidência e melhor tolerância, idealmente em dose fixa	avaliar hipotensão, edema, eletrólitos e função renal
Titulação	intensificar precocemente se longe da meta ou alto risco	cheçar adesão real antes de rotular “falha”
Comorbidades	DRC com albuminúria: priorizar IECA/BRA; doença coronariana/IC: ajustar conforme linha de cuidado	risco de hiperpotassemia, função renal, bradicardia quando aplicável
Evitar inércia	reavaliar em janela curta até controle	MRPA melhora decisão e adesão

Fonte: BRANDÃO *et al.*, 2025; WHO, 2021; GIUSEPPE *et al.*, 2023.

Situações complexas: resistência, causas secundárias, urgências e qualidade do seguimento

O especialista na APS deve dominar a distinção entre hipertensão resistente verdadeira, pseudo-resistência e falta de adesão. A maior parte dos “casos resistentes” em APS decorre de técnica inadequada, efeito do avental branco, adesão insuficiente, doses subótimas ou interações (anti-inflamatórios, descongestionantes, corticoides, álcool) (BRANDÃO *et al.*, 2025; GIUSEPPE *et al.*, 2023). Quando esses fatores são corrigidos e a PA permanece elevada com ≥ 3 fármacos em doses adequadas, incluindo diurético, aumenta a probabilidade de resistência verdadeira e de causas secundárias.

Hipertensão resistente e causas secundárias: abordagem reprodutível na APS (**Quadro 9.2**):

Quadro 9.2 Resistência e secundarismo

• Confirmar PA com MRPA/MAPA e técnica correta (excluir avental branco)
• Revisar adesão (uso real), doses e interações (anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs], álcool, simpatomiméticos, corticoides)
• Checar volume: ingestão de sódio, edema, diurético subótimo
• Investigar sinais clínicos e laboratoriais de causas secundárias quando indicado: apneia obstrutiva do sono, DRC, hiperaldosteronismo, doença renovascular, feocromocitoma (suspeita clínica), distúrbios tireoidianos
• Definir necessidade de encaminhamento (nefrologia/cardiologia/endocrinologia) conforme suspeita e gravidade

Fonte: BRANDÃO *et al.*, 2025; GIUSEPPE *et al.*, 2023.

Urgências hipertensivas e quando encaminhar:

A APS deve diferenciar PA muito elevada sem lesão aguda de órgão-alvo (geralmente manejo ambulatorial com ajuste oral e retorno curto) de emergência hipertensiva com sinais de lesão aguda (neurológica, cardíaca, renal, retiniana grave), que exige encaminhamento imediato para serviço de urgência. Diretrizes recentes reforçam evitar reduções bruscas em cenários sem lesão aguda e priorizar ajuste gradual e seguimento próximo (JONES *et al.*, 2025; BRANDÃO *et al.*, 2025).

Acompanhamento longitudinal e indicadores de qualidade (o que diferencia APS avançada)

- Protocolo único de medida e confirmação, com MRPA como padrão quando disponível.
- Agenda de retornos curtos até controle e espaçamento após estabilidade.
- Monitoramento laboratorial racional para segurança (principalmente função renal e potássio em IECA/BRA e eletrólitos em diuréticos).
- Estratégias de adesão: simplificação em dose fixa, educação baseada em risco absoluto, busca ativa para faltosos e abordagem de barreiras (WHO, 2021; JONES *et al.*, 2025).

Frequência de seguimento e “pontos de decisão” na APS (**Tabela 9.3**):

Tabela 9.3 Seguimento

Situação	Retorno recomendado	Objetivo do retorno
Diagnóstico recente/ajuste	2–4 semanas (ou conforme protocolo)	avaliar resposta, adesão, eventos adversos
Próximo da meta	4–8 semanas	titulação final e consolidação
Controlado e estável	3–6 meses	manutenção, reforço de estilo de vida, prevenção de recaída
Alto risco/lesão de órgão-alvo	intervalos mais curtos	controle mais rigoroso e coordenação com rede
Suspeita de resistência	curto e estruturado	excluir pseudo-resistência e investigar secundarismo

Fonte: WHO, 2021; BRANDÃO *et al.*, 2025

A HAS na APS é um problema de alto impacto e alta complexidade operacional. Uma prática avançada exige método padronizado: aferição correta e confirmação diagnóstica, estratificação de risco e lesão de órgão-alvo, metas individualizadas com direção contemporânea para controle mais intensivo quando tolerado, início oportuno de farmacoterapia (frequentemente com combinação), intensificação sem inércia e seguimento longitudinal orientado por adesão e segurança. A integração de

diretrizes brasileiras atuais com recomendações internacionais e evidência clínica estruturante permite que a APS transforme controle pressórico em redução real de eventos e mortalidade, com processos reprodutíveis, auditáveis e centrados no paciente (BRANDÃO *et al.*, 2025; WHO, 2021; McEVOY *et al.*, 2024; JONES *et al.*, 2025; KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, A.A. *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, p. e20250624, 2025.

GIUSEPPE, M. *et al.* ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension, v. 41, n. 12, p 1874-2071, 2023.

JONES, D.W. *et al.* 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, v. 86, n. 18, p. 1567-1678, 2025.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney International, v. 99, n. 3S, p. S1–S87, 2021. Disponível em: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2026.

McEVOY, J.W. *et al.* 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal, v. 45, n. 38, p. 3912–4018, 2024.

SPRINT RESEARCH GROUP. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. The New England Journal of Medicine, v. 373, p. 2103–2116, 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>. Acesso em: 03 mar. 2026.

CAPÍTULO 10

DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RASTREIO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO SEGURO

GABRIELLA ANTONIA BRAGA DE OLIVEIRA¹
LUANA VICENTINO SILVA²
BRUNA AZAMBUJA FRANÇA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

²Discente - Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, São Paulo, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Saúde Mental Perinatal; Rastreo; Manejo Seguro.

INTRODUÇÃO

A depressão durante a gestação é frequente, subdiagnosticada e clinicamente relevante por afetar adesão ao pré-natal, autocuidado, nutrição, sono, uso de substâncias, controle de comorbidades e vínculo familiar, além de se associar a piores desfechos maternos e perinatais quando não reconhecida e tratada de forma adequada. Na APS, a apresentação costuma ser inespecífica, misturando sintomas afetivos, cognitivos e somáticos que se sobrepõem à própria fisiologia da gestação, o que aumenta o risco de trivialização (“é normal na gravidez”) ou de medicalização pouco criteriosa, especialmente quando o serviço não dispõe de fluxos claros, instrumentos de triagem validados e rede de cuidado psicossocial articulada (HOWARD *et al.*, 2020; WHO, [s.d.]).

Diretrizes contemporâneas recomendam rastreio sistemático em momentos-chave da gestação, utilizando instrumentos validados e, principalmente, com sistemas organizados para garantir avaliação diagnóstica, acesso a intervenções psicossociais e acompanhamento longitudinal. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda rastreio para depressão e ansiedade no início do pré-natal, em momento posterior da gestação e no pós-parto, desde que existam mecanismos de encaminhamento e tratamento oportuno (ACOG, 2023a; ACOG, 2023b). O NICE (CG192) mantém orientação abrangente para reconhecimento, avaliação e tratamento de problemas de saúde mental no período antenatal e pós-natal, com ênfase em cuidado escalonado e decisão compartilhada (NICE, 2020). No contexto brasileiro, materiais de APS e entidades científicas reforçam a importância do reconhecimento pre-

coce, do cuidado centrado na gestante e da integração com a rede (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; FEBRASGO, s.d.).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é oferecer uma abordagem avançada, reproduzível e segura para a APS no manejo da depressão na gestação, integrando rastreio em pontos estratégicos do pré-natal, diagnóstico diferencial clinicamente orientado, estratificação de gravidade e risco, intervenções psicossociais e farmacológicas com avaliação benefício-risco, organização do seguimento e critérios de encaminhamento e cogerência com a rede.

Rastreio e diagnóstico diferencial na APS

A lógica avançada na APS é separar “triagem” de “diagnóstico”: instrumentos como EPDS e PHQ-9 identificam risco e gravidade provável, mas não substituem avaliação clínica. O rastreio só é válido quando existe rota clara para confirmar diagnóstico, avaliar risco e iniciar intervenção de forma oportuna (ACOG, 2023a; NICE, 2020).

Quando rastrear e como operacionalizar

Uma estratégia consistente é rastrear pelo menos em três momentos: primeira consulta do pré-natal, um ponto posterior da gestação (por exemplo, 2º ou 3º trimestre) e reavaliar se houver mudança clínica, intercorrências obstétricas, violência, perda gestacional anterior, agravamento de comorbidades ou queixas somáticas persistentes. A recomendação do ACOG explicita essa periodicidade e enfatiza que o rastreio deve estar acoplado a sistemas de encaminhamento e tratamento (**Tabela 10.1**) (ACOG, 2023a; ACOG, 2023b).

Tabela 10.1 Estratégia prática de rastreio na APS

Momento no pré-natal	Objetivo	Instrumento sugerido	Conduta após resultado positivo
1ª consulta	captar risco basal e vulnerabilidades	EPDS ou PHQ-9	avaliação clínica + plano de cuidado
Gestação intermediária	detectar casos incidentes/piora	EPDS ou PHQ-9	estratificar gravidade e iniciar intervenção
A qualquer momento	resposta a estressores/intercorrências	instrumento + entrevista clínica	ajustar intensidade do cuidado e rede

Fonte: ACOG, 2023a; NICE, 2020; FEBRASGO, [s.d.]

Diagnóstico clínico e diferenciação do “somático da gravidez”

O diagnóstico de episódio depressivo maior requer avaliação clínica estruturada, incluindo duração, impacto funcional, anedonia/humor deprimido, sintomas cognitivos (culpa, desesperança), sintomas neurovegetativos e curso. É essencial reconhecer que alterações de sono, apetite e fadiga podem ser fisiológicas na gestação; por isso, em APS, o peso diagnóstico tende a ser maior para sintomas cognitivo-afetivos e para prejuízo funcional sustentado. Critérios diagnósticos formais podem ser usados como referência, mas a tomada de decisão clínica deve integrar contexto e risco (NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION, 2013; NICE, 2020).

Diagnóstico diferencial avançado (o que muda conduta e segurança)

Em gestantes, o diferencial é particularmente relevante porque alguns quadros exigem condutas específicas e podem piorar com intervenções inadequadas:

- Transtorno bipolar e história de hipomania/mania: antes de iniciar antidepressivo, é prudente avaliar história de episódios prévios, especialmente quando há irritabilidade intensa, variação abrupta de energia, redução importan-

te de necessidade de sono e antecedentes familiares. Diretrizes do ACOG incluem triagem e diagnóstico de transtornos do espectro bipolar no contexto do rastreio perinatal (ACOG, 2023a).

- Transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) perinatal e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): podem coexistir ou predominar, influenciando escolha terapêutica e necessidade de psicoterapia direcionada (NICE, 2020; ACOG, 2023b).

- Condições clínicas que mimetizam depressão ou agravam sintomas: anemia, disfunções tireoidianas, efeitos adversos medicamentosos, distúrbios do sono e dor crônica; a APS deve ter baixo limiar para revisar exames e contexto clínico quando sintomatologia é atípica, refratária ou de início abrupto (BRASIL, 2011; NICE, 2020).

- Violência doméstica e vulnerabilidades sociais: frequentemente se expressam como depressão/somatização e exigem abordagem de segurança e rede intersetorial (BRASIL, 2016; NICE, 2020).

- Uso de álcool e outras drogas: precisa ser investigado de forma não julgadora por impacto em risco materno-fetal e por demandar intervenções específicas e rede (NICE, 2020; WHO, 2016).

Checklist de avaliação clínica “enxuta e avançada” na APS (**Quadro 10.1**):

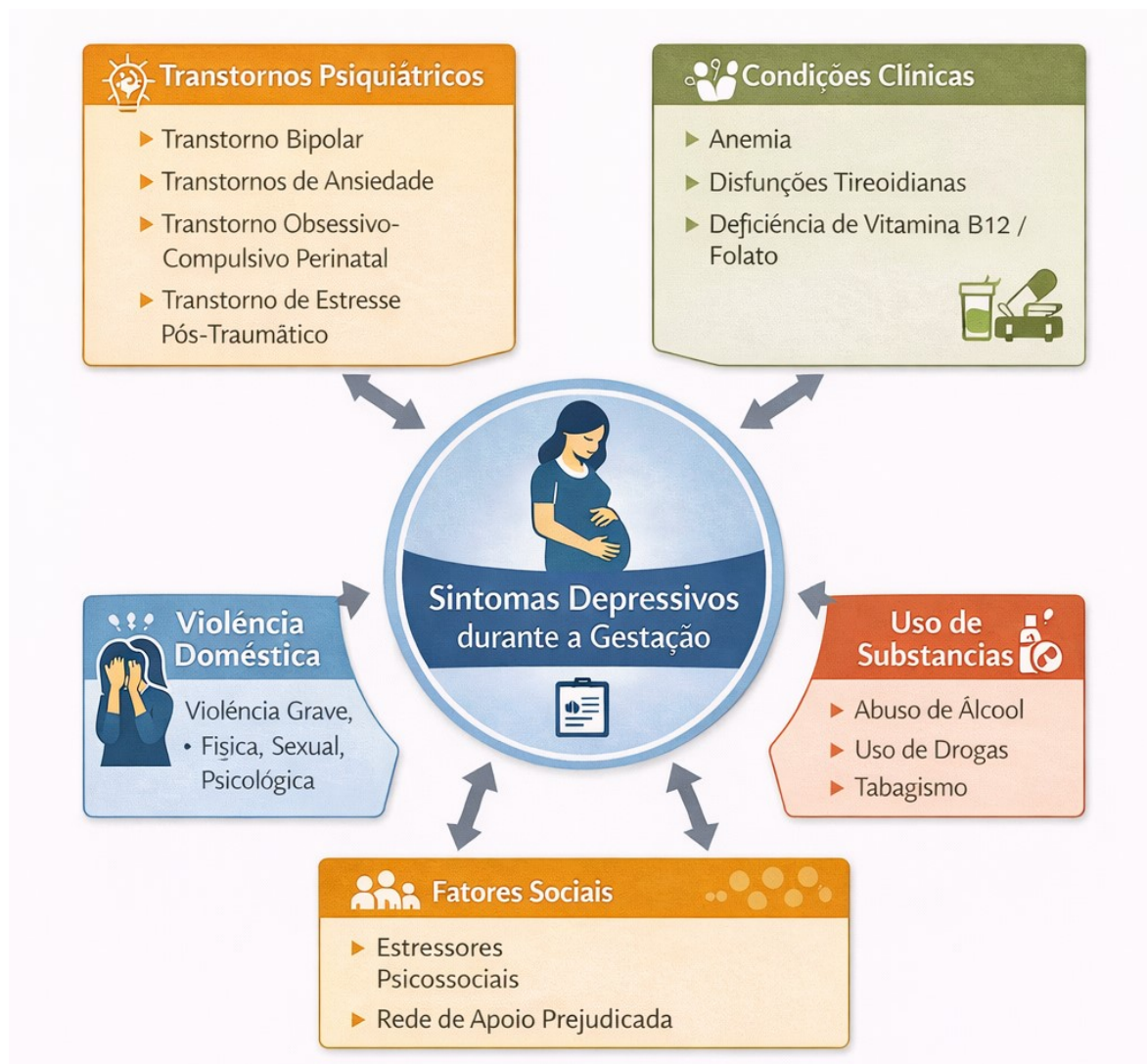
Quadro 10.1 Avaliação inicial na APS

● Confirmar tempo de sintomas e prejuízo funcional
● Sintomas cognitivo-afetivos predominantes e persistentes
● História psiquiátrica prévia e resposta a tratamentos anteriores
● História de bipolaridade/hipomania e antecedentes familiares
● Uso de substâncias e comorbidades clínicas relevantes
● Violência, suporte social, insegurança alimentar, estressores agudos
● Definir gravidade e necessidade de intensificação/cogestão
● Elaborar plano de seguimento com retorno programado

Fonte: NICE, 2020; ACOG, 2023a; FEBRASGO, [s.d.].

A **Figura 10.1** ilustra condições psiquiátricas, clínicas e sociais que podem mimetizar ou coexistir com sintomas depressivos durante a gestação. Inclui transtornos psiquiátricos como transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo perinatal e transtorno de estresse pós-traumático; condições clínicas como anemia, disfunções tireoidianas e deficiência de vitamina B12 ou folato; além de fatores psicossociais relevantes como violência doméstica, uso de substâncias e vulnerabilidades sociais.

Figura 10.1 Diagnóstico diferencial de sintomas depressivos durante a gestação



Fonte: Adaptado de NICE (2020); BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011); ACOG (2023a).

Manejo seguro na APS: cuidado escalonado, psicoterapia e farmacoterapia

A condução avançada na APS deve se basear em cuidado escalonado: intervenções menos intensivas e estruturadas para quadros leves a moderados, com intensificação conforme gravidade, persistência, histórico prévio, comorbidades e resposta. NICE CG192 recomenda esse modelo e o ACOG detalha princípios de tratamento no período perinatal, incluindo psicoterapia e psicofarmacoterapia com avaliação benefício-risco e decisão compartilhada (NICE, 2020; ACOG, 2023b).

Na **Figura 10.2** a pirâmide representando o modelo de cuidado escalonado para manejo da depressão durante a gestação. O manejo inicia na APS com intervenções psicossociais, acompanhamento clínico e terapia breve baseada em evidências. Conforme aumento da gravidade ou persistência dos sintomas, a gestante pode ser encaminhada para serviços especializados de saúde mental, ambulatórios especializados para casos graves ou complexos, ou, em situações de risco elevado, para internação psiquiátrica.

Figura 10.2 Modelo de cuidado escalonado para depressão durante a gestação



Fonte: Adaptado de NICE (2020); ACOG (2023); WHO (2016).

Intervenções psicossociais como núcleo (inclusive quando há medicação)

Para quadros leves a moderados, psicoterapia baseada em evidências (TCC e terapia interpessoal) é frequentemente primeira linha quando disponível, e intervenções breves estruturadas podem ser implementadas pela APS

quando acesso é limitado. Evidências e diretrizes reforçam que psicoeducação, ativação comportamental e resolução de problemas, com seguimento curto, podem reduzir sintomas e melhorar funcionalidade, especialmente quando o cuidado é contínuo (**Tabela 10.2**) (NICE, 2020; WHO, 2016; BRASIL, 2016).

Tabela 10.2 Cuidado escalonado na APS por gravidade e resposta

Gravidade provável	Conduta base na APS	Reavaliação	Quando intensificar
Leve	psicoeducação + ativação comportamental + suporte social	2–4 semanas	persistência, piora funcional, comorbidades
Moderada	psicoterapia estruturada quando disponível; considerar farmacoterapia conforme perfil	1–3 semanas	falha terapêutica, histórico grave, risco aumentado
Grave/complexa	cogestão imediata com rede; farmacoterapia com monitorização; plano intensivo	curto (dias-semanas)	necessidade de serviço especializado e monitorização

Fonte: NICE, 2020; ACOG, 2023b; WHO, 2016.

Farmacoterapia na gestação: decisão compartilhada e “benefício-risco” real

A farmacoterapia antidepressiva na gestação é tema sensível porque envolve riscos potenciais do medicamento e riscos concretos da doença não tratada. Diretrizes recentes do ACOG reforçam que o tratamento é apropriado quando indicado, com foco em psicofarmacoterapia dentro do escopo do cuidado obstétrico/primário, considerando gravidade, histórico de recorrência, resposta prévia e preferências da gestante (ACOG, 2023b). NICE CG192 também orienta avaliação benefício-risco e planejamento conjunto, evitando interrupções abruptas (NICE, 2020).

Princípios avançados para a APS

- Evitar iniciar antidepressivo sem avaliação mínima do risco de transtorno bipolar, pois

isso muda segurança e manejo (ACOG, 2023a).

- Priorizar monoterapia na menor dose efetiva e reduzir trocas frequentes sem janela adequada de avaliação; a “instabilidade terapêutica” aumenta risco de não adesão e desfechos ruins.

- Considerar manutenção em gestantes que já usavam antidepressivo com boa resposta e apresentam risco elevado de recaída, após decisão compartilhada; diretrizes internacionais revisadas discutem continuidade em parte significativa dos cenários, especialmente quando há histórico de recorrência (ACOG, 2023b; MOLENAAR *et al.*, 2018).

- Monitorar efeitos adversos e evolução clínica com retornos curtos; a APS deve ter rotina de checagem de adesão e sintomas funcionais, além de coordenação com obstetria e, quando necessário, psiquiatria.

Medicações e escolhas

Este capítulo não substitui protocolos locais e avaliação individual. Em geral, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs) são amplamente utilizados em contexto perinatal; a escolha deve considerar histórico de resposta, perfil de tolerabilidade, comorbidades e interações. O aspecto crítico para a APS é estabelecer um plano com metas clínicas, intervalo de reavaliação e integração com obstetrícia e rede de saúde mental (ACOG, 2023b; NICE, 2020).

Segurança clínica e avaliação de risco

A depressão perinatal pode se associar a risco aumentado de eventos graves. A APS deve sempre avaliar segurança de forma direta, acolhedora e estruturada, e acionar rede e serviços de urgência quando identificar risco alto, sem depender apenas de instrumento de triagem. A OMS destaca a relevância clínica do sofrimento materno e a necessidade de tratamento e apoio (WHO, s.d.). O ACOG inclui o tema de “sintoma de suicidabilidade” no contexto de rastreamento e diagnóstico, reforçando que o rastreamento precisa de sistemas de resposta e cuidado (ACOG, 2023a).

Nesta seção, a recomendação prática para a APS é: reconhecer sinais de gravidade, intensificar seguimento e encaminhar imediatamente quando necessário, sem detalhar conteúdos potencialmente danosos.

Indicadores de gravidade e necessidade de rede no mesmo dia está descrito no **Quadro 10.2**.

Seguimento longitudinal, coordenação com rede e indicadores de qualidade na APS

A diferença entre APS “informativa” e APS “resolutiva” é o seguimento. Depressão na gestação não se maneja com consulta única. O cuidado avançado exige: retorno programado,

ajuste de plano conforme resposta, acompanhamento de comorbidades, suporte social e integração com rede psicossocial. Em países onde a maior parte do cuidado perinatal é feito na atenção primária, recomenda-se que o rastreamento esteja ligado a caminhos claros de cuidado e que a APS mantenha a coordenação longitudinal mesmo quando há cogestão com serviços especializados (NICE, 2020; ACOG, 2023b).

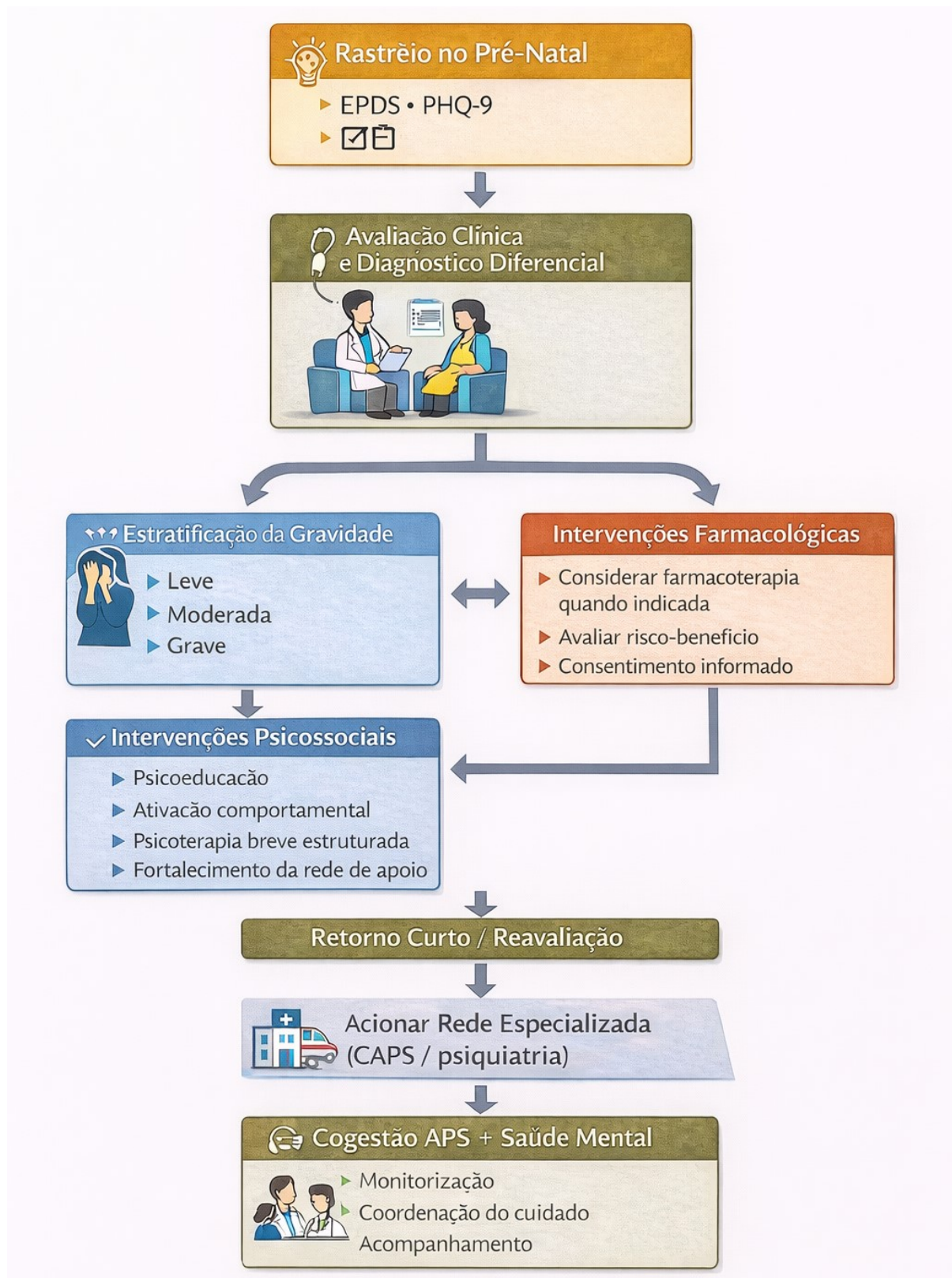
Na **Figura 10.2 e 10.3**, o fluxograma ilustra o manejo clínico da depressão durante a gestação na APS. O diagrama apresenta as etapas de rastreamento no pré-natal com instrumentos validados, avaliação clínica e diagnóstico diferencial, estratificação da gravidade do quadro, implementação de intervenções psicossociais e farmacológicas quando indicadas, retorno programado para reavaliação, acionamento da rede especializada e manutenção de cogestão entre a Atenção Primária e serviços de saúde mental.

Quadro 10.2 Quando intensificar e encaminhar no mesmo dia

● Sintomas intensos com prejuízo funcional importante e rápido declínio
● Sinais de risco elevado à segurança da gestante ou incapacidade de autocuidado
● Suspeita de transtorno bipolar, psicose perinatal ou desorganização importante
● Uso problemático de substâncias com risco clínico ou social relevante
● Violência grave em curso ou ausência total de rede de proteção
● Falha terapêutica com piora progressiva apesar de cuidado estruturado

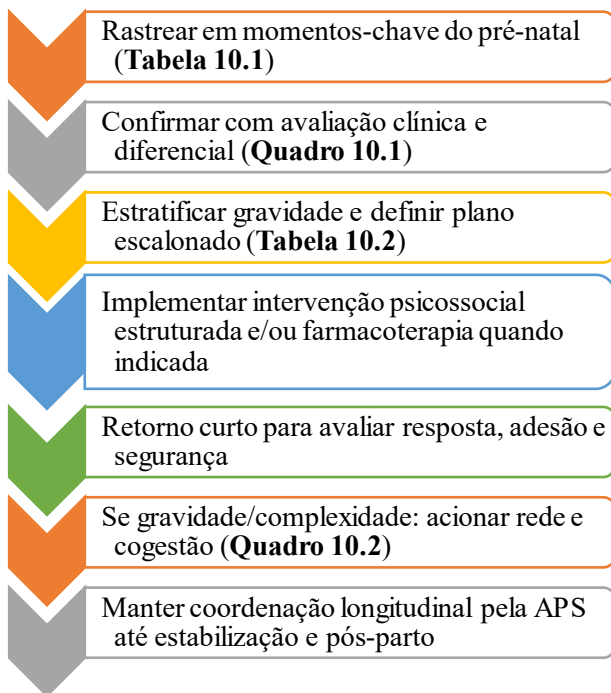
Fonte: ACOG, 2023a; NICE, 2020; WHO, 2016.

Figura 10.3 Fluxo de manejo da depressão na gestação na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptado de NICE, 2020; ACOG, 2023; WHO, 2016).

Figura 10.3 Fluxo reprodutível APS: rastreio → diagnóstico → cuidado escalonado → rede



Fonte: ACOG, 2023a; NICE, 2020; WHO, 2016; BRASIL, 2011.

Implementação prática na APS: o que melhora desfecho de verdade

- Agenda de retornos curtos para gestantes com rastreio positivo e plano terapêutico documentado.
- Registro mínimo padronizado: instrumento utilizado, escore, diagnóstico clínico provável, plano, data de retorno e pontos de segurança.
- Articulação com RAPS/CAPS e com obstetrícia de referência, com contrarreferência

clara. A RAPS foi instituída para organizar esse cuidado no SUS, e a APS deve se ancorar nela para casos moderados a graves e complexos (BRASIL, 2011).

- Indicadores de qualidade: proporção de gestantes rastreadas em cada trimestre, tempo entre rastreio positivo e primeira intervenção, taxa de retorno em 30 dias, e proporção de casos graves com cogestão documentada.

A depressão na gestação, em nível avançado na APS, exige método e rede. A prática de maior impacto combina rastreio sistemático em pontos estratégicos do pré-natal, avaliação clínica que reconhece a sobreposição de sintomas com a fisiologia gestacional e que não negligencia diagnósticos diferenciais críticos (como bipolaridade, violência e uso de substâncias), e manejo seguro baseado em cuidado escalonado. Intervenções psicossociais estruturadas e acompanhamento longitudinal são o núcleo do cuidado, com farmacoterapia indicada de forma criteriosa e compartilhada quando gravidade, história clínica e risco de recaída justificam. A APS deve sustentar retornos curtos, checar adesão e segurança, e coordenar a cogestão com a rede psicossocial e obstétrica quando necessário, transformando diretrizes em desfechos concretos para gestante, família e recém-nascido (ACOG, 2023a; NICE, 2020; HOWARD *et al.*, 2020; BRASIL, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 2023a. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/screening-and-diagnosis-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>. Acesso em: 03 mar. 2026.

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 2023b. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/treatment-and-management-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (3ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

FEBRASGO. Depressão. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, s.d. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/fluxopdf/assets/pdf/Depressao.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2026.

HOWARD, L.M. *et al.* Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, v. 19, p. 313-327, 2020.

MOLENAAR, N.M. *et al.* Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: an international review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 52, 2018.

NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION. Table: DSM-IV to DSM-5 Major Depressive Episode Criteria Comparison. NCBI Bookshelf, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t5/>. Acesso em: 03 mar. 2026.

NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>. Acesso em: 03 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (version 2.0). Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mental health. Geneva: WHO, s.d. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>. Acesso em: 03 mar. 2026.

CAPÍTULO 11

CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E PLANO DE CUIDADO

MARIA VITÓRIA FEITOSA CARVALHO¹
DANIELA MELO REIS²
ANA CAROLINA DE ALMEIDA MELO³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário de Maceió (UNIMA/Afya), Maceió, Alagoas, Brasil.

²Discente - UNEC, Caratinga, Minas Gerais, Brasil.

³Discente - Centro Universitário Univértix, Matipó, Minas Gerais, Brasil

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Fragilidade; Avaliação Multidimensional; Plano de Cuidado.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tornou a fragilidade um dos principais determinantes de desfechos adversos na APS: quedas, incapacidade, hospitalizações, institucionalização e mortalidade (WHO, 2021; BRASIL, 2006). A fragilidade não é sinônimo de idade avançada nem de comorbidade isolada; trata-se de um estado de vulnerabilidade biológica e funcional, com menor reserva homeostática, no qual estressores relativamente pequenos precipitam declínio abrupto (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005). Na prática, isso significa que o mesmo “evento comum” (uma infecção leve, mudança de medicação, desidratação, luto, dor mal controlada) pode gerar perda funcional desproporcional e cascatas iatrogênicas se a APS não tiver método para identificar risco, medir funcionalidade e organizar um plano longitudinal (WHO, 2019; NICE, 2016).

Para especialistas na APS, o cuidado ao idoso frágil exige um deslocamento de foco: de doenças isoladas para metas centradas na pessoa, preservação de função, prevenção de declínio, revisão de riscos iatrogênicos e coordenação com rede e cuidadores (WHO, 2019; BRASIL, 2006). Isso não implica abandono do controle de doenças crônicas; implica calibrá-lo com risco de eventos adversos, expectativa de vida, preferências e capacidade funcional, sobretudo no contexto de multimorbidade e polifarmácia (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023). Em termos operacionais, o diferencial de qualidade está em três elementos: triagem estruturada da fragilidade, avaliação multidimensional reprodutível e um plano de cuidado com ações priorizadas, responsável definido e acompanhamento com indicadores (WHO, 2019; WHO, 2021).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reprodutível para identificação do idoso frágil

na APS, realização de avaliação multidimensional orientada por risco, construção de plano de cuidado centrado em função e segurança, e organização do seguimento e da coordenação em rede, com ferramentas clínicas aplicáveis ao cotidiano (BRASIL, 2006; WHO, 2019).

Identificação do idoso frágil na APS

A identificação eficiente deve ser oportuna e programática (WHO, 2019). Em serviços com grande volume, a APS não pode aplicar avaliação completa em todos. A solução prática é usar uma triagem de fragilidade ancorada em desempenho funcional e eventos-sentinelas, e reservar a avaliação multidimensional para os positivos (ROCKWOOD *et al.*, 2005; WHO, 2019).

Conceitos operacionais (o que o especialista precisa dominar)

- **Fragilidade:** vulnerabilidade aumentada por redução de reserva fisiológica; risco elevado de eventos adversos (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005).
- **Incapacidade:** dificuldade em Atividades de vida diária e Atividades instrumentais de vida diária (AVD/AVDI); pode ser consequência de fragilidade, mas também de condições isoladas (WHO, 2019).
- **Multimorbidade:** coexistência de doenças; aumenta risco, mas não equivale a fragilidade (NICE, 2016).
- **Sarcopenia:** perda de força e massa muscular; frequentemente coexistente e tratável dentro do plano (WHO, 2019).

Quem rastrear primeiro (priorização inteligente)

A APS deve priorizar triagem em:

- ≥ 75 –80 anos, sobretudo com quedas, perda ponderal, internações recentes ou declínio funcional (WHO, 2019; FRIED *et al.*, 2001).

- Idosos com polifarmácia, dor crônica, incontinência, tontura/hipotensão, piora de marcha, desnutrição, depressão/isolamento, ou cuidadores sobrecarregados (BEERS *et al.*, 2023; NICE, 2016).
- Pessoas com demência ou comprometimento cognitivo suspeito, por alto risco de eventos e iatrogenia (WHO, 2019; NICE, 2016).

Triagem de fragilidade em 2 minutos (APS)

Utilize o **Quadro 11.1** como filtro para decidir quem entra em avaliação multidimensional (WHO, 2019; FRIED *et al.*, 2001).

Quadro 11.1 Triagem rápida (base funcional e eventos-sentinelas)

1. Houve queda no último ano ou medo de cair com restrição de atividades?
2. Houve perda de peso não intencional ou redução importante de apetite?
3. Houve internação/atendimento de urgência nos últimos 6–12 meses?
4. Há lentidão de marcha percebida, dificuldade para levantar de cadeira ou fadiga persistente?
5. Necessita ajuda para AVD/AVDI (banho, vestir, finanças, medicação, compras)?
6. Há polifarmácia ou recente mudança de medicação com piora global?

Se ≥ 2 respostas “sim”, tratar como provável fragilidade e avançar para avaliação multidimensional (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005).

Escolha do modelo de fragilidade: fenótipo vs escala clínica

Na APS, é útil combinar:

- Fenótipo de fragilidade (perda ponderal, exaustão, fraqueza, lentidão, baixa atividade) para raciocínio fisiológico e metas de reabilitação (FRIED *et al.*, 2001).

- Escala de Fragilidade Clínica (CFS) para estratificação rápida e comunicação entre níveis (ROCKWOOD *et al.*, 2005).

A recomendação prática é: não depender de um único instrumento. Use a triagem para captar risco e a avaliação multidimensional para definir plano (WHO, 2019).

Avaliação multidimensional reprodutível

A avaliação multidimensional é o núcleo do cuidado avançado ao idoso frágil. Na APS, ela precisa ser padronizada, sucinta o suficiente para caber no processo de trabalho, mas com profundidade suficiente para direcionar intervenções de alto impacto (WHO, 2019; NICE, 2016). A funcionalidade deve ser tratada como desfecho primário, coerente com a PNSPI e com a organização do cuidado no SUS (BRASIL, 2006).

Componentes essenciais (o que não pode faltar)

Funcionalidade:

- Atividades de vida diária (AVD) (banho, vestir, transferir, continência, alimentação)
- Atividades instrumentais de vida diária (AVDI) (medicação, finanças, compras, transporte, preparo de refeições)

A funcionalidade é o “desfecho primário” do idoso frágil: o plano deve mirar preservação/recuperação dela (BRASIL, 2006; WHO, 2019).

Mobilidade e risco de quedas:

- Levantar da cadeira, equilíbrio, marcha, uso de dispositivos, calçados, visão, hipotensão ortostática, sedativos, ambiente domiciliar (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023).

Cognição, humor e comportamento:

- Cognição (suspeita de demência/deli-rium), depressão, ansiedade, luto, apatia (WHO, 2019).

Aqui, o risco clínico é “tratar sintomas com sedativos” sem abordar causa e segurança (BEERS *et al.*, 2023).

Polifarmácia e iatrogenia:

- Lista completa de medicamentos (incluindo “uso real”), duplicidades, interações, medicamentos potencialmente inapropriados, indicação atual e tempo de uso (BEERS *et al.*, 2023; O’MAHONY *et al.*, 2023).

Nutrição, sarcopenia e oralidade:

- Perda ponderal, ingestão proteica, saúde bucal, disfagia, acesso a alimentos, suplementação quando indicada (WHO, 2019; NICE, 2016).

Condições sensoriais e dor:

- Visão e audição (impactam quedas, isolamento e cognição) (WHO, 2019).

- Dor (subtratamento piora função; overtreatment com opioides/sedativos piora quedas) (BEERS *et al.*, 2023; NICE, 2016).

Rede de apoio e segurança:

- Quem cuida, sobrecarga, risco de negligência/violência, condições domiciliares e capacidade de seguir plano (WHO, 2019; BRASIL, 2006).

Avaliação multidimensional em APS: roteiro único (pronto para prontuário)

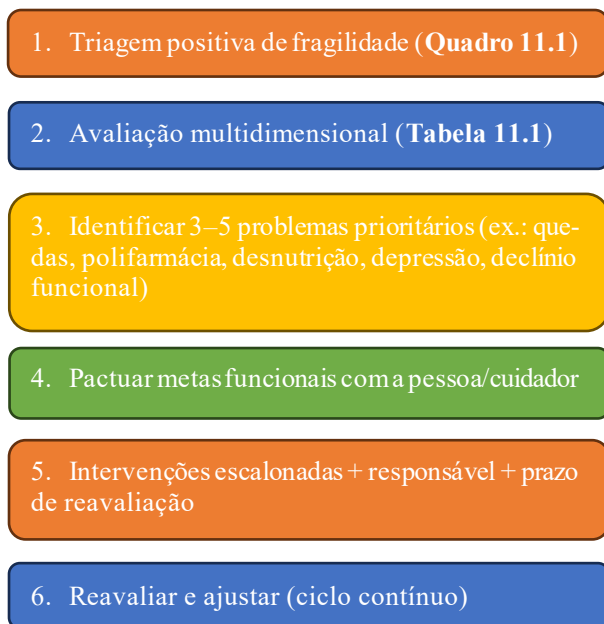
A **Tabela 11.1** resume um roteiro reproduzível para guiar decisão clínica e plano de cuidado (WHO, 2019; NICE, 2016).

A **Figura 11.1** organiza o ciclo terapêutico e reduz a perda de continuidade na APS (WHO, 2019; NICE, 2016).

Tabela 11.1 Roteiro reproduzível da avaliação multidimensional

Domínio	Pergunta/medida essencial	Achado que muda plano
AVD/AVDI	“Em quais tarefas precisa de ajuda?”	declínio recente = prioridade máxima
Mobilidade	levantar da cadeira/marcha, quedas	queda recorrente = plano de prevenção
PA e ortostatismo	sintomas + medidas sentado/em pé	hipotensão ortostática = revisar drogas
Cognição	queixa + funcionalidade + informante	suspeita de demência/delirium = rede
Humor	anedonia/tristeza persistente	depressão = tratar e reavaliar função
Medicações	lista completa + indicação	MIPs/sedativos = desprescrição planejada
Nutrição	perda ponderal, apetite	desnutrição/sarcopenia = proteína + força
Dor	localização, impacto funcional	dor limitante = plano analgésico seguro
Continência	urgência/perdas, impacto	perdas = revisar diuréticos, treino vesical
Rede/ambiente	cuidador, quedas em casa	risco social = assistência social + plano

Figura 11.1 Fluxo de avaliação → priorização → plano de cuidado



Plano de cuidado centrado na pessoa e coordenação longitudinal

O plano de cuidado do idoso frágil deve ser curto, priorizado e executável (NICE, 2016; WHO, 2019). O erro clássico é produzir “lista de problemas” sem sequência e sem responsável. O plano avançado trabalha com 3 camadas: metas, intervenções e monitoramento, alinhado à centralidade da capacidade funcional defendida pela PNSPI e pela OMS (BRASIL, 2006; WHO, 2019).

Definir metas funcionais e preferências

Metas devem ser concretas: “andar até o portão sem parar”, “tomar banho com menos ajuda”, “reduzir quedas”, “dormir sem sedativo”, “melhorar apetite”, “voltar a frequentar atividades” (WHO, 2019). Em idosos frágeis, metas biomédicas isoladas (p.ex., “HbA1c perfeita”) podem ser secundárias se aumentarem hipoglicemia/queda/iatrogenia (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023).

Intervenções de alto impacto (núcleo APS)

Quedas e mobilidade:

- Revisar drogas que aumentam quedas (sedativos, anticolinérgicos, hipotensores em excesso) (BEERS *et al.*, 2023; O’MAHONY *et al.*, 2023).

- Treino de força e equilíbrio (encaminhar para fisioterapia quando disponível; orientar exercícios domiciliares padronizados) (WHO, 2019).

- Ajustes domiciliares (iluminação, tapetes, barras) e calçados (NICE, 2016).

- Avaliar visão/audição e hipotensão ortostática (WHO, 2019; NICE, 2016).

Polifarmácia e desprescrição:

- Desprescrição não é “tirar tudo”; é reduzir risco e simplificar (NICE, 2016).

- Priorizar retirada gradual de sedativos/hipnóticos quando houver risco de quedas e confusão, com substituição por higiene do sono e manejo de ansiedade/dor (BEERS *et al.*, 2023).

- Reavaliar indicações antigas e duplicidades, utilizando critérios estruturados quando disponíveis (BEERS *et al.*, 2023; O’MAHONY *et al.*, 2023).

Nutrição e sarcopenia:

- Aumentar proteína, tratar causas de inapetência (depressão, dor, disfagia, efeitos adversos) (WHO, 2019)

- Integrar com exercício resistido (WHO, 2019).

- Quando necessário, suplementação orientada e acompanhamento (NICE, 2016).

Cognição e humor:

- Investigar delirium em declínio agudo e revisar gatilhos clínicos/medicamentosos (WHO, 2019; BEERS *et al.*, 2023).

- Tratar depressão e isolamento como intervenções “anti-fragilidade” por impacto funcional (WHO, 2019).

- Planejar apoio ao cuidador e segurança domiciliar (WHO, 2019; BRASIL, 2006).

Continência e sono:

- Intervenções comportamentais (treino vesical, higiene do sono) tendem a ser mais seguras que escalada medicamentosa em fragilidade (NICE, 2016; BEERS *et al.*, 2023).

- Rever diuréticos e horários, cafeína, constipação (NICE, 2016).

Intensidade do seguimento e gatilhos de rede

O idoso frágil exige retornos curtos quando há risco de eventos e mudanças terapêuticas (WHO, 2019). A APS deve estabelecer gatilhos de encaminhamento: declínio funcional rápido, quedas recorrentes com trauma, suspeita de demência complexa, necessidade de reabilitação intensiva, vulnerabilidade social grave, ou necessidade de avaliação especializada (geriatria/neurologia/psiquiatria/nutrição/fisioterapia) conforme rede (NICE, 2016; WHO, 2019).

Plano de cuidado em 1 página (modelo APS)

Utilize o **Quadro 11.2** como padrão de registro e devolutiva ao paciente/cuidador (WHO, 2019; NICE, 2016).

O cuidado ao idoso frágil na APS é uma prática de alta complexidade clínica e organizacional, cuja qualidade depende de método reprodutível e coordenação longitudinal (BRASIL, 2006; WHO, 2019). A identificação precoce por triagem funcional, a avaliação multidimensional centrada em funcionalidade e iatrogenia, e um plano de cuidado priorizado com metas funcionais e seguimento programado permitem prevenir declínio, reduzir quedas, hospitalizações e perda de autonomia (FRIED *et al.*, 2001; NICE, 2016). Em nível avançado, a APS maximiza resultados quando transforma avaliação em ações de alto impacto (mobilidade, desprescrição, nutrição/sarcopenia, suporte ao cuidador e segurança domiciliar), integrando rede e recursos territoriais para sustentar continuidade e cuidado centrado na pessoa (WHO, 2019; WHO, 2021).

Quadro 11.2 Plano de cuidado (modelo)

Problemas prioritários (máximo 5):
1)
2)
3)
4)
5)
Metas funcionais (2–3):
1)
2)
3)
Intervenções (por prioridade, com responsável):
1. (quem faz + quando)
2. (quem faz + quando)
3. (quem faz + quando)
Medicações: o que manter / reduzir / suspender (com plano de retirada quando necessário)
Rede e segurança: cuidador, visitas, assistência social, adaptações domiciliares
Retorno programado: data e motivo
Sinais de alarme/retorno antecipado: quedas, confusão aguda, perda funcional rápida, desidratação, infecção

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEERS, M.H. *et al.* 2023 American Geriatrics Society Updated Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 71, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 DE 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 12 mar. 2026.

FRIED, L.P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 56, p. M146–M156, 2001.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 2013.

O'MAHONY, D. *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Age and Ageing*, v. 52, 2023.

ROCKWOOD, K. *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, v. 173, p. 489–495, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated Care for Older People (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO, 2019.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Framework. Geneva: WHO, 2021.

CAPÍTULO 12

DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, MANEJO FARMACOLÓGICO SEGURO E REABILITAÇÃO

JULIANA BARBOSA DE ALMEIDA¹
AMANDA CAMPOS BOTELHO¹
ANNA JÚLIA AMARAL MARQUES¹
LUIZA ROCHA PINTO COELHO²

¹Discente - UNIFENAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Dor Crônica; Abordagem Biopsicossocial; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma das principais causas de incapacidade, afastamento do trabalho, piora de qualidade de vida e uso recorrente de serviços de saúde. Na APS, ela raramente se apresenta como “uma única dor”: coexistem componentes nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos, modulados por sono, humor, crenças de ameaça, medo-evitação, descondicionamento físico, vulnerabilidades sociais e experiências prévias de cuidado. Por isso, a excelência clínica não depende de “achar um diagnóstico anatômico perfeito”, e sim de aplicar um método reprodutível que priorize função, reduza iatrogenia e organize um plano longitudinal com metas mensuráveis.

Nos últimos anos, as diretrizes convergiram para um eixo comum: dor crônica deve ser abordada com modelo biopsicossocial, cuidado multimodal e foco em retorno funcional, com uso cauteloso de farmacoterapia e prevenção de dependência e eventos adversos. O NICE (2021) propõe avaliação centrada na pessoa para toda dor crônica e recomenda, para dor crônica primária, priorização de exercício supervisionado, terapias psicológicas (CBT/ACT) e, quando farmacológico, discussão criteriosa sobre antidepressivos, além de recomendar não iniciar diversos fármacos e modalidades sem benefício comprovado para esse fenótipo. A OMS publicou diretriz específica para manejo não cirúrgico de dor lombar crônica primária em atenção primária e comunitária, reforçando reabilitação, educação e intervenção integrada (WHO, 2023). No SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dor Crônica foi aprovado por Portaria Conjunta de 22/08/2024 e organiza critérios diagnósticos, tratamento e regulação do cuidado, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas, com ênfase em metas realistas e funcionalidade.

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada e reprodutível para dor crônica na APS, integrando avaliação biopsicossocial e estratificação de risco, diagnóstico sindrômico orientado por sinais de alerta, plano multimodal com reabilitação prescritiva, manejo farmacológico seguro com prevenção de iatrogenia e dependência, além de critérios de encaminhamento e indicadores de qualidade para seguimento longitudinal.

Avaliação biopsicossocial e estratificação de risco

A avaliação avançada da dor crônica na APS parte de três perguntas: o que é perigoso (sinais de alerta), o que é tratável (fenótipo de dor e causas secundárias) e o que é prioritário (função, risco e metas). Na prática, a qualidade do cuidado depende de registrar rotineiramente interferência funcional e de construir metas mensuráveis; sem isso, a APS cai no ciclo “troca de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos repetidos”, com pouco ganho funcional.

A classificação sindrômica (nociceptiva, neuropática, nociplástica ou mista) é clinicamente útil porque orienta o peso relativo da reabilitação, do manejo psicossocial e da farmacoterapia. Em dor nociceptiva, a dor costuma relacionar-se a carga mecânica, inflamação e estrutura; em dor neuropática, há sinais de lesão/doença do sistema somatossensorial com sintomas típicos (queimação, choque, alodínia, parestesias, distribuição em território); em dor nociplástica, predomina amplificação/ sensibilização com desproporção entre dor e achados estruturais, frequentemente associada a distúrbio do sono, fadiga, humor e múltiplas dores (NICE, 2021; BRASIL, 2024).

Roteiro biopsicossocial reprodutível para a APS (**Quadro 12.1**):

Quadro 12.1 Avaliação clínica reprodutível na APS

1. Caracterização: local, duração, padrão, fatores de piora/melhora, flutuações e gatilhos.
2. Interferência: sono, humor, mobilidade, AVD/AVDI, trabalho/estudo, participação social.
3. Fenótipo: nociceptivo, neuropático, nociplástico ou misto (com hipótese clínica).
4. Exame físico dirigido: inspeção funcional (marcha/levantar-se), amplitude, sinais neurológicos focais, pontos de maior limitação funcional.
5. Sinais de alerta: febre; perda ponderal inexplicada; dor noturna progressiva; trauma relevante; história oncológica significativa; imunossupressão; déficit neurológico progressivo; disfunção esfincteriana; infecção; dor desproporcional com piora rápida.
6. Psicossocial: crenças de ameaça, medo-evitação, catastrofização, sofrimento emocional, contexto familiar/laboral, violência, vulnerabilidade social.
7. Segurança terapêutica: polifarmácia, álcool, sedativos, risco de quedas, doença renal/hepática, histórico de uso problemático de substâncias.
8. Metas: 1–3 metas funcionais mensuráveis para 4–8 semanas.

Fonte: NICE, 2021; BRASIL, 2024.

A estratificação de risco deve combinar gravidade funcional, complexidade psicossocial e risco de iatrogenia. “Dor intensa” sem incapacidade pode demandar plano diferente de “dor moderada com colapso funcional e sedação por polifarmácia”. Em idosos, a interação entre dor,

sedativos, hipotensão e quedas torna a segurança do plano tão importante quanto a analgesia (BRASIL, 2024).

Estratificação operacional de risco e intensidade do seguimento (**Tabela 12.1**):

Tabela 12.1 Estratificação e retorno na APS

Nível	Perfil clínico dominante	Conduta na APS	Retorno
Baixo risco	boa função, baixa interferência, sem sinais de alerta, baixa iatrogenia	plano de autocuidado + reabilitação leve + mínima farmacoterapia	8–12 semanas
Intermediário	interferência moderada, sono/humor afetados, início de medo-evitação	plano multimodal estruturado + reabilitação graduada + reavaliação de barreiras	3–6 semanas
Alto risco	incapacidade relevante, múltiplas comorbidades, polifarmácia/sedativos, vulnerabilidade social ou falhas repetidas	plano intensivo + monitoramento de segurança + cogestão quando possível	1–3 semanas

A decisão por exames complementares deve ser guiada por sinais de alerta e por mudança de conduta. Na dor crônica não complicada, imagem precoce frequentemente identifica achados incidentais e aumenta medo-evitação, sem melhorar desfechos. Em APS avançada, o especialista evita “rastreamento por imagem” e prioriza exame funcional, fenótipo e reabilita-

ção, reservando imagem para déficits neurológicos progressivos, suspeita de fratura, infecção, neoplasia, doença inflamatória sistêmica ou quando o resultado muda conduta (NICE, 2021; BRASIL, 2024).

Fluxo reprodutível da APS: avaliação → plano → reavaliação → intensificação (**Figura 12.1**):

Figura 12.1 Fluxo assistencial (descrição para diagramação)



Fonte: NICE, 2021; BRASIL, 2024.

Plano terapêutico multimodal e reabilitação

A reabilitação não é “complemento”: é o tratamento central na maior parte das dores crônicas atendidas na APS. O papel do especialista é transformar recomendações genéricas (“exercício e fisioterapia”) em prescrição graduada, com dose, progressão e metas funcionais. Para dor crônica primária, o NICE (2021) recomenda exercício supervisionado em grupo, manutenção de atividade física e considerar ACT/CBT para dor, além de organizar plano de cuidado centrado na pessoa. Para dor lombar crônica primária, a OMS reforça intervenções não cirúrgicas em atenção primária e comunitária, orientadas a melhorar saúde e bem-estar, em abordagem disciplinarmente neutra. (WHO, 2023)

A educação terapêutica deve ser técnica e prescritiva: explicar que dor persistente pode envolver sensibilização e que “retomar função com segurança” é a meta primária; alinhar expectativa de melhora gradual; reduzir comportamento de evitação; orientar manejo de crises (“*flare-ups*”) sem abandonar o plano. O cuidado avançado evita mensagens que aumentam ameaça (“coluna desgastada”, “nervo preso”) quando não há correlação clínica forte, e utiliza linguagem que favorece autoeficácia, sem banalizar sofrimento (NICE, 2021).

Protocolo prático de reabilitação (4–8 semanas) para APS (**Quadro 12.2**):

Quadro 12.2 Reabilitação prescritiva na APS

• Meta funcional (obrigatória): definida com o paciente, mensurável e com prazo.
• Atividade graduada: iniciar abaixo do limiar de piora importante e progredir semanalmente (registrar “dose” e progressão).
• Fortalecimento e mobilidade: exercícios simples domiciliares (quando não houver fisioterapia imediata), com técnica e progressão.
• Sono: rotina, higiene do sono, ajuste de estimulantes/álcool e manejo de dor noturna sem sedação excessiva.
• Estratégia para crise: plano escrito para <i>flare-up</i> (reduzir carga temporariamente, manter movimento, evitar repouso prolongado, reavaliar sinais de alerta).
• Reavaliação de barreiras: medo-evitação, humor, estressores, trabalho, suporte familiar.
• Retorno programado: data e critérios de sucesso (função > dor).

Fonte: NICE, 2021; WHO, 2023; Brasil, 2024.

A integração de intervenções psicológicas é particularmente relevante em dor crônica primária/nociplástica e em dor crônica secundária com alto sofrimento, pois medo-evitação e catastrofização são determinantes de incapacidade. O NICE (2021) recomenda considerar ACT/CBT para dor em pessoas com dor crônica primária, e isso pode ser operacionalizado na APS via grupos, apoio matricial e encaminhamento quando disponível, mantendo coordenação pela APS.

O manejo de comorbidades é parte do tratamento da dor: depressão e ansiedade aumentam intensidade percebida e interferência; obesidade, sedentarismo e apneia do sono pioram dor e fadiga; tabagismo associa-se a pior prognóstico em condições musculoesqueléticas. Em prática avançada, a APS integra o plano de dor ao plano de comorbidades para aumentar adesão e reduzir risco global (BRASIL, 2024).

Manejo farmacológico seguro e prevenção de iatrogenia

A farmacoterapia na dor crônica deve ser tratada como “ponte para função”, não como objetivo em si. O PCDT brasileiro (2024) explica que metas realistas incluem redução do sofrimento e melhora de funcionalidade, e que múltiplas abordagens (medicamentosas e não medicamentosas) produzem melhores resultados do que estratégias isoladas. Em dor crônica

primária, o NICE (2021) recomenda não iniciar opioides, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), paracetamol, gabapentinoides, benzodiazepínicos e outras classes para esse fenótipo, e orienta que a decisão farmacológica (quando considerada) se concentre em antidepressivos após discussão de benefícios e danos. Isso não significa “proibição absoluta” em toda dor crônica, mas impõe precisão: fármacos devem ser escolhidos conforme fenótipo e condição de base (dor crônica secundária), e descontinuados quando não há benefício funcional mensurável.

A lógica avançada na APS é manter um ciclo curto de decisão: iniciar/ajustar → reavaliar função e eventos adversos → manter/otimizar ou desprescrever. Farmacoterapia sem reavaliação programada é um marcador de baixa qualidade e aumenta polifarmácia e eventos adversos, especialmente em idosos.

Matriz de escolha terapêutica por fenótipo e risco (**Tabela 12.2**):

Tabela 12.2 Fenótipo × estratégia farmacológica

Fenótipo predominante	Objetivo	Princípio farmacológico	Principal risco na APS
Nociceptivo mecânico	viabilizar reabilitação	analgesia mínima e temporária, com foco em função	cronificação por inércia terapêutica
Nociceptivo inflamatório	reduzir inflamação e permitir movimento	anti-inflamatório seletivo e por tempo curto quando elegível	eventos GI/renais/CV
Neuropático	modular dor + melhorar sono/função	adjuvantes analgésicos específicos quando indicados	sedação, quedas, interação
Nociplástico/primário	reduzir sofrimento e interferência	evitar polifarmácia analgésica; considerar antidepressivos e intervenções psicossociais	iatrogenia e dependência

Fonte: NICE, 2021; BRASIL, 2024.

Em osteoartrose e dores musculoesqueléticas, o PCDT (2024) discute uso de analgésicos e AINEs com cautela, considerando risco gastrointestinal e cardiovascular e priorizando a menor dose pelo menor tempo, sempre integrado a medidas não medicamentosas (BRASIL, 2024). Em dor neuropática, o PCDT (2024) inclui opções adjuvantes e reforça que a escolha deve considerar diagnóstico e perfil do paciente, com monitoramento de eventos adversos (BRASIL, 2024).

Em relação a opioides, a diretriz CDC 2022 atualiza recomendações para cuidado da dor e prescrição em ambiente ambulatorial, reforçando preferência por terapias não opioides, definição de metas funcionais, dose mínima efetiva, reavaliação precoce e mitigação de risco. Na APS, opioides em dor crônica devem ser exceção e, quando considerados por profissional habilitado e dentro de protocolos locais, exigem justificativa clínica, tempo definido e monitora-

mento rigoroso, evitando co-prescrição com sedativos e avaliando riscos individuais (DOWELL *et al.*, 2022).

Checklist de segurança quando há uso de fármacos de maior risco (incluindo opioides) (**Quadro 12.3**):

Quadro 12.3 Segurança e monitoramento

• Objetivo funcional explícito e mensurável (não apenas “baixar dor”).
• Janela curta de reavaliação (semanas, não meses) e critério de continuidade.
• Revisão de interações e sedação, com foco em quedas e direção/atividades de risco.
• Avaliação de comorbidades (DRC, hepatopatia, DPOC/OSA, depressão).
• Evitar combinação de medicamentos com potencial aditivo de sedação.
• Plano de desprescrição quando não houver benefício funcional claro.
• Educação do paciente sobre uso seguro, armazenamento responsável e sinais de eventos adversos, sem alarmismo.

Fonte: BRASIL, 2024; DOWELL *et al.*, 2022.

Tabela 12.3 Encaminhamento/urgência

Situação	Conduta na APS	Encaminhamento
Sinais de alerta	estabilizar e evitar atrasos	imediato conforme gravidade
Déficit neurológico progressivo	documentar exame neurológico e evolução	urgente (neuro/ortopedia/urgência)
Dor com incapacidade grave apesar de plano multimodal	revisar adesão/fenótipo/iatrogenia	reabilitação especializada/dor/psiquiatria conforme caso
Suspeita de doença inflamatória sistêmica	rastreio clínico e exames dirigidos	reumato conforme protocolo
Polifarmácia com sedação/queda	iniciar desprescrição e plano de segurança	apoio matricial/geriatria quando disponível
Vulnerabilidade social grave/violência	acionar rede de proteção	assistência social/rede intersetorial

Fonte: NICE, 2021; Brasil, 2024.

Indicadores simples ajudam a transformar cuidado em sistema: proporção de pacientes com metas funcionais registradas, tempo até primeira reavaliação, taxa de polifarmácia sedativa, proporção de planos com reabilitação prescritiva documentada e taxa de encaminhamentos com informações essenciais (fenótipo,

Seguimento, critérios de encaminhamento e indicadores de qualidade

A APS de alta qualidade trata dor crônica como linha de cuidado: retorno programado, metas, revisão de barreiras e ajustes graduais. O NICE (2021) recomenda revisar planos em *flare-ups*, investigar sintomas novos quando necessário e manter decisão compartilhada. O PCDT (2024) reforça que casos de dor crônica devem ser avaliados e acompanhados pelas equipes de APS e por serviços especializados quando necessário, com regulação e avaliação periódica do uso de medicamentos.

A **Tabela 12.3** organiza quando encaminhar e evita atrasos em situações de maior risco.

função, terapias tentadas). Em APS avançada, qualidade é medida por função e segurança, não por volume de exames solicitados.

Dor crônica na APS exige método, continuidade e segurança. A abordagem avançada combina avaliação biopsicossocial reproduzível, estratificação de risco, definição de metas

funcionais e plano multimodal com reabilitação prescritiva, integração de intervenções psicossociais quando necessário e farmacoterapia guiada por fenótipo e benefício funcional, com forte vigilância para iatrogenia e dependência. Diretrizes internacionais recentes reforçam a centralidade do cuidado centrado na pessoa e, em dor crônica primária, a prioridade de intervenções não farmacológicas e o desestímulo ao

início de múltiplos fármacos sem benefício comprovado, enquanto o PCDT brasileiro organiza o cuidado no SUS com metas realistas e integração de medidas medicamentosas e não medicamentosas (NICE, 2021). Ao transformar a dor em plano longitudinal focado em função, a APS reduz incapacidade, melhora qualidade de vida e organiza acesso racional à rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília DF., ago., 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2026.

DOWELL, D. *et al.* CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*, v. 71, n. 3, p. 1-95, 2022.

MAHER, C. *et al.* Non-specific low back pain. *The Lancet*, v. 389, p. 736-747, 2017.

NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>. Acesso em: 12 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>. Acesso em: 12 mar. 2026.

CAPÍTULO 13

DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RASTREIO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (eTFG/ALBUMINÚRIA), NEFROPROTEÇÃO E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

IHAGO ASSIS DE SOUSA¹
GUILHERME BERNARDI²
ELLIS FARIA GROSSI³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

²Discente - Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Discente - Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Doença Renal Crônica; Albuminúria; Nefroproteção.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma condição prevalente, progressiva e frequentemente silenciosa, com impacto desproporcional em morbimortalidade cardiovascular, hospitalizações, fragilidade e custos em saúde. Na APS, a DRC aparece tanto como achado laboratorial incidental quanto como “desfecho acumulado” de hipertensão, diabetes, obesidade, doença cardiovascular e exposições iatrogênicas (anti-inflamatórios, contrastes, desidratação recorrente). O desafio para especialistas não é reconhecer a DRC “tardia”, mas detectar precocemente fenótipo e risco de progressão, instituir nefroproteção baseada em evidências e organizar seguimento e encaminhamento com *timing* correto, reduzindo perda acelerada da função renal e eventos cardiovasculares.

Diretrizes contemporâneas convergem em um eixo operacional simples e robusto: DRC deve ser definida e estratificada por duas dimensões (função renal e dano renal), operacionalizadas por eTFG e albuminúria (relação albumina/creatinina urinária, RAC ou ACR). A atualização KDIGO 2024 reforça essa classificação (G1–G5 e A1–A3), utiliza o “*heat map*” prognóstico e recomenda monitoramento e intervenções proporcionais ao risco. (KDIGO, 2024). No SUS, as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC e o PCDT de Estratégias para Atenuar a Progressão da DRC organizam fluxos por estágio, periodicidade de exames, ações de nefroproteção e critérios formais de encaminhamento, incluindo abordagem estruturada de fatores modificáveis, uso de bloqueio do SRAA quando indicado, e integração com atenção especializada e matriciamento (BRASIL, 2014; BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada e reproduzível para a APS no manejo da DRC, integrando

rastreio e confirmação diagnóstica, estratificação de risco por eTFG/albuminúria, pacote de nefroproteção (pressão, albuminúria, diabetes, estilos de vida e terapias renoprotetoras), monitoramento por risco e critérios de encaminhamento e cogestão com nefrologia, visando reduzir progressão, complicações e eventos cardiovasculares.

Rastreio e diagnóstico operacional na APS

A APS deve tratar DRC como condição de alto risco que se identifica com baixo custo e alto impacto quando rastreada em grupos certos. A estratégia avançada é rastreio seletivo + confirmação rigorosa + classificação imediata por risco, evitando dois erros comuns: (1) rotular DRC com base em um único exame (especialmente durante doença intercorrente/hipovolemia), e (2) subvalorizar albuminúria, que é marcador de risco renal e cardiovascular e define intensidade terapêutica (KDIGO, 2024; NICE, 2021).

Definição prática e confirmação

DRC é definida por anormalidades estruturais ou funcionais renais, presentes por ≥ 3 meses, com implicações para a saúde. Na prática da APS, isso se traduz em: eTFG < 60 mL/min/1,73m² persistente ou marcador de dano renal (albuminúria aumentada, alterações de sedimento urinário, alterações estruturais em imagem, entre outros) persistente. (KDIGO, 2024; NICE, 2021).

Confirmar persistência é parte do diagnóstico: alterações transitórias por desidratação, infecção, exercício intenso, febre, uso recente de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), ou episódio de lesão renal aguda podem reduzir eTFG e aumentar albuminúria de forma temporária. Em suspeita de agudização, o foco inicial é diferenciar DRC estável de lesão aguda sobreposta e reavaliar após estabilização clínica.

Em quem rastrear primeiro

Rastreio prioritário na APS deve focar em: diabetes, hipertensão, doença cardiovascular estabelecida, obesidade/síndrome metabólica, tabagismo, idade avançada, história familiar de DRC, episódios prévios de lesão renal aguda,

uso crônico de nefrotóxicos e doenças sistêmicas com potencial renal. Essa priorização é compatível com a lógica de linhas de cuidado no SUS e com recomendações internacionais de avaliação de risco (**Tabela 13.1**) (BRASIL, 2014; KDIGO, 2024).

Tabela 13.1 Rastreio, confirmação e primeira classificação

Etapa	O que solicitar	Como interpretar	O que fazer em seguida
1. Rastreio	Creatinina para eTFG + RAC/ACR (urina)	eTFG estima função; RAC estima dano e risco	Classificar G e A e buscar causas secundárias
2. Confirmação	Repetir eTFG e RAC após ≥90 dias (ouantes, se dúvida de agudo)	Persistência define DRC	Se persistente: consolidar diagnóstico e plano
3. Fenótipo	EAS (sedimento), PA, glicemia/HbA1c, perfil lipídico, potássio	Ajuda a definir risco, comorbidades e segurança terapêutica	Iniciar “bundle” de nefroproteção
4. Exceções	Suspeita de agudo, hematuria significativa, edema importante, síndrome nefrótica, queda rápida da eTFG	Pode indicar glomerulopatia/lesão aguda	Encaminhar/urgência conforme gravidade

Fonte: KDIGO, 2024; BRASIL, 2024; NICE, 2021.

Medição de albuminúria na prática avançada

A RAC (ACR) é preferível a métodos qualitativos e orienta risco e tratamento. Idealmente, deve ser medida em amostra isolada (preferencialmente primeira urina da manhã quando viável) e confirmada se elevada, porque infecção urinária, exercício intenso e febre podem aumentar albuminúria. A classificação A1 (< 30 mg/g), A2 (30-300 mg/g) e A3 (> 300 mg/g) é a linguagem comum para risco, monitoramento e encaminhamento (KDIGO, 2024; NICE, 2021).

Estratificação de risco e nefroproteção baseada em eTFG/albuminúria

A estratificação avançada da DRC na APS é, essencialmente, prognóstica: identificar quem tem maior risco de progressão para falência renal e eventos cardiovasculares, e ajustar a intensidade de monitoramento e intervenção. O mapa KDIGO (G×A) sintetiza esse prognóstico

e orienta a frequência de monitoramento de eTFG e albuminúria (**Tabela 13.2**) (KDIGO, 2024).

Nefroproteção como “bundle” (pacote de alto impacto)

A APS de excelência trata a nefroproteção como um pacote padronizado, com metas, reavaliação e segurança. O SUS recomenda controle sistemático de fatores de risco modificáveis e acompanha TFG, EAS e RAC com periodicidade por estágio, articulando atenção especializada quando indicado (BRASIL, 2014; BRASIL, 2024).

No nível de evidência, diretrizes KDIGO e ensaios clínicos recentes fundamentam intervenções renoprotetoras além do controle pressórico e glicêmico tradicionais, particularmente os inibidores de SGLT2 e, em cenários selecionados, finerenona em diabetes com albuminúria apesar de SRAA otimizado (**Tabela 13.3**) (KDIGO, 2022; BRASIL, 2024).

Tabela 13.2 Classificação por eTFG (G) e albuminúria (A)

eTFG (G)	Categoria	Albuminúria (A)	Categoria	Implicação prática na APS
≥90	G1	<30 mg/g	A1	sem DRC se não houver outro marcador; manter vigilância se risco
60–89	G2	30–300 mg/g	A2	DRC se persistente; nefroproteção e monitoramento por risco
45–59	G3a	>300 mg/g	A3	risco aumentado; intensificar nefroproteção e monitorar mais
30–44	G3b			alto risco de progressão/complicações; cogestão frequente
15–29	G4			preparar encaminhamento/planejamento de TRS conforme rede
<15	G5			cuidado especializado e planejamento estruturado

Fonte: KDIGO, 2024; NICE, 2021.

Tabela 13.3 Bundle de nefroproteção para APS (o que fazer “sempre” e o que fazer “se indicado”)

Eixo	Ação central	Quando intensificar	Monitoramento essencial
Pressão arterial	controlar PA com medida padronizada	maior rigor em albuminúria e alto risco	creatinina e potássio após ajustes de IECA/BRA e diuréticos
SRAA (IECA/BRA)	priorizar em albuminúria (A2/A3), especialmente em DM/DRC	titulação até dose tolerada, evitando hipotensão/hipercalcemia	creatinina e potássio 1–2 semanas após início/ajuste
SGLT2	em T2DM e DRC elegível; e em DRC não diabética selecionada conforme diretriz/PCDT	quando eTFG e albuminúria indicarem benefício e houver acesso	orientação de “sick day rules”, monitorar volume e intercorrências
Controle glicêmico	metas individualizadas, evitando hipoglicemia	albuminúria persistente e alto risco cardiovascular	HbA1c conforme protocolo e risco
Estilo de vida	reduzir sódio, cessar tabagismo, atividade física, controle ponderal	alto risco (A3/G3b+) requer plano mais intensivo	adesão e barreiras sociais
Nefrotoxinas	evitar AINEs e contrastes desnecessários, ajustar doses renais	idosos, polifarmácia, episódios de AKI	revisão medicamentosa periódica
Cardiovascular	estatinas/controle global de risco conforme linha de cuidado	DRC é amplificador de risco	PA, lipídios, cessação tabágica
Complicações	triagem de anemia e distúrbio mineral-ósseo conforme estágio	G3b+ e/ou sintomas	Hb, cálcio, fósforo, PTH conforme rede

Fonte: KDIGO, 2024; Brasil, 2024; KDIGO, 2022; KDIGO, 2021.

Pressão arterial: alvo e método importam

Em DRC, controle pressórico é uma das intervenções com maior impacto em progressão e eventos cardiovasculares. A diretriz KDIGO 2021 sugere alvo de pressão sistólica < 120

mmHg em medida padronizada, quando tolerado, para adultos com DRC e hipertensão (não transplantados e não dialíticos) (KDIGO, 2021).

Na APS, a sofisticação está em: medir corretamente, avaliar hipotensão ortostática em idosos frágeis, evitar intensificação que cause

quedas, e ajustar com base em risco e tolerância, mantendo o foco em proteção renal e cardiovascular.

Albuminúria como alvo clínico

Albuminúria não é apenas “um número”; é marcador de dano renal ativo e de risco cardiovascular. Redução de albuminúria, sobretudo com bloqueio do SRAA e terapias renoprotetoras, é um objetivo intermediário útil quando alinhado a segurança. Diretrizes do SUS e KDIGO reforçam o uso de IECA/BRA em albuminúria e monitoramento de potássio/creatinina por risco de hipercalemia e alteração hemodinâmica inicial da eTFG (BRASIL, 2014; KDIGO, 2024).

SGLT2 e finerenona: nefroproteção moderna (como a APS operacionaliza)

A evidência contemporânea sustentou uma mudança estrutural: inibidores de SGLT2 reduzem progressão de DRC e eventos cardiovasculares em populações com DRC com e sem diabetes, em ensaios como DAPA-CKD e EMPA-KIDNEY (HEERSPINK *et al.*, 2020; HERINGTON *et al.*, 2023).

No SUS, o PCDT de 2024 incorpora estratégias para atenuar progressão e discute tecnologias renoprotetoras e sua integração ao cuidado, em articulação com diretrizes vigentes (BRASIL, 2024).

Finerenona demonstrou redução de desfechos renais e cardiovasculares em DRC com diabetes tipo 2 (FIDELIO-DKD), com atenção a hipercalemia e necessidade de monitoramento (BAKRIS *et al.*, 2020).

Para APS, o ponto não é “prescrever tudo”, e sim: identificar elegibilidade, garantir SRAA otimizado e segurança (potássio), orientar manejo de volume, e coordenar acesso/nefrologia

quando a tecnologia não estiver disponível no nível primário.

Monitoramento longitudinal e critérios de encaminhamento

A APS deve tratar monitoramento como parte do tratamento, não como burocracia. A KDIGO 2024 propõe frequência de monitoramento de eTFG e albuminúria baseada no risco (heat map), com maior frequência em categorias de maior risco (combinações de eTFG mais baixa e albuminúria mais alta). (KDIGO, 2024). O NICE NG203 também orienta monitoramento por risco e destaca individualização de ACR conforme potencial de mudar manejo (NICE, 2021).

No SUS, as Diretrizes de 2014 e o PCDT de 2024 detalham periodicidades por estágio e condições para encaminhar e matricular, incluindo recomendações de monitoramento de potássio, metabolismo mineral-ósseo e hemoglobina conforme estágio e risco (BRASIL, 2014; BRASIL, 2024).

Quadro 13.1 “Red flags” e encaminhamento urgente (o que a APS não pode perder)

• Queda rápida e sustentada da eTFG (suspeita de lesão aguda sobreposta)
• Hematúria persistente relevante, cilindros/achados de sedimento sugestivos de glomerulopatia
• Síndrome nefrótica (edema importante + proteinúria elevada + hipoalbuminemia suspeita)
• Hipertensão grave/refratária ou suspeita de causa secundária com repercussão renal
• Hipercalemia significativa ou acidose metabólica relevante
• Suspeita de obstrução urinária (oligúria, dor, bexiga palpável, hidronefrose)
• Sintomas urêmicos ou eTFG em faixa avançada com instabilidade clínica

Fonte: KDIGO, 2024; BRASIL, 2014; NICE, 2021.

Encaminhamento eletivo e cogestão: timing e critérios

Crítérios clássicos incluem: eTFG <30 (G4), albuminúria A3 persistente, progressão acelerada, complicações persistentes (anemia relevante, distúrbio mineral-ósseo, hipercalemia recorrente), suspeita de doença renal primária e necessidade de planejamento de terapia renal substitutiva. KDIGO (2024) reforça encaminhamento por risco e necessidade de ações especializadas, e NICE (2021) incorpora o uso

de modelos de risco (como KFRE) para personalizar encaminhamento em alguns sistemas.

No SUS, as Diretrizes de 2014 e o PCDT de 2024 trazem critérios práticos por estágios e RAC, e recomendam matriciamento com nefrologia em fases intermediárias conforme necessidade.

Monitoramento e encaminhamento por risco (modelo APS compatível com SUS + KDIGO) (**Tabela 13.4 e Figura 13.1**):

Tabela 13.4 Monitoramento/encaminhamento por risco

Categoria típica	Frequência mínima de eTFG/ACR	Ações APS prioritárias	Encaminhar quando...
G1–G2 A1 (sem outros marcadores)	anual se risco	controle de fatores de risco	surgirem marcadores de dano ou progressão
G1–G2 A2 / G3a A1	anual–semestral	SRAA se indicado, PA, DM	progressão, ACR persistente alta ou complicações
G3a A2–A3	semestral	bundle completo + ajuste de doses	progressão, A3 persistente, hipercalemia/complicações
G3b (qualquer A)	semestral (ou mais)	intensificar nefroproteção, revisar nefrotoxinas	alto risco, progressão, A3, complicações
G4–G5	trimestral (ou mais)	preparar cuidado compartilhado	planejamento TRS, sintomas, instabilidade

Fonte: KDIGO, 2024; BRASIL, 2014; BRASIL, 2024; NICE, 2021.

Figura 13.1 Fluxo reprodutível para APS (rastreamento → classificação → nefroproteção → rede)



Fonte: KDIGO, 2024; BRASIL, 2024; NICE, 2021.

A DRC na APS é uma oportunidade de prevenção de alto impacto quando manejada com método: rastreio seletivo em grupos de risco, confirmação diagnóstica por persistência, classificação imediata por eTFG/albuminúria e estratificação prognóstica, seguida de nefroproteção estruturada e monitoramento proporcional ao risco. Diretrizes KDIGO 2024 e documentos do SUS convergem para o papel central da APS

em controlar fatores modificáveis, reduzir nefrotoxinas, ajustar doses, integrar terapias renoprotetoras quando elegíveis e organizar encaminhamento oportuno e matriciamento. A excelência clínica se traduz em menos progressão, menos eventos cardiovasculares e melhor planejamento do cuidado em estágios avançados, com coordenação longitudinal e decisões baseadas em risco (KDIGO, 2024; BRASIL, 2014; BRASIL, 2024).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKRIS, G.L. *et al.* Effect of finerenone on chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, v. 383, p. 2219-2229, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília DF., 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretriz-cuidados-drc.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 11, de 16 de setembro de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica. Brasília DF., set., 2024. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202503/06145641-pcdt-de-estrategias-para-atenuar-a-progressao-da-doenca-renal-cronica.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2026.

HEERSPINK, H.J.L. *et al.* Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *The New England Journal of Medicine*, v. 383, p. 1436-1446, 2020.

HERRINGTON, W.G. *et al.* Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *The New England Journal of Medicine*, v. 388, p. 117-127, 2023.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, v. 99, Suppl. 3S, p. S1-S87, 2021.

KDIGO - KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, v. 102, Suppl. 5S, p. S1-S127, 2022.

KDIGO - KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, v. 105, Suppl. 4S, p. S117-S314, 2024.

NICE. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Chronic kidney disease: assessment and management (NG203). London: NICE, 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203>. Acesso em: 12 mar. 2026.

CAPÍTULO 14

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIAGNÓSTICO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO AVANÇADO

WANESSA BARBOSA FALCÃO¹
MILENE GONÇALVES SATO²
ISABELA LLAMA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário de Mineiros - Campus Trindade, Trindade, Goiás, Brasil.

²Discente - Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

³Discente - UNIFEV, Votuporanga, São Paulo, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Proteção Cardiorrenal; Cuidado Longitudinal.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus, especialmente o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), é uma condição crônica de alta prevalência e impacto desproporcional em eventos cardiovasculares, doença renal crônica (DRC), amputações, cegueira evitável e mortalidade. Na atenção primária à saúde (APS), o diabetes é simultaneamente uma doença metabólica e um “problema de implementação”: a maior parcela de desfechos adversos decorre de diagnóstico tardio, inércia terapêutica, baixa adesão, subutilização de terapias com benefício cardiorenal e rastreamento incompleto de complicações. Diretrizes atuais convergem para um modelo de cuidado no qual o controle glicêmico é necessário, mas não suficiente; a prioridade estratégica é reduzir risco cardiovascular e renal com abordagem combinada, individualizada e longitudinal (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

O padrão contemporâneo de manejo do DM2 na APS exige três pilares clínicos: (1) diagnóstico e estratificação de risco reprodutíveis; (2) metas terapêuticas individualizadas com foco em benefício líquido e segurança; (3) seleção precoce de terapias que modificam desfechos (cardiovasculares e renais), sem depender apenas de “intensificar HbA1c”. O consenso ADA/EASD reforça essa lógica ao propor algoritmos centrados em risco (ASCVD, insuficiência cardíaca, DRC, obesidade) e em decisão compartilhada, incluindo estratégias práticas de implementação (DAVIES et al., 2022). No SUS, o PCDT de DM2 organiza diagnóstico, tratamento e acompanhamento com racionalidade e alinhamento ao cuidado longitudinal

em APS, o que é essencial para padronização e auditoria de qualidade (BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reprodutível para o manejo do diabetes na APS, integrando diagnóstico e rastreio em grupos de risco, estratificação cardiorenal, metas glicêmicas individualizadas, escolha terapêutica com foco em proteção cardiovascular e renal, organização do seguimento e rastreamento sistemático de complicações, com critérios de encaminhamento e cogestão.

Diagnóstico e rastreio na APS

A precisão diagnóstica é o primeiro determinante de desfecho: tanto o subdiagnóstico quanto o diagnóstico por exame único sem confirmação geram condutas inadequadas. A APS deve operar com: (1) critérios diagnósticos claros; (2) confirmação quando aplicável; (3) rastreio orientado por risco; (4) classificação inicial que já inclua risco cardiorenal e segurança terapêutica (**Tabela 14.1**) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; BRASIL, 2024; NICE, 2026).

Em nível avançado, o diagnóstico deve vir acompanhado da identificação de situações que mudam o manejo inicial: perda ponderal rápida, sintomas importantes, hiperglicemia muito elevada, suspeita de cetose, e possibilidade de diabetes autoimune em adultos. Nesses cenários, a APS deve acelerar encaminhamento e evitar atrasar insulinização quando há risco metabólico, mesmo que a confirmação laboratorial ainda esteja em curso (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; BRASIL, 2024).

Tabela 13.1 Critérios diagnósticos e passos de confirmação (APS)

Exame/critério	Diagnóstico de diabetes	Conduta de confirmação na APS	Observações práticas
HbA1c	valor em faixa diagnóstica	repetir (preferencialmente) se ausência de sintomas e sem hiperglicemia inequívoca	considerar interferências: anemia, hemoglobinopatias, gestação, DRC avançada
Glicemia de jejum	valor em faixa diagnóstica	repetir em outra ocasião se assintomático	reforçar jejum adequado e contexto clínico
TOTG 75 g	valor em faixa diagnóstica	geralmente já confirmatório quando feito corretamente	útil em discordâncias entre HbA1c e glicemias
Glicemia casual + sintomas clássicos	hiperglicemia inequívoca com sintomas	dispensa confirmação	avaliar gravidade e risco de cetose conforme quadro

Fonte: American Diabetes Association, 2025; Brasil, 2024; NICE, 2026.

Rastreio orientado por risco

A lógica atual é rastrear precocemente em indivíduos com risco metabólico e cardiovascular, porque isso reduz o “tempo de hiperglicemia silenciosa” e permite iniciar intervenções cardiorrenais antes do dano acumulado. A diretriz brasileira e consensos internacionais destacam rastreio baseado em idade, excesso de

peso/obesidade, história familiar, sedentarismo, hipertensão, dislipidemia, DRC e história de diabetes gestacional, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

Checklist de avaliação inicial após diagnóstico (primeira consulta “completa”) (**Quadro 14.1**):

Quadro 14.1 Avaliação inicial reprodutível

• Fenótipo e gravidade: tempo provável de doença, sintomas, perda ponderal, sinais de descompensação.
• Risco cardiovascular: doença aterosclerótica conhecida, sinais de insuficiência cardíaca, pressão arterial, tabagismo, perfil lipídico.
• Risco renal: creatinina/eTFG e albuminúria (RAC), histórico de DRC, uso de nefrotóxicos.
• Segurança terapêutica: risco de hipoglicemia, fragilidade/idoso, comorbidades, polifarmácia, condições sociais.
• Obesidade e estilo de vida: IMC, circunferência abdominal, sono, álcool, padrão alimentar e atividade física.
• Complicações já presentes: exame de pés (sensibilidade/pulsos/deformidades), queixas visuais, sintomas neuropáticos.
• Plano inicial: metas individualizadas + intervalo de reavaliação + educação em autocuidado.

Fonte: American Diabetes Association, 2025; Brasil, 2024; NICE, 2026.

Estratificação de risco e metas terapêuticas

Estratificar risco no diabetes é transformar “controle glicêmico” em prevenção de desfecho. O ponto avançado é que o risco cardiorrenal define a escolha do tratamento e o grau de agressividade terapêutica, inclusive quando a

HbA1c não é muito elevada. A estratégia contemporânea incorpora: (1) risco cardiovascular global e presença de ASCVD; (2) insuficiência cardíaca; (3) DRC definida por eTFG e albuminúria; (4) risco de hipoglicemia e fragilidade; (5) obesidade e necessidade de perda ponderal; (6) preferências e barreiras do paciente (DAVIES *et al.*, 2022; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026).

Metas glicêmicas: individualização avançada

O controle glicêmico reduz complicações microvasculares, mas metas muito baixas em indivíduos com alto risco de hipoglicemia, fragilidade e multimorbidade podem produzir dano líquido. Em APS avançada, metas devem

ser individualizadas por: expectativa de vida, risco de hipoglicemia, comorbidades, suporte para autocuidado, presença de complicações e possibilidade real de intensificação com segurança (**Tabela 14.2**) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026; BRASIL, 2024).

Tabela 14.2 Metas de HbA1c e quando flexibilizar

Perfil clínico	Direção da meta	Racional clínico	Atenções de segurança
Adulto com baixa comorbidade e baixo risco de hipoglicemia	metas mais baixas, se toleradas	reduzir microvasculares e risco futuro	evitar intensificação que aumente hipoglicemia
ASCVD/DRC/IC (alto risco cardiorrenal)	meta glicêmica individualizada, mas tratamento deve priorizar proteção cardiorrenal	benefícios de classes específicas independem parcialmente da HbA1c	escolher fármacos por desfecho, não só por HbA1c
Idoso frágil/multimorbidade	metas mais flexíveis	reduzir hipoglicemia, quedas, perda funcional	simplificar esquemas; revisar sulfonilureias/insulina
História de hipoglicemia importante	metas mais flexíveis	hipoglicemia é desfecho adverso maior	preferir classes com baixo risco de hipo

Fonte: American Diabetes Association, 2025; NICE, 2026; Brasil, 2024.

Estratificação renal no diabetes

A estratificação renal no DM2 é central porque DRC amplifica risco cardiovascular e modifica escolhas terapêuticas. A KDIGO recomenda classificar DRC por eTFG e albuminúria (RAC) e utilizar intervenções renoprotetoras em elegíveis, especialmente inibidores de SGLT2 e bloqueio do SRAA quando há albuminúria, com monitorização de creatinina e potássio conforme risco (KDIGO, 2022).

Tratamento e seguimento longitudinal na APS

O tratamento avançado do DM2 na APS é um “pacote” longitudinal: estilo de vida estruturado, terapias farmacológicas escolhidas por

desfecho (cardiorrenal e peso), prevenção de hipoglicemia, e rastreamento sistemático de complicações. O consenso ADA/EASD e as Standards da ADA reforçam que o sequenciamento terapêutico deve considerar risco cardiorrenal e obesidade desde o início, e que a implementação depende de reavaliação precoce e algoritmos simples para reduzir inércia (DAVIES *et al.*, 2022; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

Medidas não farmacológicas como intervenção prescrita

A APS deve prescrever estilo de vida com “dose” e meta: plano alimentar viável, redução de ultraprocessados, manejo de sono, atividade

física adaptada e metas de perda ponderal quando indicado. Em obesidade associada, o benefício clínico inclui melhora de resistência insulínica, pressão arterial, esteatose hepática metabólica e risco cardiovascular, mas a prescrição precisa ser realista e acompanhada para não virar orientação vazia (NICE, 2026; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Escolha terapêutica por fenótipo e risco: o “núcleo” da APS avançada

A escolha farmacológica deve minimizar hipoglicemia, promover benefício cardiorenal e reduzir peso quando relevante. A estrutura abaixo (**Tabela 14.3**) não é “lista de drogas”, e sim um método: primeiro classificar risco, depois escolher classes com melhor benefício líquido.

Tabela 14.3 Matriz terapêutica por risco cardiorenal e obesidade, seleção de classes por perfil

Perfil dominante	Prioridade terapêutica	Estratégia prática na APS	Segurança e monitoramento
ASCVD estabelecida ou risco muito alto	reduzir eventos CV	priorizar classes com benefício CV comprovado + controle global de risco	revisar PA/lipídios; monitorar tolerabilidade
Insuficiência cardíaca	reduzir descompensação e morte	priorizar classes com benefício em IC quando elegíveis	orientar sinais de congestão e volume
DRC com eTFG reduzida e/ou albuminúria	nefroproteção e redução de eventos	SRAA em albuminúria quando indicado + classe renoprotetora elegível	chechar creatinina/potássio e orientar “regras de intercorrência”
Obesidade e necessidade de perda ponderal	reduzir peso e risco cardiometabólico	priorizar classes com maior impacto ponderal, junto a plano alimentar	monitorar efeitos GI e adesão
Alto risco de hipoglicemia (idoso, fragilidade, histórico de hipo)	evitar hipoglicemia	preferir classes com baixo risco de hipo e simplificar esquemas	rever sulfonilureias e insulinização excessiva
HbA1c muito elevada/sintomas importantes	controle rápido e seguro	considerar terapia intensiva/insulina conforme gravidade + reavaliar cedo	plano de monitorização e desintensificação quando estabilizar

Fonte: Davies *et al.*, 2022; American Diabetes Association, 2025; NICE, 2026; KDIGO, 2022; BRASIL, 2024.

No SUS, a seleção terapêutica deve respeitar o PCDT e a disponibilidade de tecnologias, mas o raciocínio de risco continua válido: mesmo quando a APS não tem acesso imediato a todas as classes, ela deve identificar elegibilidade e coordenar encaminhamento e acesso, mantendo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2024).

Redução de risco cardiovascular como parte do tratamento do diabetes

Em DM2, o controle de pressão arterial e lipídios, cessação do tabagismo e terapia antiagregante quando indicada podem ter impacto absoluto comparável ou superior ao ajuste fino de HbA1c em muitos perfis de alto risco. A APS deve tratar isso como parte do plano do di-

abetes, não como “capítulo separado”: prescrever estatinas conforme risco, intensificar prescrição conforme diretrizes, e integrar com os capítulos de HAS e dislipidemia do livro (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026).

Rastreamento de complicações: rotina que evita cegueira, amputação e DRC terminal

A APS deve executar rastreamento com periodicidade e método:

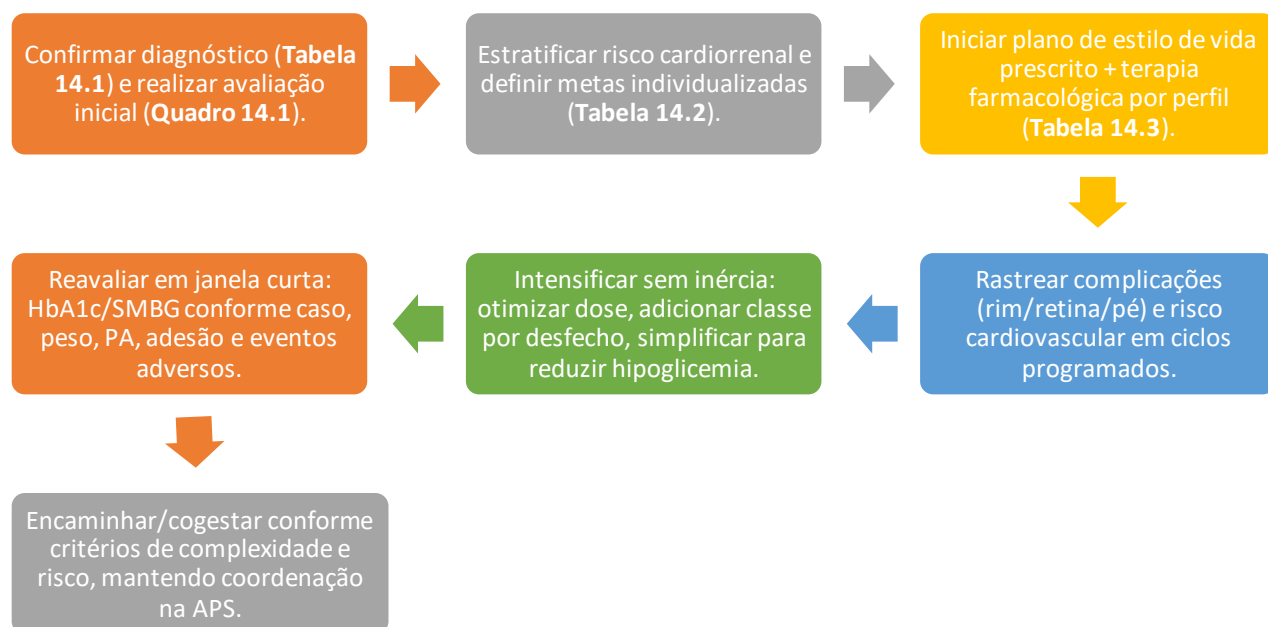
- Rim: eTFG e albuminúria (RAC) pelo menos anual, com maior frequência em DRC e albuminúria elevada, conforme KDIGO (2022).

- Retina: encaminhamento/avaliação oftalmológica conforme tempo de doença e achados, com prioridade em piora visual e gestação, e controle de fatores de risco (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

- Pé diabético: exame de pés em rotina, estratificação de risco, educação, calçados e encaminhamento quando há úlcera, isquemia crítica ou deformidades importantes (BRASIL, 2024; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Fluxo reproduzível de cuidado do DM2 na APS (**Figura 14.1**):

Figura 14.1 Fluxo assistencial



Fonte: American Diabetes Association, 2025; Davies *et al.*, 2022; BRASIL, 2024; NICE, 2026; KDIGO, 2022.

CrITÉRIOS de encaminhamento e co-gestão

A APS deve encaminhar de forma qualificada quando:

- suspeita de DM1/autoimune em adulto, cetose, hiperglicemia grave sintomática ou necessidade de insulinização complexa (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

- DRC avançada, progressão acelerada de eTFG, albuminúria muito elevada persistente, hipercalcemia recorrente, ou necessidade de terapias renoprotetoras complexas (KDIGO, 2022).

- complicações: úlcera/pé de alto risco, retinopatia ameaçadora da visão, neuropatia do-

lorosa refratária, eventos cardiovasculares, insuficiência cardíaca (BRASIL, 2024; NICE, 2026).

O manejo avançado do diabetes na APS deve ser entendido como cuidado longitudinal orientado por risco e por desfecho, e não apenas “controle de HbA1c”. A combinação de diagnóstico correto, estratificação cardiorrenal, metas individualizadas, escolha terapêutica por benefício líquido e rastreamento sistemático de complicações é a via mais consistente para reduzir cegueira, amputação, DRC terminal e

eventos cardiovasculares. Diretrizes internacionais e nacionais convergem para priorizar proteção cardiovascular e renal, reduzir hipoglicemia e inércia terapêutica, e organizar processos reprodutíveis na APS, sustentando a coordenação do cuidado mesmo quando há cogestão com atenção especializada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; DAVIES *et al.*, 2022; BRASIL, 2024; NICE, 2026; KDIGO, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, v. 48, Suppl. 1, p. S1–S352, 2025. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1>. Acesso em: 24 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Diabetes Mellitus Tipo II. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-de-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-diabetes-mellitus-tipo-ii/view>>. Acesso em: 24 mar. 2026.

DAVIES, M.J. *et al.* Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, v. 65, n. 12, p. 1925–1966, 2022.

KDIGO - KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, v. 102, Suppl. 5S, p. S1–S127, 2022.

NICE. Type 2 diabetes in adults: management (NG28). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2015. Last reviewed/updated: 18 Feb. 2026. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>>. Acesso em: 24 mar. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025. São Paulo: SBD, 2025. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2026.

CAPÍTULO 15

ABORDAGEM DE QUEIXAS RESPIRATÓRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRIAGEM SINDRÔMICA, ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE E MANEJO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

JAIR LÚCIO VARDIERO FILHO¹
FILIPE MARQUES DE SOUZA¹
IRANA OLIVEIRA SOARES¹
LUIZA ROCHA PINTO COELHO²

¹Discente - Unifaminas, Muriaé, Minas Gerais, Brasil.

²Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: *Queixas Respiratórias; Estratificação de Gravidade; Manejo na Atenção Primária.*

INTRODUÇÃO

Queixas respiratórias estão entre os motivos mais frequentes de consulta na atenção primária à saúde (APS) e concentram grande parte das decisões que determinam desfechos clínicos relevantes, como internações evitáveis, exacerbações de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), uso inadequado de antibióticos, atraso diagnóstico de tuberculose e falhas na identificação de pneumonia grave. Em cenários de alta demanda, o risco não está apenas em “errar o diagnóstico”, mas em falhar na triagem de gravidade, em subestimar sinais de deterioração clínica, ou em conduzir de forma padronizada apenas pela queixa principal, sem integração sindrômica e sem plano de seguimento.

A abordagem contemporânea para queixas respiratórias na APS converge para três princípios: primeiro, diferenciar risco imediato de condições autolimitadas por meio de sinais clínicos e parâmetros objetivos, com papel central de oximetria, frequência respiratória e estado mental, sempre contextualizados; segundo, classificar o quadro por síndrome clínica e por probabilidade etiológica, evitando exames e antibióticos de baixo valor em cenários como tosse aguda e bronquite; terceiro, organizar um plano longitudinal para doenças crônicas de vias aéreas, com prevenção de exacerbações, técnica inalatória correta e ação escrita, alinhado às recomendações de asma e DPOC (GINA, 2025; NICE, 2019; NICE, 2025).

Diretrizes atuais reforçam que, em asma, o cuidado efetivo exige tratamento contendo corticoide inalatório e estratégias de manutenção e alívio com ICS-formoterol quando indicado, reduzindo exacerbações e dependência de SABA

isolado (GINA, 2025). Em pneumonia, recomenda-se avaliação estruturada de gravidade e início oportuno de antibiótico após estabelecer o diagnóstico, evitando tanto atraso terapêutico quanto antibiótico indiscriminado em quadros compatíveis com infecções de vias aéreas superiores e bronquite aguda (NICE, 2019; NICE, 2025; METLAY *et al.*, 2019). No Brasil, a APS também é eixo estratégico na identificação de tuberculose e na redução de transmissão, por meio de rastreio clínico, investigação padronizada e encaminhamento oportuno, conforme diretrizes nacionais (BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reprodutível para queixas respiratórias na APS, integrando triagem de gravidade, classificação sindrômica, manejo baseado em evidências para condições agudas e crônicas mais prevalentes, racionalidade no uso de antibióticos e corticoides, além de critérios claros de encaminhamento e seguimento longitudinal.

Triagem sindrômica e avaliação inicial reprodutível

A primeira tarefa do especialista na APS, diante de qualquer queixa respiratória, é responder se há risco imediato de deterioração, necessidade de oxigênio, sepse, insuficiência ventilatória, tromboembolismo pulmonar ou outra condição tempo-dependente. Essa etapa deve ser padronizada para reduzir variação clínica entre profissionais e turnos, e depende mais de avaliação estruturada do que de exames sofisticados.

Sinais de gravidade e necessidade de encaminhamento imediato (**Quadro 15.1**):

Quadro 15.1 Sinais de gravidade em queixas respiratórias (APS)

• Saturação periférica de oxigênio baixa em ar ambiente ou abaixo do basal do paciente com doença pulmonar, associada a desconforto ou fadiga respiratória (NICE, 2025).
• Taquipneia persistente, uso de musculatura acessória, incapacidade de falar frases completas, cianose, exaustão.
• Alteração de estado mental, sonolência, confusão, incapacidade de manter hidratação ou alimentação.
• Dor torácica intensa com instabilidade, síncope, sinais de choque, suspeita de tromboembolismo pulmonar ou síndrome coronariana aguda.
• Hemoptise significativa, estridor, suspeita de obstrução alta.
• Suspeita de sepse ou deterioração rápida em poucas horas (NICE, 2019; NICE, 2025).
• Exacerbação grave de asma com piora progressiva apesar de broncodilatador de resgate e sinais de fadiga (GINA, 2025).

Um ponto avançado importante é reconhecer limitações e vieses de medidas. Diretrizes recentes ressaltam que oxímetros podem ter menor acurácia em pessoas com pele pigmentada, exigindo interpretação clínica e reavaliação quando a medida não se alinha ao quadro (NICE, 2025). Na APS, a conduta segura é usar a oximetria como parâmetro, mas não substituir julgamento clínico quando há sinais de esforço respiratório, rebaixamento de consciência ou deterioração rápida (**Tabela 15.1**).

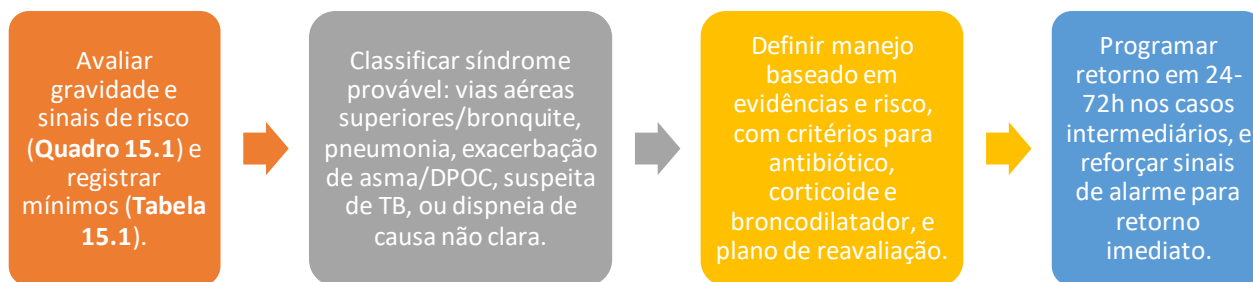
Tabela 15.1 Avaliação mínima padronizada em queixas respiratórias

Elemento	O que documentar	Por que muda conduta
Tempo e padrão	início, progressão, gatilhos, exposição, sazonalidade	diferencia agudo grave de crônico/exacerbação
Sintomas-chave	dispneia, febre, dor pleurítica, chiado, expectoração, hemoptise	orienta síndrome e risco
Sinais vitais	FR, FC, PA, temperatura	estratifica gravidade e sepse
Oximetria	SpO ₂ em ar ambiente e resposta ao repouso	define hipóxia e necessidade de encaminhamento
Exame pulmonar	sibilos, crepitações, assimetria, murmúrio vesicular	sugere asma/DPOC/pneumonia/derrame
Estado geral	fala, esforço respiratório, hidratação, estado mental	identifica risco imediato
Risco e comorbidades	asma/DPOC/DRC/IC, imunossupressão, tabagismo	muda limiar de antibiótico e encaminhamento
Plano e retorno	conduta, sinais de alarme, data de reavaliação	reduz falha de acompanhamento

A partir dessa avaliação, a APS deve classificar o quadro por síndrome clínica. Uma estrutura útil é separar: tosse aguda com sintomas de vias aéreas superiores, tosse/dispneia com sinais de via aérea inferior, suspeita de pneumonia, exacerbação de asma/DPOC, dispneia desproporcional com exame pobre ou dor torácica

pleurítica, e tosse subaguda ou crônica com perda ponderal e sintomas sistêmicos, cenário em que tuberculose entra com prioridade diagnóstica (**Figura 15.1**) (BRASIL, 2024; NICE, 2019; NICE, 2025).

Figura 15.1 Fluxo prático para APS: triagem → síndrome → conduta → retorno



Síndromes respiratórias prevalentes e manejo avançado na APS

Nesta seção, o foco é padronizar decisões de maior impacto e evitar armadilhas comuns: antibiótico rotineiro em tosse aguda, atraso terapêutico em pneumonia provável, subtratamento de asma por ausência de corticoide inalatório, e negligência de tuberculose em tosse subaguda/crônica.

Tosse aguda e bronquite: racionalidade antimicrobiana e segurança

A maior parte das tosse agudas na APS está associada a infecção viral de vias aéreas superiores ou bronquite aguda. Diretrizes NICE recomendam **não oferecer antibiótico** em tosse aguda de vias aéreas superiores em pessoas que não estejam sistemicamente muito doentes ou com alto risco de complicações, e desencorajam o uso de broncodilatador e corticoide inalatório em pessoas sem doença de via aérea subjacente (NICE, 2019). Em nível avançado, isso exige diferenciar “bronquite” de pneumonia e de exacerbação de asma/DPOC, e documentar motivos para não prescrever antibiótico, reforçando plano de retorno se houver piora.

Um recurso prático é orientar sinais de alerta e estabelecer reavaliação em casos com evolução atípica, idade avançada, imunossupressão, comorbidades graves ou deterioração funcional. A diretriz NICE inclui recomendação explícita para encaminhar ou buscar avaliação especializada se houver sinais de condição

mais grave, como sepse, tromboembolismo pulmonar ou câncer de pulmão, no contexto de tosse aguda com achados preocupantes (NICE, 2019).

Pneumonia adquirida na comunidade: reconhecimento, gravidade e início oportuno de antibiótico

A pneumonia é um ponto de inflexão na APS porque erro de gravidade gera atraso terapêutico e internações evitáveis. NICE NG250 orienta diagnóstico e manejo de pneumonia em crianças e adultos e reforça iniciar antibiótico o mais rápido possível após estabelecer o diagnóstico, além de estratificar gravidade e considerar comorbidades e risco de complicações (NICE, 2025). Diretrizes ATS/IDSA 2019 abordam avaliação de local de cuidado, critérios de gravidade e escolhas de tratamento em adultos, com orientação a usar instrumentos validados e julgamento clínico para decisão de internação e UTI (METLAY *et al.*, 2019).

A gravidade pode ser estimada por sistemas como CRB-65/CURB-65. NICE NG250 descreve CURB-65 para avaliação de risco de mortalidade e integra a avaliação de gravidade com sinais clínicos, incluindo frequência respiratória e oximetria, destacando saturação <90% em ar ambiente como marcador de maior gravidade e necessidade de avaliação mais intensiva (NICE, 2025). Na APS, uma prática avançada é não depender apenas do escore, mas integrar: saturação, esforço respiratório, estado mental,

capacidade de hidratação e estabilidade hemodinâmica.

Para a tomada de decisão, a APS precisa ter regras claras: pneumonia provável com instabilidade, hipoxemia ou deterioração rápida deve ser encaminhada; pneumonia leve em paciente estável pode ser manejada ambulatorialmente com antibiótico conforme protocolo local, com retorno curto e plano de alarme. NICE NG250 reforça também o papel de considerar comorbidades, imunossupressão e risco de complicações na definição do plano e da necessidade de exames adicionais (NICE, 2025).

Asma na APS: controle, técnica inalatória e manejo de exacerbações

Asma é condição em que a APS impacta diretamente desfechos por prevenção de exacerbações. O guia-resumo GINA 2025 reforça que a maior parte dos pacientes deve receber tratamento contendo corticoide inalatório e descreve estratégias de alívio e manutenção com ICS-formoterol, incluindo uso sob demanda em passos iniciais e regime MART em passos intermediários, além de destacar que ICS-formoterol não deve ser usado como resgate em pacientes em ICS-LABA com LABA não formoterol (GINA, 2025).

Na APS, o que diferencia um cuidado avançado é: checar aderência real, técnica inalatória, exposição a gatilhos e comorbidades, antes de rotular “asma grave”. O guia GINA descreve encaminhamento para avaliação especializada e fenotipagem em passos avançados e reforça que corticoide sistêmico de manutenção deve ser último recurso, pela carga de efeitos adversos (GINA, 2025).

No manejo de exacerbações, a APS deve padronizar reconhecimento precoce, intensificação de broncodilatadores de resgate, avaliação de resposta e decisão de encaminhamento conforme gravidade. GINA 2025 enfatiza que

exacerbações graves exigem cuidado urgente e podem evoluir para morte, sustentando a necessidade de plano de ação escrito e monitoramento após cada evento (GINA, 2025).

DPOC e exacerbações na APS: decisão segura e prevenção de recaídas

Em DPOC, o núcleo da APS é reconhecer exacerbações, excluir pneumonia e insuficiência cardíaca, tratar broncoespasmo e inflamação, avaliar necessidade de antibiótico, e organizar prevenção secundária com cessação tabágica, vacinação, reabilitação e terapia inalatória adequada. As atualizações do GOLD 2025 reforçam a centralidade de avaliação estruturada e tratamento baseado em evidência, com foco em reduzir exacerbações e melhorar qualidade de vida (GOLD, 2025; VENKATESAN, 2025; HALPIN *et al.*, 2025).

Uma regra prática avançada na APS é evitar tratar “exacerbação de DPOC” como diagnóstico automático em todo paciente tabagista com tosse: a presença de febre alta, crepitações focais, dor pleurítica e hipoxemia sugere pneumonia e muda conduta. Quando o quadro é compatível com exacerbação, a APS deve usar critérios clínicos para antibioticoterapia conforme gravidade e sinais de infecção bacteriana e definir retorno curto para confirmar resposta, reduzindo risco de falha terapêutica.

Tuberculose como diagnóstico prioritário em tosse subaguda/crônica

No Brasil, tuberculose deve estar sempre no radar clínico da APS diante de tosse persistente, perda de peso, sudorese noturna, febre vespertina, hemoptise ou contato com caso índice, especialmente em populações vulneráveis. O manual nacional atualizado em 2024 padroniza diretrizes e organização do cuidado, incluindo procedimentos clínicos e laboratoriais e a importância de identificar precocemente e interromper transmissão (BRASIL, 2024).

Uma prática avançada é estabelecer um protocolo local: tosse por tempo definido ou sintomas sistêmicos persistentes acionam investigação com coleta adequada, radiografia quando indicada e busca ativa de contatos quando confirmado. A APS deve também integrar a investigação de TB com avaliação de outras causas de tosse crônica, como asma, DPOC, refluxo e uso de IECA, mas sem diluir o tempo diagnóstico quando o quadro é sugestivo ou quando há risco de transmissão.

Implementação, seguimento e critérios de encaminhamento

O valor clínico da APS em queixas respiratórias é maximizado quando cada consulta termina com: hipótese sindrômica clara, critérios objetivos de retorno, e registro que permita continuidade. Isso reduz a principal falha sistêmica em quadros respiratórios: deterioração sem reavaliação em tempo adequado (**Quadro 15.2**).

Quadro 15.2 Regras de retorno e segurança na APS

• Retorno imediato se surgirem sinais do Quadro 15.1.
• Retorno em 24-72 horas quando: há dispneia persistente, febre alta, piora progressiva, suspeita de pneumonia em manejo ambulatorial, ou resposta incompleta após ajuste terapêutico.
• Retorno programado em 2–6 semanas para: revisão de técnica inalatória, plano de ação de asma, prevenção de recaída após exacerbação de DPOC, e avaliação de tosse persistente.
• Toda prescrição de antibiótico deve ter diagnóstico provável registrado e critério de reavaliação.

Critérios práticos de encaminhamento e cogestão

Encaminhamento deve ser decidido por gravidade, complexidade e risco de complicações: pneumonias com hipoxemia ou instabilidade, exacerbações graves de asma, suspeita de

tromboembolismo pulmonar, hemoptise significativa, suspeita de TB com repercussão clínica ou necessidade de investigação ampliada, suspeita de neoplasia ou sintomas persistentes sem explicação após manejo inicial. Diretrizes NICE para tosse aguda e pneumonia reforçam encaminhamento quando há sinais de doença mais grave e necessidade de investigação adicional (NICE, 2019; NICE, 2025).

Indicadores de qualidade na APS para queixas respiratórias

Para serviços e especialistas, vale monitorar: proporção de pacientes com tosse aguda que recebem antibiótico, taxa de reavaliação em 48–72h em pneumonias ambulatoriais, proporção de asmáticos com tratamento contendo corticoide inalatório e plano de ação escrito, e proporção de suspeitas de TB com investigação iniciada conforme protocolo. Esses indicadores traduzem desfechos importantes: menos resistência bacteriana, menos internações e menos atraso diagnóstico.

A abordagem avançada de queixas respiratórias na APS depende de método: triagem de gravidade com parâmetros objetivos, classificação sindrômica pragmática, condutas baseadas em evidências para quadros prevalentes e plano de seguimento. Diretrizes recentes sustentam reduzir antibióticos em tosse aguda quando não há gravidade, iniciar antibiótico prontamente em pneumonia após diagnóstico com estratificação de risco, tratar asma com terapias contendo corticoide inalatório e estratégias modernas de manutenção e alívio, manejar exacerbações de DPOC com foco em redução de recaídas, e manter tuberculose como diagnóstico prioritário em tosse persistente no contexto brasileiro (GINA, 2025; NICE, 2019; NICE, 2025; METLAY *et al.*, 2019; BRASIL, 2024).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil – 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2026.

GINA. Global Initiative for Asthma. Summary Guide for Asthma Management and Prevention: for adults, adolescents and children 6–11 years. Updated 2025. Disponível em: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-Summary-Guide-2025-WEB_FINAL-WMS.pdf. Acesso em: 24 mar. 2026.

GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2025 GOLD Report: Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. 2025. Disponível em: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>. Acesso em: 24 mar. 2026.

HALPIN, D.M.G. *et al.* What's new in the 2025 GOLD report. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/PXfRCwQXBzkFJcNWvRRZhvP/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 mar. 2026.

METLAY, J.P. *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia: An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 200, p. e45–e67, 2019.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Cough (acute): antimicrobial prescribing (NG120). London, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120>. Acesso em: 24 mar. 2026.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Pneumonia: diagnosis and management (NG250). London, 2025. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng250>. Acesso em: 24 mar. 2026.

VENKATESAN, P. GOLD COPD report: 2025 update. *Lancet Respiratory Medicine*, v. 13, n. 1, p. e7–e8, 2025.

CAPÍTULO 16

DOR LOMBAR E QUEIXAS MUSCULOESQUELÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRIAGEM DE GRAVIDADE, DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E MANEJO FUNCIONAL BASEADO EM EVIDÊNCIAS

FERNANDO VICTOR ELISEU MACEDO¹
LEONARDO SEIJI KATAYAMA ITAYA²
LUIZA ROCHA PINTO COELHO³

¹Discente - Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

²Discente - Universidade de Taubaté, Taubaté, São Paulo, Brasil.

³Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Dor Lombar; Dor Musculoesquelética; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

Dor lombar e queixas musculoesqueléticas estão entre as principais causas de procura por atendimento na atenção primária à saúde (APS) e, ao mesmo tempo, entre os cenários em que a qualidade do método clínico mais altera desfechos: afastamentos prolongados, cronificação, uso excessivo de exames de imagem, prescrição de medicamentos de baixo benefício e alto risco e encaminhamentos tardios para condições graves. A maior parte das lombalgias atendidas na APS é inespecífica, flutuante e recidivante, e o desafio clínico real não é “nomear uma lesão”, e sim identificar rapidamente o pequeno grupo com condições potencialmente graves, estratificar risco de cronificação e construir um plano funcional que favoreça retorno progressivo às atividades (NICE, 2016; WHO, 2023).

A lombalgia crônica primária, anteriormente referida como lombalgia inespecífica, é definida como dor lombar persistente por mais de 3 meses sem causa subjacente específica como neoplasia, infecção, fratura, doença inflamatória ou compressão neurológica progressiva. A OMS destaca que esse fenótipo responde pela grande maioria das apresentações de dor lombar crônica na atenção primária, exigindo abordagem biopsicossocial e pacote multimodal, em vez de intervenções isoladas (WHO, 2023). Essa lógica se estende às demais queixas musculoesqueléticas: joelho doloroso por osteoartrose, ombro doloroso por síndrome do manguito rotador, cervicalgia mecânica, tendinopatias e entorses. Em todas elas, a APS precisa operar com o mesmo “núcleo duro” de qualidade: reconhecer sinais de gravidade, avaliar funcionalidade, orientar autocuidado e atividade graduada, usar farmacoterapia como ponte para reabilitação e definir reavaliação e critérios de encaminhamento (NICE, 2016; NICE, 2022).

O problema central é que a prática cotidiana ainda confunde “investigar” com “solicitar imagem” e “tratar” com “prescrever analgésicos”. Diretrizes recomendam restringir imagem para situações em que o resultado mudará a conduta e enfatizam intervenções não farmacológicas e retorno à atividade como pilares do cuidado, tanto para lombalgia quanto para outras dores musculoesqueléticas (NICE, 2016; QASEEM *et al.*, 2017; WHO, 2023). Além disso, recomendações atuais desestimulam intervenções e fármacos de baixo valor e potencial de dano, como cintas/lombares de rotina, tração, TENS, opioides e anticonvulsivantes para lombalgia crônica primária, e gabapentinoides, benzodiazepínicos e corticoide oral para ciática, por baixa efetividade e risco de eventos adversos e dependência (NICE, 2016; WHO, 2023).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reproduzível para dor lombar e queixas musculoesqueléticas na APS, integrando triagem de gravidade e sinais de alerta, diagnóstico sindrômico orientado por função, estratificação de risco de cronificação, manejo multimodal com reabilitação prescritiva e farmacoterapia segura, além de critérios de reavaliação, encaminhamento e organização do cuidado longitudinal.

Triagem de gravidade e diagnóstico sindrômico na APS

A etapa de maior impacto clínico é separar rapidamente: (1) dor musculoesquelética comum, (2) dor com comprometimento neurológico relevante, (3) dor com sinais de doença sistêmica ou estrutural grave. Em lombalgia, diretrizes enfatizam que a imagem não deve ser rotina e que o núcleo do cuidado é identificar sinais de alerta e, na ausência deles, conduzir com manejo conservador e reavaliação planejada (NICE, 2016). Em outras dores musculoesqueléticas, o mesmo princípio se aplica: a clínica

direciona, e a imagem é reservada para mudança de conduta, suspeita de fratura/infecção/neoplasia, ou falha terapêutica com necessidade de planejamento especializado (NICE, 2022).

Sinais de alerta e situações que exigem avaliação urgente ou encaminhamento

A presença de sinais do **Quadro 16.1** desloca a lógica do cuidado: prioriza estabilização, inves-

tigação dirigida e encaminhamento conforme gravidade e recursos locais. A ausência de sinais de alerta permite uma abordagem funcional com forte componente de autocuidado e exercício, reduzindo medicalização e exames de baixo valor (NICE, 2016; QASEEM *et al.*, 2017).

Quadro 16.1 Sinais de alerta em dor lombar e queixas musculoesqueléticas

• Déficit neurológico progressivo, anestesia em sela, disfunção esfinteriana, retenção urinária, fraqueza importante de membros inferiores, suspeita de síndrome da cauda equina.
• Febre persistente, calafrios, imunossupressão, uso de drogas injetáveis, dor noturna desproporcional, sinais de infecção sistêmica.
• História de neoplasia, perda ponderal inexplicada, dor noturna progressiva, dor refratária com deterioração sistêmica.
• Trauma relevante, osteoporose importante, uso prolongado de corticoide sistêmico, dor aguda com incapacidade e suspeita de fratura.
• Dor torácica/abdominal associada, pulsos assimétricos, sinais de emergência não musculoesquelética.
• Monoartrite aguda com sinais inflamatórios importantes e febre, suspeita de artrite séptica.
• Dor inflamatória com rigidez matinal prolongada, melhora com exercício e piora com repouso, dor noturna de segunda metade da noite e alternância glútea, sugerindo espondiloartrite e necessidade de avaliação dirigida.

Fonte: NICE, 2016; BRASIL, 2013; BRASIL, [s.d.].

Classificação sindrômica prática: o que muda conduta na lombalgia

A consolidação do diagnóstico sindrômico não exige “descobrir a lesão exata” na APS;

exige descrever o padrão, mensurar função e programar reavaliação. Isso reduz inércia terapêutica e evita cronificação por repouso e medo-evitação (**Tabela 16.1**): (WHO, 2023; QASEEM *et al.*, 2017).

Tabela 16.1 Lombalgia: categorias sindrômicas e implicações

Síndrome	Achados típicos	Conduta na APS	Quando acelerar investigação
Lombalgia inespecífica mecânica	dor lombar sem sinais neurológicos relevantes, piora com carga, melhora parcial com movimento	educação + retorno à atividade + exercício graduado + analgesia de ponte	sinais do Quadro 16.1 , dor desproporcional progressiva
Lombociatalgia/radiculopatia	dor irradiada em trajeto, parestesias, dor neuropática, sinais radiculares	manejo conservador, avaliação neurológica seriada, foco em função	déficit progressivo, sinais de cauda equina, falha com limitação severa
Dor inflamatória axial	rigidez matinal prolongada, melhora com exercício, piora com repouso, dor noturna	rastreio dirigido e encaminhamento conforme suspeita	marcadores inflamatórios, sinais sistêmicos, uveíte/psoríase/enteropatia
Causa secundária grave	febre, perda de peso, trauma, neoplasia, infecção	estabilizar, investigar e encaminhar	sempre, conforme gravidade e protocolo local

Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023.

Exames complementares e imagem: quando realmente mudam conduta

Diretrizes recomendam considerar imagem apenas em ambientes especializados ou quando o resultado provavelmente mudará o manejo, e desencorajam imagem de rotina em lombalgia inespecífica (NICE, 2016). Na APS, a imagem deve responder a uma pergunta clínica clara. Achados degenerativos são frequentes em indivíduos assintomáticos e podem aumentar catastrofização e incapacidade por reforçar crenças de “coluna estragada”, sem ganho terapêutico relevante (NICE, 2016). O mesmo raciocínio se aplica à osteoartrose: não usar imagem rotineiramente para guiar manejo não cirúrgico e evitar acompanhamento por imagem como marcador de resposta (NICE, 2022).

Manejo avançado na APS: educação, reabilitação prescritiva e farmacoterapia segura

O cuidado contemporâneo para lombalgia e queixas musculoesqueléticas é organizado em pacote multimodal e progressivo. A OMS enfatiza que pessoas com lombalgia crônica primária geralmente se beneficiam de combinação de intervenções físicas, educacionais e psicológicas, iniciando pelas menos invasivas e potencialmente menos danosas (WHO, 2023). O ACP recomenda, para lombalgia aguda/subaguda, priorizar intervenções não farmacológicas como calor superficial, massagem, acupuntura ou manipulação espinal; e, quando medicar, preferir anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou relaxantes musculares de curta duração, sempre com cautela e seleção por risco (QASEEM *et al.*, 2017). Para lombalgia crônica, o ACP também prioriza intervenções não farmacológicas e orienta considerar farmacoterapia quando necessário, com avaliação de

risco/benefício e evitando escalada iatrogênica (QASEEM *et al.*, 2017).

“Mensagens-chave” terapêuticas que reduzem cronificação

Educação terapêutica não é “orientação genérica”; ela é intervenção de alto impacto quando reduz medo, evita repouso prolongado e promove retorno gradual à atividade (**Quadro 16.2**) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; NICE, 2016).

Quadro 16.2 Educação terapêutica estruturada

• Explicar que dor lombar inespecífica é comum, tende a oscilar e raramente representa lesão grave na ausência de sinais de alerta.
• Encorajar continuidade de atividades e retorno gradual ao trabalho, evitando repouso prolongado.
• Definir expectativas realistas: melhora é frequentemente progressiva, com “altos e baixos”.
• Orientar manejo de “piora transitória”: reduzir carga por curto período, manter movimento, retomar progressão planejada.
• Tratar linguagem: evitar termos que aumentem ameaça estrutural sem base clínica consistente.
• Pactuar meta funcional mensurável para 2–6 semanas.

Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023.

Reabilitação prescritiva em 4–8 semanas: modelo aplicável na APS

A OMS recomenda educação estruturada, programas de exercício, terapias psicológicas como terapia cognitivo-comportamental e cuidado biopsicossocial multicomponente como intervenções que podem ser oferecidas em lombalgia crônica primária, e desaconselha rotineiramente tração, ultrassom terapêutico, TENS, cintas/lombares e opioides, entre outros, por baixa efetividade e potencial de dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). Diretrizes NICE também desaconselham cintos e corsets em lombalgia, e reforçam programas de exercício e manejo ativo (**Tabela 16.2**) (NICE, 2016).

Tabela 16.2 Plano reabilitador graduado

Semana	Meta funcional	Intervenção principal	Critério de progressão
1–2	reduzir medo-evitação e retomar rotina básica	caminhar diário + mobilidade leve + educação	manter atividade apesar de dor tolerável
2–4	aumentar tolerância à carga	exercícios de fortalecimento progressivo e estabilidade + higiene do sono	aumento de volume sem piora sustentada
4–8	consolidar retorno ao trabalho/AVDs	fortalecimento + condicionamento + estratégias de autocuidado	metas funcionais atingidas e autonomia

Fonte: WHO, 2023; NICE, 2016; NICE, 2022.

Farmacoterapia: “ponte para função”, com prevenção de iatrogenia

A farmacoterapia deve ser usada para permitir movimento e reabilitação, por tempo limitado e com reavaliação programada. Para lombalgia aguda/subaguda, o ACP sugere AINEs como primeira escolha farmacológica quando necessário, e relaxantes musculares em curto prazo em cenários selecionados (QASEEM *et al.*, 2017). Em idosos, pessoas com doença renal, risco gastrointestinal ou cardiovascular, o benefício do AINE pode ser superado pelo risco, exigindo seleção criteriosa, menor dose pelo menor tempo e vigilância clínica. A diretriz NICE de osteoartrose reforça que medicamentos devem ser usados como parte de um plano mais amplo e que intervenções centrais incluem educação, exercício e, quando aplicável, controle de peso (NICE, 2022).

Em ciática, o NICE recomenda contra uso de gabapentinóides, outros antiepilépticos, benzodiazepínicos e corticoide oral, por ausência de benefício clínico relevante e risco de eventos adversos e dependência, além de desencorajar opioides de longo prazo para ciática (NICE, 2016). Em lombalgia crônica primária, a OMS também recomenda que opioides não sejam usados como parte do cuidado rotineiro, e lista anticonvulsivantes, relaxantes musculares e glicocorticóides como intervenções a não serem

usadas rotineiramente (WHO, 2023). Essas recomendações estruturam a prática segura na APS: não “escalar remédios” quando a principal intervenção é reabilitação.

Segurança farmacológica: *checklist* mínimo antes de prescrever e antes de renovar (**Quadro 16.3**):

Quadro 16.3 Checklist de segurança

• Objetivo funcional explícito e prazo de reavaliação definido.
• Revisar comorbidades e riscos: DRC, gastrite/hemorragia, risco cardiovascular, idade avançada, uso de anticoagulantes, queda.
• Evitar combinações sedativas e evitar cronificação do uso.
• Definir estratégia de descontinuação e orientar sinais de alarme.
• Reavaliar sempre: função, retorno à atividade, efeitos adversos e aderência ao plano de exercício.

Fonte: Qaseem *et al.*, 2017; NICE, 2016; WHO, 2023; Brasil, 2024.

No contexto brasileiro, protocolos e linhas de cuidado reforçam a APS como coordenadora do fluxo e salientam a necessidade de reconhecer causas graves e conduzir manejo conservador com reavaliação e prevenção de cronificação (BRASIL, 2013; BRASIL, s.d.). O PCDT de Dor Crônica no SUS organiza princípios gerais de cuidado, reforçando plano multimodal, reavaliação periódica e foco em funcionalidade (BRASIL, 2024).

Além da lombalgia: princípios aplicáveis às principais queixas musculoesqueléticas

Para manter a prática avançada com poucos eixos, uma estratégia robusta é aplicar a mesma matriz clínica a qualquer dor musculoesquelética:

1. identificar sinais de alerta e risco imediato
2. definir síndrome provável e funcionalidade
3. iniciar plano reabilitador + analgesia de ponte quando necessário
4. programar reavaliação curta e escalonar conforme resposta

Essa matriz reduz a fragmentação e aumenta coerência de cuidado.

Joelho doloroso e osteoartrose: foco em função e carga, não em imagem

A osteoartrose é diagnóstico clínico na maioria dos casos e a diretriz NICE recomenda não usar imagem rotineiramente para guiar manejo não cirúrgico, reforçando educação, exercício e, quando aplicável, perda de peso como núcleo do tratamento (NICE, 2022). A APS deve medir impacto funcional, orientar atividade física e prescrever fortalecimento progressivo. Medicamentos entram como suporte para permitir o plano ativo, com atenção a riscos de AINEs e polifarmácia, especialmente em idosos.

Ombro doloroso: síndrome do manguito rotador e capsulite como “diagnósticos funcionais”

Na APS, o manejo seguro do ombro doloroso depende menos de “achar a lesão no ultrassom” e mais de diferenciar padrões clínicos: dor com arco doloroso e fraqueza por dor sugere síndrome do manguito; rigidez importante com limitação global ativa e passiva sugere capsulite

adesiva. A conduta avançada é orientar mobilidade e fortalecimento progressivo, evitar repouso prolongado, usar analgesia de ponte quando necessário e reavaliar em 2–6 semanas, acelerando encaminhamento quando há perda de força verdadeira, trauma com suspeita de ruptura completa ou falha persistente com limitação funcional importante.

Dor cervical e cervicobraquialgia: reconhecer risco neurológico, evitar excessos e manter plano ativo

Cervicalgia mecânica e cervicobraquialgia sem déficit progressivo devem ser manejadas com educação, manutenção de atividade e reabilitação progressiva. Em sintomas radiculares, a lógica é semelhante à ciática: observar evolução, avaliar força e reflexos seriados e acelerar encaminhamento em déficit progressivo. Evitar sedativos e combinações de alto risco sem benefício funcional é parte da prática avançada e coerente com diretrizes de dor lombar/ciática e dor crônica (NICE, 2016; BRASIL, 2024).

Reavaliação, critérios de encaminhamento e organização do cuidado

A qualidade do cuidado musculoesquelético na APS é medida pela capacidade de produzir melhora funcional com segurança e reduzir cronificação. Isso exige reavaliação programada e critérios explícitos para escalonar cuidado.

Reavaliação e escalonamento: quando retornar e quando encaminhar (**Tabela 16.3**):

Dor lombar e queixas musculoesqueléticas na APS exigem abordagem avançada centrada em segurança e funcionalidade. Diretrizes convergem para um método reproduzível: triagem ativa de sinais de alerta, diagnóstico sindrômico pragmático, restrição de imagem a cenários em que muda conduta, e manejo multimodal com educação, retorno à atividade e reabilitação

prescritiva como pilares. A farmacoterapia deve ser ponte para função, com vigilância para iatrogenias e dependência, e com desestímulo a intervenções e fármacos de baixo valor e alto risco em ciática e lombalgia crônica primária. A implementação consistente desse método na APS reduz cronificação, exames desnecessá-

rios, afastamentos prolongados e desfechos adversos, fortalecendo a APS como ordenadora do cuidado na rede (NICE, 2016; QASEEM *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; BRASIL, 2013; BRASIL, 2024).

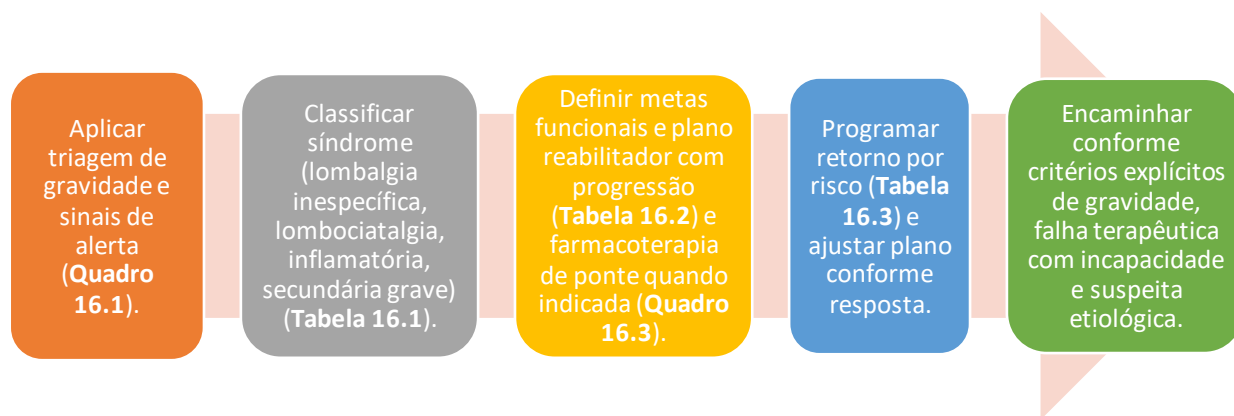
Fluxo reprodutível para lombalgia e queixas musculoesqueléticas na APS (**Figura 16.1**):

Tabela 16.3 Seguimento e escalonamento

Situação	Retorno	Conduta no retorno	Encaminhar quando
Dor lombar aguda sem <i>red flags</i>	2–4 semanas	revisar função, adesão ao plano, ajustar carga	piora, nova <i>red flag</i> , incapacidade persistente
Lombociatalgia sem déficit progressivo	1–3 semanas	reavaliar neuro, função e dor; manter plano ativo	déficit progressivo, suspeita de cauda equina
Dor crônica com alto impacto funcional	2–6 semanas	plano multicomponente; revisar iatrogenia	falha persistente com incapacidade relevante
Suspeita de doença inflamatória	curto	investigação dirigida	critérios clínicos persistentes e repercussão
Monoartrite aguda febril	imediato	estabilizar e encaminhar	suspeita de artrite séptica

Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023; Brasil, 2013; Brasil, 2024.

Figura 16.1 Fluxo assistencial



Fonte: NICE, 2016; WHO, 2023; Brasil, 2013; Brasil, [s.d.].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume II. Cadernos de Atenção Básica, n. 28. 1. ed.; 1. reimp. Brasília DF.: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dor lombar: portal Linhas de Cuidado. Brasília DF., s.d. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-lombar/>. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília DF., 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2026.

NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016. Last updated: 11 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>. Acesso em: 26 mar. 2026.

NICE. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management (NG226). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226>. Acesso em: 26 mar. 2026.

QASEEM, A. *et al.* Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, v. 166, n. 7, p. 514-530, 2017.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>. Acesso em: 26 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/ageing/lbp/summary_who_guideline_lower-back-pain_brochure_v7.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.

ÍNDICE REMISSIVO

Abordagem Biopsicossocial	107	Nefroproteção	115
Albuminúria.....	115	Obesidade	1
Atenção Primária	28, 57	Olho Vermelho	57
Avaliação Multidimensional	99	Pequenas Cirurgias.....	39
Avaliação Pré-Operatória.....	49	Planejamento Reprodutivo	10
Cuidado Longitudinal	123	Plano de Cuidado	99
Curativos.....	39	Proteção Cardiorrenal	123
Desenvolvimento Infantil.....	18	Puericultura.....	18
Diabetes Mellitus Tipo 2	123	Queixas Respiratórias	131
Dislipidemia.....	72	Rastreamento.....	10
Doença Renal Crônica	115	Rastreio.....	89
Dor Crônica.....	107	Reabilitação	107, 138
Dor Lombar	138	Rede de Atenção Psicossocial.....	28
Dor Musculoesquelética	138	Risco Cardiometabólico.....	1
Estratificação de Gravidade	131	Saúde da Mulher	10
Estratificação de Risco.....	49	Saúde Mental.....	28
Estratificação de Risco Cardiovascular .	72	Saúde Mental Perinatal.....	89
Fragilidade.....	99	Segurança Perioperatória	49
Hipertensão Arterial	80	Síndrome Metabólica	1
Manejo de Feridas	39	Terapia Hipolipemiante.....	72
Manejo na Atenção Primária.....	131	Tratamento Anti-Hipertensivo.....	80
Manejo Seguro	89	Triagem de Urgência	57
Monitorização da Pressão Arterial.....	80	Triagem do Desenvolvimento	18