Saúde da Família

Edição I

Organizadores
Guilherme Barroso L. De Freitas
Ariádine Reder Custodio de Souza
Egidia Maria Moura de Paulo Martins Vieira
Luíza Rocha
Roberta da Silva

EDITORA PASTEUR

PESQUISA E AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Edição XII

Organizadores
Guilherme Barroso L. De Freitas
Ariádine Reder Custodio de Souza
Egidia Maria Moura de Paulo Martins Vieira
Luíza Rocha
Roberta da Silva

EDITORA PASTEUR

2023

2023 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur

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
MSc. Guilherme Augusto G. Martins
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)
Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
(Universidade Federal do Piauí - PI)
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)
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales
MSc. Raul Sousa Andreza
MSc. Renan Monteiro do Nascimento
MSc. Suelen Aline de Lima Barros
Professora UNIFSA (Centro Universitário Santo Agostinho)
Dra. Teresa Leal

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

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
SAÚDE DA FAMÍLIA. Guilherme Barroso Langoni de Freitas - Irati: Pasteur, 2023.
1 livro digital; 116 p.; ed. I; il.

Modo de acesso: Internet
ISBN 978-65-6029-041-9
https://doi.org/10.59290/978-65-6029-041-9
1. Medicina 2. Saúde da Família 3. Saúde Pública
I. Título.

CDD 610
CDU 61

Prefácio

Ao abrirmos as páginas deste livro, adentramos a um universo onde o indivíduo não é apenas uma entidade isolada, mas parte de uma teia complexa e intrincada de relações – a saúde, a família e a comunidade. A saúde, muitas vezes entendida meramente como a ausência de doença, é aqui reinterpretada sob uma lente mais ampla.

"Saúde da Família e Comunidade" não é apenas uma coletânea de conhecimentos médicos, mas uma abordagem sobre a saúde em geral da população inserida na comunidade. Reconhece-se a importância da prevenção, da promoção da saúde e da reabilitação, e como estas ações estão intrinsicamente ligadas à realidade de cada família e de cada comunidade.

Este livro, portanto, não é apenas um guia, mas um convite à reflexão e à ação, impulsionando-nos a construir, juntos, comunidades mais saudáveis e resilientes

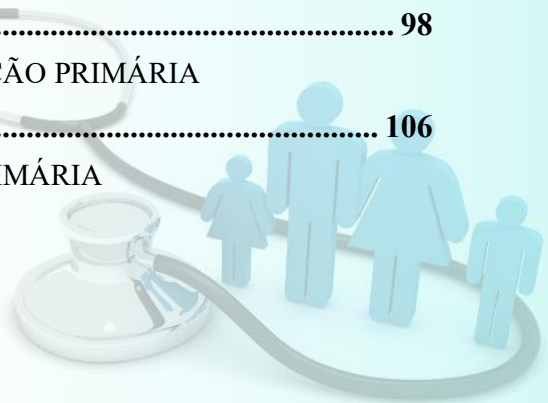
Luíza Rocha

Saúde da Família

Edição I

Sumário

Capítulo 01 ..... **1**
SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 02 ..... **10**
DOENÇAS GASTROINTESTINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 03 ..... **20**
DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 04 ..... **31**
SAÚDE MENTAL
Capítulo 05 ..... **40**
SAÚDE DA MULHER
Capítulo 06 ..... **48**
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 07 ..... **56**
INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 08 ..... **63**
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: ASMA E DPOC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 09 ..... **76**
DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 10 ..... **89**
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 11 ..... **98**
PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Capítulo 12 ..... **106**
COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Saúde da Família
Edição I

Capítulo 01

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

LUIZA ROCHA PINTO COELHO[1]
LIVIA LIRA AMORIM[2]
JULIANA GEOFFROY NETTO AMARAL[3]
ALICE LIMA DIAS DUARTE[4]

1. *Médica pela FAMINAS -BH*
2. *Acadêmica de Medicina pela UNIFTC*
3. *Médica pela Universidade de Itaúna*
4. *Médica pela UNIFENAS-BH*

Palavras Chave: *Homem; Prevenção; Atenção básica.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.1

INTRODUÇÃO

A saúde do homem, em termos médicos, refere-se ao conjunto de particularidades, condições e doenças que afetam exclusiva ou predominantemente a população masculina, abrangendo desde distúrbios fisiológicos específicos até condições socioemocionais. Esta abordagem integrada compreende tanto aspectos biológicos, como a saúde prostática e endócrina, quanto questões psicossociais, tais como as pressões socioculturais associadas ao gênero masculino e as consequentes repercussões na saúde mental.

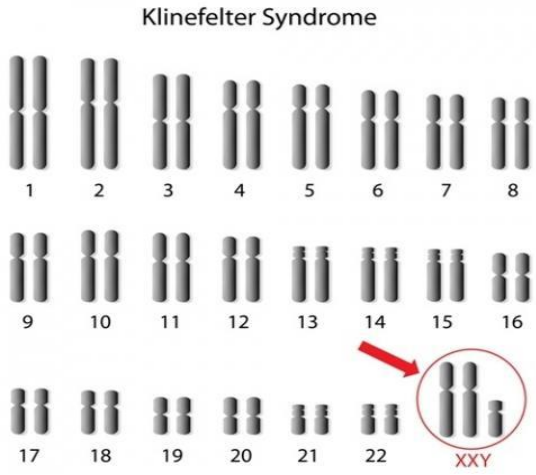
A atenção à saúde masculina é de vital importância, pois, historicamente, homens tendem a procurar serviços de saúde com menor frequência em comparação às mulheres, especialmente para check-ups preventivos ou consultas de rotina. Esta resistência pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo estigmas culturais, percepção de invulnerabilidade e falta de programas de saúde direcionados aos homens. Como resultado, doenças que poderiam ser diagnosticadas em estágios iniciais, quando as chances de tratamento bem-sucedido são mais elevadas, muitas vezes são identificadas em fases mais avançadas.

Além disso, as diferenças entre a saúde masculina e feminina vão além das distinções anatômicas e fisiológicas. Enquanto ambos os gêneros compartilham muitas das mesmas condições e doenças, a prevalência, manifestação clínica e até mesmo a resposta ao tratamento podem variar significativamente entre os sexos. Por exemplo, certas condições cardíacas podem se manifestar diferentemente em homens e mulheres, e fatores hormonais podem influenciar a susceptibilidade a algumas doenças em um gênero mais do que no outro. Portanto, é essencial que a medicina reconheça e compreenda estas nuances para oferecer uma assistência personalizada e eficaz (MOREIRA *et al.*, 2012). O objetivo do trabalho é abordar a saúde do homem na atenção primária, evidenciando os pontos mais significativos.

FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS DO HOMEM

Os fatores de risco genéticos que afetam especificamente a saúde masculina são numerosos e abrangentes. Aberrações cromossômicas, como o cariótipo 47, XXY, também conhecido como Síndrome de Klinefelter (**Figura 1.1**), podem resultar em hipogonadismo, infertilidade e aumento do risco de doenças autoimunes. Além disso, mutações em genes específicos podem predispor os homens a determinadas condições, como o câncer de próstata, com mutações no gene BRCA2 representando um risco significativamente elevado. Entender estas predisposições genéticas permite uma monitorização mais rigorosa e estratégias de prevenção personalizadas para aqueles com histórico familiar de tais condições.

Figura 1.1 Demonstração genética da síndrome de Klinefelter.



Fonte: BRASIL, 2021

Em relação aos fatores ambientais, a exposição a certos agentes químicos e físicos pode influenciar adversamente a saúde masculina. Por exemplo, a exposição ocupacional a pestici-

das, solventes e metais pesados tem sido associada a um declínio na qualidade do esperma e à infertilidade. Além disso, a exposição a certos disruptores endócrinos presentes no ambiente podem interferir na função hormonal masculina, potencialmente resultando em anormalidades reprodutivas e metabólicas. Estes fatores de risco ressaltam a necessidade de regulamentações ambientais rigorosas e práticas de trabalho seguras (ALCÂNTARA *et al.*, 2015).

Os fatores de risco comportamentais, por sua vez, têm um impacto significativo na saúde dos homens. O consumo excessivo de álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas são comportamentos que podem aumentar a suscetibilidade a diversas doenças, incluindo doenças hepáticas, pulmonares e cardiovasculares. Além disso, a falta de atividade física regular e uma dieta pobre são comportamentos que contribuem para a obesidade, diabetes tipo 2 e hipertensão - condições crônicas que têm uma prevalência preocupante na população masculina.

Por último, mas certamente não menos importante, o comportamento de evitação, onde os homens podem relutar em procurar cuidados médicos preventivos ou adiar o tratamento de sintomas iniciais, é uma característica preocupante em muitas culturas. Esta tendência, influenciada por normas sociais e percepções de masculinidade, pode levar ao diagnóstico tardio de doenças potencialmente tratáveis e, consequentemente, a desfechos de saúde menos favoráveis. Assim, abordar esses comportamentos específicos é crucial para melhorar a saúde geral do homem (SILVA *et al.*, 2016).

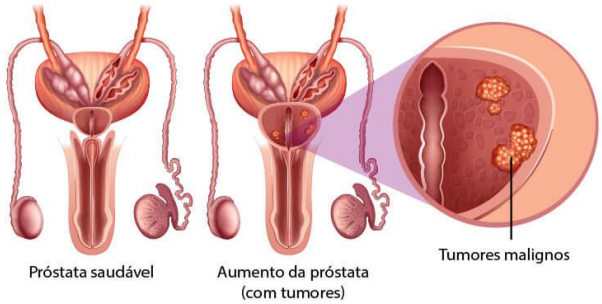
DOENÇAS MAIS PREVALENTES EM HOMENS

Câncer de próstata na atenção primária

- **Fisiopatologia e sintomas**

No contexto da saúde do homem na atenção primária, o câncer de próstata é de suma importância devido à sua prevalência e potencial impacto na saúde masculina. É uma neoplasia maligna que se origina nas células glandulares da próstata, uma glândula do sistema reprodutor masculino (**Figura 1.2**). A etiologia exata é multifatorial, mas fatores genéticos, hormonais e ambientais são reconhecidos como contribuintes. Em seus estágios iniciais, o câncer de próstata muitas vezes é assintomático, o que ressalta a importância de rastreios regulares e precoces. No entanto, à medida que progride, pode manifestar sintomas como dificuldade para urinar, presença de sangue na urina, dor pélvica ou óssea e, em estágios avançados, perda de peso e fadiga.

Figura 1.2 Representação de CA de Próstata



Fonte: BRASIL, 2021

Tratamento do câncer de próstata na atenção primária

Na atenção primária, o papel do médico é fundamental na identificação precoce do câncer de próstata através do rastreio e na orientação adequada ao paciente. O rastreio pode envolver o exame de toque retal e a dosagem do PSA (antígeno prostático específico) no sangue. Dependendo dos resultados e do risco associado, o paciente pode ser encaminhado a um urologista para uma avaliação mais detalhada, como a biópsia prostática. O tratamento varia de acordo com o estágio e a agressividade do tumor. Para tumores localizados e de baixo risco, a vigilância ativa pode ser a melhor abordagem. Quando a intervenção é necessária, opções incluem

prostatectomia, radioterapia, braquiterapia, entre outras modalidades. A abordagem integrada entre atenção primária e especializada é crucial para otimizar os resultados e garantir o melhor cuidado ao paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Hipertensão arterial na atenção primária

- **Fisiopatologia e sintomas**

A hipertensão arterial é uma condição prevalente na população masculina e representa um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, sendo um pilar central na atenção primária à saúde do homem. Sua origem é multifatorial, com componentes genéticos, ambientais e comportamentais que contribuem para a elevação persistente da pressão nas artérias. Desequilíbrios na regulação do volume sanguíneo, resistência vascular periférica e estímulos neuro-hormonais são alguns dos mecanismos subjacentes. A maioria dos pacientes com hipertensão é assintomática, o que torna o rastreio e a identificação precoce na atenção primária essenciais. No entanto, quando os sintomas surgem, estes podem incluir cefaleia, tonturas, zumbidos, palpitações e, em casos mais severos, alterações visuais ou dor torácica.

O manejo da hipertensão na atenção primária visa a estabilização da pressão arterial dentro de parâmetros normais, minimizando o risco de eventos adversos associados. A abordagem inicial inclui orientações sobre modificações no estilo de vida: redução do consumo de sal, prática de atividade física regular, manutenção de um peso saudável, restrição ao consumo de álcool e cessação do tabagismo. Dependendo da gravidade da hipertensão e da presença de comorbidades, a introdução de medicamentos anti-hipertensivos, como diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e outros, pode ser necessária. Monitorar regularmente e ajustar o tratamento conforme a resposta terapêutica é fundamental, garantindo assim um controle adequado da pressão arterial e prevenindo complicações a longo prazo (FERREIRA *et al.*, 2018).

Problemas urológicos na atenção primária

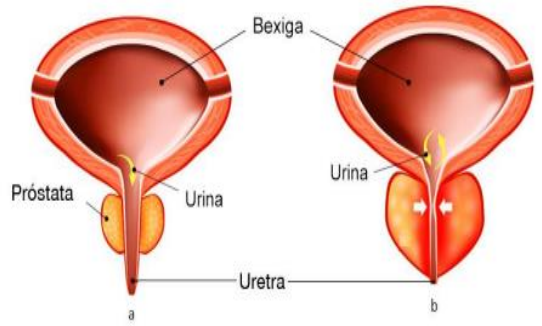
- **Fisiopatologia e sintomas**

Dentro da abordagem da saúde do homem na atenção primária, os problemas urológicos ocupam uma posição proeminente devido à sua alta prevalência e impacto na qualidade de vida. A hiperplasia prostática benigna (HPB) é um dos distúrbios urológicos mais comuns em homens mais velhos, caracterizada pelo aumento benigno do tamanho da próstata. Essa condição não é cancerígena, mas resulta da proliferação celular na zona de transição da próstata. À medida que a glândula cresce, pode comprimir a uretra, levando a obstrução do fluxo urinário (**Figura 1.3**). Os sintomas típicos incluem aumento da frequência urinária, urgência, jato urinário fraco, esvaziamento incompleto da bexiga e micção noturna. Em estágios avançados, pode ocorrer retenção urinária aguda, necessitando de intervenção imediata.

A abordagem terapêutica da HPB na atenção primária começa com a avaliação da gravidade dos sintomas e do impacto na qualidade de vida do paciente. Para casos leves, recomendações de mudanças no estilo de vida, como reduzir a ingestão de líquidos à noite e evitar cafeína e álcool, podem ser suficientes. Já para sintomas moderados a graves, medicamentos como alfa-bloqueadores (que relaxam o músculo da próstata e da base da bexiga) e inibidores da 5-alfa-redutase (que reduzem o tamanho da próstata) são frequentemente prescritos. Se a farmacoterapia não for eficaz ou se ocorrerem complicações, o encaminhamento a um urologista para consideração de tratamentos mais invasivos, como a ressecção transuretral da próstata (RTUP), pode ser necessário. A atenção primá-

ria desempenha um papel crucial na identificação precoce, gestão e encaminhamento adequado dos pacientes com HPB (MATOS *et al.*, 2014).

Figura 1.3 A) Próstata normal; B) Hiperplasia Prostática Benigna.



Fonte: Adaptado HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEN, 2015

Problemas cardiológicos na atenção primária

- **Fisiopatologia e tratamento**

Os problemas cardíacos, tais como hipertensão arterial, doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca, também são frequentemente gerenciados na atenção primária. A fisiopatologia envolve a interação de fatores genéticos, comportamentais e metabólicos. A hipertensão, por exemplo, pode resultar em desequilíbrios no sistema renina-angiotensina ou resistência vascular periférica. A aterosclerose, por sua vez, é um processo de deposição de placas de gordura nas artérias, levando a condições como angina e infarto do miocárdio. O tratamento dessas condições engloba modificações no estilo de vida (dieta, exercício, cessação do tabagismo) e farmacoterapia (anti-hipertensivos, estatinas, antiplaquetários). Em casos mais graves, procedimentos intervencionistas ou cirúrgicos podem ser necessários, requerendo referência a especialistas cardiológicos (CARVALHO *et al.*, 2019).

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

- **Disfunção erétil na atenção primária fisiopatologia e sintomas**

A disfunção erétil (DE) é uma das principais preocupações relacionadas à saúde sexual masculina e é frequentemente abordada na atenção primária. A DE é definida como a incapacidade recorrente ou persistente de obter e/ou manter uma ereção adequada para a atividade sexual satisfatória. A ereção peniana é um processo fisiológico complexo que envolve a interação harmoniosa entre sistemas neurológico, vascular, hormonal e psicológico. Interrupções em qualquer um desses sistemas, seja por doenças crônicas como diabetes e hipertensão, alterações hormonais, traumas, uso de certos medicamentos, fatores psicogênicos ou consumo excessivo de álcool e tabagismo, podem levar à DE. Muitos homens relutam em discutir essa condição, tornando-a subdiagnosticada; no entanto, quando presentes, os sintomas têm um impacto significativo na autoestima, bem-estar emocional e relações interpessoais.

A abordagem terapêutica da DE na atenção primária inicia-se com uma avaliação detalhada para identificar fatores de risco e causas subjacentes, juntamente com uma análise da saúde geral e histórico médico do paciente. Modificações no estilo de vida, como redução do peso, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool, são frequentemente recomendadas. Além disso, o tratamento farmacológico com inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (como o sildenafil, tadalafil e vardenafil) é comumente prescrito, demonstrando eficácia na maioria dos pacientes. Nos casos em que a origem da DE é predominantemente psicológica, terapia de casal ou aconselhamento individual podem ser benéficos. Para pacientes que não respondem às abordagens iniciais, podem ser considerados tratamentos mais invasivos, como dispositivos

de vácuo, terapias de injeção intracavernosa ou implantes penianos, sendo importante o encaminhamento a um especialista em urologia ou andrologia (BASTOS *et al.*, 2020).

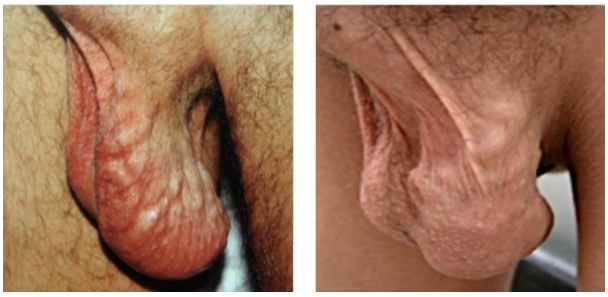
Infertilidade masculina na atenção primária

Fisiopatologia e sintomas

A infertilidade masculina refere-se à incapacidade do homem de causar gravidez em uma parceira fértil após um ano de tentativas regulares e sem proteção. Essa condição representa uma parcela significativa dos casos de infertilidade de casal e seu surgimento pode ser devido a uma variedade de causas. Fatores genéticos, obstruções no trato reprodutivo, alterações na espermatogênese, desequilíbrios hormonais, problemas de ejaculação e fatores imunológicos são algumas das principais etiologias. Além disso, hábitos de vida, como consumo excessivo de álcool, uso de drogas, tabagismo, obesidade e exposição a certos agentes ambientais, podem contribuir para a redução da fertilidade. Clinicamente, enquanto muitos homens com infertilidade não apresentam sintomas óbvios, outros podem manifestar sinais como ejaculação alterada, disfunções sexuais ou desconforto testicular.

Na atenção primária, a abordagem inicial da infertilidade masculina envolve uma anamnese detalhada, exame físico e solicitação de exames laboratoriais, como o espermograma, para avaliar a qualidade e quantidade do sêmen. Dependendo dos resultados, testes hormonais e de imagem, como ultrassonografia testicular, também podem ser indicados. A orientação sobre modificações no estilo de vida, como evitar o superaquecimento dos testículos, limitar o consumo de álcool, cessar o tabagismo e manter um peso saudável, pode melhorar a qualidade espermática em alguns pacientes. Intervenções médicas incluem tratamentos hormonais para restaurar o equilíbrio endócrino, medicamentos para tratar infecções ou disfunções ejaculatórias e, em casos selecionados, procedimentos cirúrgicos para corrigir varicoceles (**Figura 1.4**) ou obstruções. Em situações onde a causa da infertilidade não pode ser diretamente tratada, o encaminhamento para técnicas de reprodução assistida, como a ICSI (injeção intracitoplasmática de espermatozoides), pode ser uma solução adequada (MARTINS *et al.*, 2015).

Figura 1.4 Representação de CA de próstata.



Fonte: ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2015.

Prevenção de DSTs na atenção primária

Fisiopatologia e sintomas

DSTs, ou Doenças Sexualmente Transmissíveis, constituem um grupo diversificado de infecções transmitidas principalmente por contato sexual. A fisiopatologia varia conforme o agente causador, que pode ser vírus, bactéria, protozoário ou fungo. Essas doenças podem apresentar uma ampla gama de manifestações clínicas, desde assintomáticas até lesões genitais, secreções, ardência ao urinar, dor pélvica, entre outros. Algumas DSTs, como o HIV, o HPV e a sífilis, quando não diagnosticadas e tratadas, podem evoluir para complicações mais graves, afetando outros órgãos e sistemas, ou mesmo levando a cânceres ou a comprometimentos crônicos. Portanto, a identificação precoce e a educação preventiva são cruciais na atenção primária para interromper a cadeia de transmissão e evitar consequências adversas (ROCHA *et al.*, 2016).

Métodos contraceptivos e prevenção de DSTs na atenção primária

Na atenção primária à saúde do homem, a orientação sobre métodos contraceptivos é intrinsecamente ligada à prevenção de DSTs. O preservativo masculino, feito geralmente de látex, é o método mais difundido e eficaz não só como contraceptivo, mas também como barreira física contra a transmissão de muitas DSTs. É essencial que os profissionais de saúde orientem sobre o uso correto e consistente do preservativo em todas as relações sexuais. Além do preservativo, outras medidas preventivas, como a vacinação contra o HPV e a Hepatite B, são ferramentas valiosas na prevenção. Para homens com comportamentos de risco elevado, a profilaxia pré-exposição (PrEP) para o HIV é uma opção estratégica. A atenção primária desempenha um papel crucial na educação e conscientização, fornecendo recursos e orientações para uma vida sexual segura e saudável (SOARES *et al.*, 2017).

Prevenção e rastreamento na saúde do homem na atenção primária

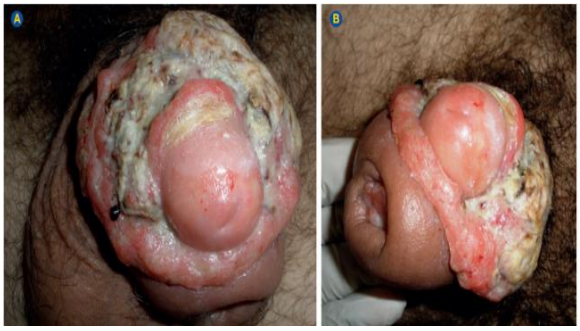
A saúde do homem, muitas vezes negligenciada devido a fatores culturais e sociais, tem ganhado destaque na atenção primária, com ênfase na prevenção e rastreamento. A realização de check-ups regulares é fundamental para detectar precocemente condições que possam comprometer a saúde masculina. Esses check-ups não apenas ajudam a identificar patologias em estágios iniciais, quando são mais facilmente tratáveis, mas também permitem que se oriente sobre hábitos de vida saudáveis, reduzindo os fatores de risco associados a diversas doenças.

Exames específicos para o público masculino são vitais no rastreamento de condições que afetam predominantemente ou exclusivamente os homens. Exemplificando, o PSA (Antígeno Prostático Específico) é uma ferramenta de rastreamento para o câncer de próstata, enquanto o autoexame testicular e a ultrassonografia escrotal podem ajudar na detecção precoce de tumores testiculares. Além disso, exames como a aferição da pressão arterial, perfil lipídico e glicemia são cruciais para rastrear doenças cardiovasculares e metabólicas, que possuem alta prevalência na população masculina. (TAVARES *et al.*, 2016)

A vacinação, muitas vezes considerada somente na infância, desempenha um papel crucial na prevenção de doenças na vida adulta. No contexto masculino, vacinas como a do HPV, que pode prevenir cânceres relacionados ao vírus, como o câncer peniano, anal e orofaríngeo, são essenciais (**Figura 1.5**). Além disso, vacinas contra hepatites, tétano, gripe, entre outras, também são recomendadas conforme a faixa etária e fatores de risco.

Em resumo, a atenção primária é a porta de entrada para a promoção da saúde do homem, focando em estratégias preventivas e de rastreamento. Essa abordagem proativa, centrada na prevenção, pode resultar em uma redução significativa na morbidade e mortalidade associadas a doenças comuns na população masculina, garantindo uma vida mais longa e de qualidade (LIMA *et al.*, 2019).

Figura 1.5 (Carcinoma espinocelular do pénis. Massa tumoral volumosa, ulcerada e pétrea, ocupando 70-80% do corpo peniano)



Fonte: BRASIL, 2021

Desafios na saúde do homem na atenção primária

Um dos desafios significativos enfrentados na saúde do homem na atenção primária é o acesso adequado aos serviços de saúde. Apesar de muitos homens serem afetados por condições médicas específicas ou mais prevalentes em sua demografia, uma proporção substancial evita consultas médicas regulares ou adia a busca por cuidados até que os sintomas se tornem severos. Essa postergação pode ser resultado da falta de serviços de saúde convenientemente localizados, longos tempos de espera para consultas ou custos associados ao atendimento médico, especialmente em regiões com sistemas de saúde menos acessíveis (SANTOS *et al.*, 2020).

Ademais, as barreiras culturais e socioeconômicas representam desafios adicionais. Em muitas culturas, os homens são frequentemente encorajados a serem "fortes" e a não expressar preocupações relacionadas à saúde ou vulnerabilidade, o que pode levá-los a evitar buscar ajuda médica. Além disso, homens de estratos socioeconômicos mais baixos podem enfrentar desafios adicionais, como a falta de informação sobre a importância do rastreamento e prevenção, ou mesmo a dificuldade de tirar um tempo livre do trabalho para consultas médicas.

A falta de profissionais especializados na saúde do homem também é uma preocupação na atenção primária. Embora os médicos de família e clínicos gerais estejam bem treinados para lidar com uma variedade de problemas de saúde, a falta de especialização específica na saúde masculina pode resultar em menos ênfase na prevenção e rastreamento específico para homens. A capacitação dos profissionais de atenção primária para reconhecer e abordar de forma proativa as necessidades de saúde específicas dos homens é essencial para melhorar os resultados (ALVES *et al.*, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, L.O. *et al*. Abordagem da depressão em homens na atenção básica. Revista de Saúde Mental e Atenção Primária, v. 27, p. 56, 2015.

ALVES, R.T. *et al*. Traumas físicos e saúde do homem: a abordagem necessária na atenção básica. Jornal de Traumatologia e Atenção Primária, v. 21, p. 5, 2018.

BASTOS, H.L. *et al*. Abordagem do tabagismo em homens na atenção primária. Jornal de Pneumologia e Saúde Masculina, v. 25, p. 24, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 30 set. 2023.

CARVALHO, P.L. *et al*. Diabetes Mellitus no homem: desafios no manejo e prevenção na atenção básica. Revista de Endocrinologia e Atenção Primária, v. 29, p. 110, 2019.

FERREIRA, M.A. *et al*. Doenças sexualmente transmissíveis em homens: diagnóstico e manejo na atenção básica. Revista Brasileira de DSTs, v. 21, p. 12, 2018.

ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Guia de doenças e sintomas: prostatite. 2015. Disponível em: <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/prostatite>. Acesso em: 30 set. 2023.

LIMA, G.R. *et al*. Envelhecimento masculino: promoção de saúde e prevenção na atenção básica. Revista de Geriatria e Atenção Primária, v. 22, p. 70, 2019.

MARTINS, F.C. *et al*. O papel do enfermeiro na promoção da saúde masculina em unidades básicas. Revista de Enfermagem e Saúde do Homem, v. 28, p. 10, 2015.

MATOS, T.S. *et al*. Alcoolismo e saúde masculina: estratégias de intervenção em atenção primária. Jornal de Dependência Química, v. 23, p. 66, 2014.

MOREIRA, R.B. *et al*. Estratégias de engajamento masculino em programas de prevenção. Jornal Brasileiro de Saúde Masculina, v. 22, p. 15, 2012.

OLIVEIRA, D.R. *et al*. Protocolos de rastreamento do câncer de próstata em unidades de saúde básicas. Jornal de Oncologia Urológica, v. 14, p. 45, 2017.

ROCHA, V.M. *et al*. Saúde mental masculina: detecção e manejo de transtornos na atenção primária. Jornal de Saúde Mental Masculina, v. 20, p. 40, 2016.

SANTOS, P.H. *et al*. A importância da saúde sexual e reprodutiva na atenção primária ao homem. Jornal de Urologia e Saúde Masculina, v. 15, p. 31, 2020.

SILVA, J.P. *et al*. Hipertensão e saúde masculina: desafios no diagnóstico precoce. Jornal de Cardiologia e Atenção Primária, v. 18, p. 88, 2016.

SOARES, D.F. *et al*. Estratégias de prevenção de doenças cardiovasculares em homens. Revista de Cardiologia Preventiva, v. 19, p. 53, 2017.

TAVARES, E. *et al*. Carcinoma Espinocelular do Pénis. Acta Médica Portuguesa, v. 29, n. 6, p. 417, 2016. https://doi.org/10.20344/amp.7090.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 02

DOENÇAS GASTROINTESTINAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MATHEUS COSTA MORAIS[1]
MARINA MACHADO DE AGUILAR[2]
GABRIELA CORDEIRO MACIEL[3]
BERNARDO MARTINS MARCATTI[4]

1. *Discente - Medicina na Faculdade Atenas Sete Lagoas*
2. *Discente - Medicina na Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH*
3. *Graduada em Medicina - Centro Universitário Serra dos Orgãos - Unifeso*
4. *Discente - Medicina na UNIVAÇO - IMES*

Palavras Chave: *Prevenção; Rastreio; Gastroenterologia.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.2

INTRODUÇÃO

O sistema gastrointestinal (GI) é uma estrutura complexa que abrange o trato digestivo e seus órgãos associados. Este sistema desempenha papéis vitais não apenas na digestão e absorção de nutrientes, mas também na regulação de importantes funções metabólicas, imunológicas e endócrinas. Desde o esôfago, responsável pelo transporte de alimentos, até o cólon, onde ocorre a absorção final de água e eletrólitos, cada segmento do trato GI tem sua própria relevância e complexidade.

Para além das funções fisiológicas tradicionais, pesquisas recentes têm elucidado a importância do microbioma gastrointestinal - a coletividade de microrganismos residentes no intestino - na manutenção da saúde e na patogênese de diversas doenças, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada e holística do sistema GI (PEREIRA *et al.*, 2013).

PREVALÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS NA SAÚDE PÚBLICA

Doenças gastrointestinais (DGI) compreendem uma variedade de condições que afetam qualquer segmento do trato GI, desde afecções benignas e autolimitadas até condições crônicas e malignas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras entidades epidemiológicas, as DGI estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo.

A prevalência global de DGI varia, com algumas condições, como a síndrome do intestino irritável e doença de refluxo gastroesofágico, afetando uma proporção significativa da população em diversos países. Além disso, condições como cânceres GI (por exemplo, câncer colorretal e gástrico) figuram entre os principais tipos de neoplasias em termos de incidência e mortalidade.

O impacto econômico das DGI também é considerável. Estima-se que bilhões sejam gastos anualmente com diagnóstico, tratamento e gestão de pacientes com estas condições. Além dos custos diretos, as DGI frequentemente levam a absenteísmo no trabalho e redução da qualidade de vida, gerando custos indiretos substanciais.

O crescente entendimento sobre a patogênese, diagnóstico e tratamento das DGI destaca a importância de abordagens interdisciplinares na medicina, bem como a necessidade de uma educação pública eficaz sobre prevenção e manejo (CAMPOS *et al.*, 2015).

O objetivo do trabalho é abordar as doenças gastrointestinais mais recorrentes na atenção primária.

ESTRUTURAS ANATÔMICAS

- **Esôfago**

Localização: Tubo muscular que se estende desde a faringe até o estômago.

Função: Transportar o bolo alimentar da boca ao estômago através de movimentos peristálticos coordenados.

Anatomia relevante: Diferencia-se em três partes - cervical, torácica e abdominal. A transição entre o esôfago e o estômago é marcada pelo esfíncter esofágico inferior, que previne o refluxo de conteúdo gástrico.

- **Estômago**

Localização: Localizado no quadrante superior esquerdo do abdome, inferior ao diafragma.

Função: Digestão primária de alimentos e formação do quimo através da ação do ácido clorídrico e enzimas digestivas.

Anatomia relevante: O estômago pode ser subdividido em regiões: cárdia, fundo, corpo e

antro. A saída do estômago é controlada pelo esfíncter pilórico.

- **Intestino delgado**

Localização: Estende-se do piloro até o intestino grosso.

Função: Digestão final e absorção de nutrientes e eletrólitos.

Anatomia relevante: Dividido em três segmentos - duodeno, jejuno e íleo. O duodeno também abriga a abertura das vias biliares e do ducto pancreático.

- **Intestino grosso**

Localização: Continua do íleo até o ânus.

Função: Absorção final de água e eletrólitos, formando o bolo fecal.

Anatomia relevante: Compreende o ceco (com apêndice vermiforme), cólon ascendente, transverso, descendente, sigmoide e reto.

- **Reto e ânus**

Localização: Segmento terminal do trato gastrointestinal.

Função: Armazenamento temporário de fezes antes da excreção.

Anatomia relevante: O ânus é a abertura externa do reto e é circundado por músculos esfincterianos internos e externos que controlam a excreção de fezes (BARBOSA *et al.*, 2016).

PROCESSOS FISIOLÓGICOS

- **Digestão**

Processo complexo que envolve a quebra de macromoléculas alimentares em moléculas menores, facilitando a absorção. Inicia-se na boca com a mastigação e ação de enzimas salivares, prosseguindo no estômago e intestino delgado, onde enzimas pancreáticas, biliares e intestinais desempenham papel crucial.

- **Absorção**

Ocorre primariamente no intestino delgado, onde nutrientes, vitaminas, minerais e água são absorvidos pelas vilosidades intestinais e transportados para a circulação sanguínea ou linfática.

- **Excreção**

Refere-se à eliminação de resíduos indigestos e metabólicos. As fezes, formadas no intestino grosso, são compostas por água, bactérias, células epiteliais descamadas e resíduos alimentares. São eventualmente excretadas pelo reto e ânus (RODRIGUES *et al.,* 2017).

DIAGNÓSTICOS EM GASTROENTEROLOGIA

As DGI representam uma proporção significativa das consultas na atenção primária. Dada a sua prevalência e potencial gravidade, é crucial que os profissionais desta linha de cuidado estejam equipados para identificar, avaliar e gerenciar uma ampla variedade de apresentações relacionadas ao trato gastrointestinal.

Endoscopia digestiva alta e baixa

A endoscopia é uma ferramenta diagnóstica essencial para muitas condições gastrointestinais. A endoscopia digestiva alta permite a visualização direta do esôfago, estômago e duodeno, sendo útil em casos de dispepsia, suspeita de úlcera péptica, ou sintomas de refluxo gastroesofágico. A colonoscopia (endoscopia digestiva baixa) é utilizada para investigar sintomas como alterações do hábito intestinal e sangramento retal, e é o padrão ouro para o rastreio do câncer colorretal.

Testes de função hepática e pancreática

Alterações nos testes de função hepática e pancreática podem indicar hepatopatias ou pancreatopatias. Na atenção primária, estas análises podem ser solicitadas quando há sintomas sugestivos de doença hepática, como icterícia, ou em situações de risco, como consumo excessivo de álcool. Testes como aminotransferases

(ALT e AST), fosfatase alcalina, bilirrubinas e amilase/lipase são fundamentais no rastreio e monitorização destas condições.

Manometria e pHmetria esofágica

Estas são investigações especializadas para avaliar a função motora do esôfago e o refluxo ácido, respectivamente. Na atenção primária, pacientes com sintomas refratários de refluxo gastroesofágico ou suspeita de distúrbios motores esofágicos podem ser encaminhados para estas avaliações. Estes testes fornecem dados objetivos sobre a motilidade esofágica e a presença e gravidade do refluxo ácido.

Testes respiratórios

Estes testes são ferramentas não invasivas úteis no diagnóstico de algumas condições gastrointestinais. Por exemplo, o teste respiratório do hidrogênio pode detectar intolerância à lactose ou supercrescimento bacteriano no intestino delgado. Na atenção primária, estes testes podem ser utilizados em pacientes com sintomas de distensão abdominal, diarreia ou flatulência após a ingestão de certos alimentos (SOUZA *et al.*, 2018).

ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS

Dispepsia e dor abdominal

A dispepsia, caracterizada por desconforto ou dor na parte superior do abdômen, é uma queixa comum em consultas de atenção primária. As causas variam desde gastrite, úlceras pépticas até condições mais sérias como câncer gástrico. A abordagem inicial pode incluir a investigação da presença da bactéria *Helicobacter pylori*, considerando sua erradicação em casos positivos. Pacientes com "bandeiras vermelhas", como perda de peso inexplicada ou vômito com sangue, devem ser encaminhados para endoscopia digestiva alta.

Diarreia aguda e crônica

A diarreia aguda é comumente causada por infecções, podendo ser autolimitada. A avaliação foca na hidratação do paciente e na identificação de sinais de gravidade. Já a diarreia crônica pode ter múltiplas etiologias, incluindo doenças inflamatórias intestinais, síndrome do intestino irritável e intolerâncias alimentares. Uma história clínica detalhada e exames laboratoriais são essenciais para direcionar o diagnóstico.

Constipação intestinal

Uma queixa comum na atenção primária, a constipação pode ser decorrente de hábitos alimentares, uso de medicamentos, ou condições subjacentes como hipotireoidismo. A abordagem terapêutica envolve orientações sobre dieta, rica em fibras e hidratação adequada. Laxantes podem ser considerados, mas seu uso deve ser criterioso. A persistência dos sintomas requer investigação adicional, incluindo, se necessário, colonoscopia.

Hemorragia digestiva

A presença de sangue nas fezes ou vômitos é sempre preocupante. O sangramento pode originar-se de qualquer ponto do trato gastrointestinal. A cor do sangue pode dar pistas sobre a origem, sendo o sangue vivo mais relacionado a lesões distais, como hemorroidas, e o sangue digerido (melena) a lesões mais proximais, como úlceras gástricas. A avaliação inicial visa estabilizar o paciente, enquanto se investiga a causa do sangramento.

Icterícia

Caracterizada pela coloração amarelada da pele e escleróticas, a icterícia é um sinal de acú-

mulo de bilirrubina. As causas podem ser pré-hepáticas (como em hemólises), hepáticas (hepatites ou cirrose) ou pós-hepáticas (como obstrução das vias biliares). Testes de função hepática são fundamentais para determinar a etiologia e direcionar o manejo.

Na atenção primária, o objetivo é identificar e gerenciar adequadamente as doenças gastrointestinais. Entretanto, em casos mais complexos ou diante de "bandeiras vermelhas", o encaminhamento para um especialista em gastroenterologia é vital para um diagnóstico preciso e intervenção adequada (FERNANDES *et al.*, 2014).

DOENÇAS DO ESÔFAGO

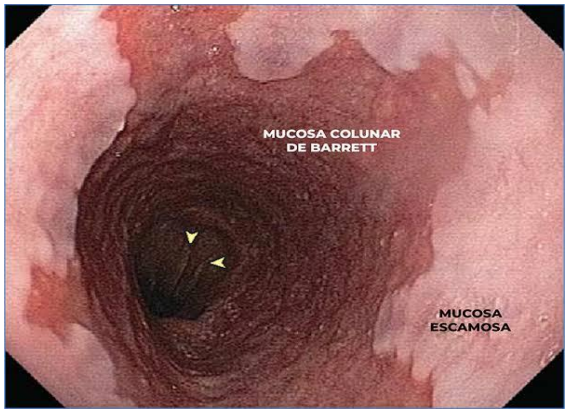
Refluxo gastroesofágico

Uma das queixas esofágicas mais frequentes na atenção primária, o refluxo gastroesofágico (RGE) é caracterizado pela regurgitação do conteúdo gástrico para o esôfago, causando sintomas como azia e regurgitação. A exposição crônica do esôfago ao ácido estomacal pode levar a complicações como esofagite e estenose esofágica. A abordagem inicial envolve orientações dietéticas, mudanças no estilo de vida e uso de medicamentos antiácidos ou inibidores da bomba de prótons.

Esôfago de Barrett

Resultante de episódios crônicos de RGE, o Esôfago de Barrett caracteriza-se pela metaplasia das células do epitélio esofágico, que adquirem características intestinais. Este é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico. Pacientes com sintomas crônicos de RGE devem ser avaliados quanto à possibilidade de Barrett, especialmente na presença de outros fatores de risco, e, se diagnosticados, necessitam de vigilância endoscópica periódica (**Imagem 2.1**).

Imagem 2.1 Metaplasia intestinal na mucosa esofágica - Esôfago de Barret

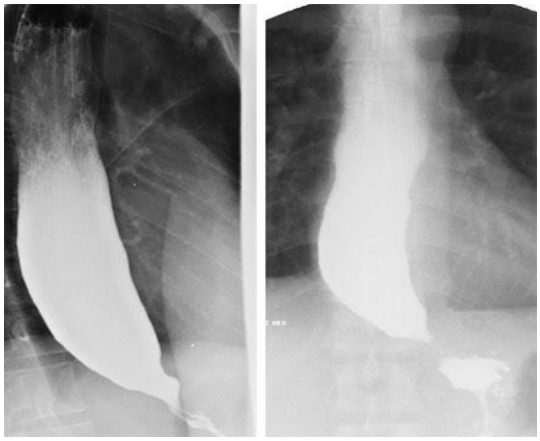


Fonte: MEDWAY, 2023.

Acalásia

A acalásia é um distúrbio motor do esôfago em que há ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior, levando a dificuldade na passagem de alimentos e líquidos para o estômago. Os pacientes podem apresentar disfagia (dificuldade para engolir), regurgitação de alimentos e dor torácica. Na atenção primária, a suspeita clínica pode conduzir a estudos de imagem e manometria esofágica para confirmação diagnóstica (**Imagem 2.2**) (VIEIRA *et al.*, 2016).

Imagem 2.2 Afilamento gradual no esôfago - sinal da vela



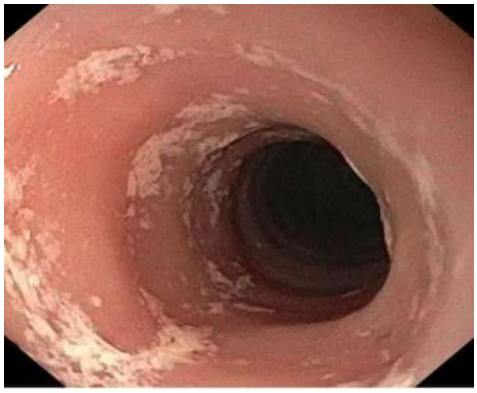
Fonte: BESTPRACTICE, 2023

Esofagite Eosinofílica

Esta é uma doença inflamatória crônica do esôfago, na qual um acúmulo de eosinófilos é

observado no tecido esofágico, geralmente em resposta a alergias alimentares. Pacientes podem apresentar disfagia, dor abdominal e refluxo refratário aos tratamentos convencionais. Na atenção primária, a identificação de pacientes que não respondem ao tratamento típico de RGE pode levantar a suspeita de esofagite eosinofílica, necessitando de biópsia esofágica para confirmação (**Imagem 2.3**) (VIEIRA *et al.*, 2016).

Imagem 2.3 Sulcos na esofagite eosinofílica



Fonte: MDS MANUAL, 2022

DOENÇAS DO ESTÔMAGO E DUODENO

Gastrite e úlceras pépticas

Gastrite, uma inflamação da mucosa gástrica, é uma queixa comum em consultas de atenção primária e pode ser causada por múltiplos fatores, incluindo o consumo de anti-inflamatórios não esteroidais, álcool e infecções por *Helicobacter pylori*. As úlceras pépticas, por sua vez, representam lesões mais profundas no revestimento do estômago ou duodeno, resultantes do desequilíbrio entre fatores agressivos e protetores da mucosa. A apresentação clínica varia desde desconforto abdominal até complicações como hemorragia e perfuração.

Câncer gástrico

Esta é uma das neoplasias mais comuns em escala global, com diversos fatores de risco associados, incluindo dietas ricas em sal e conservantes, tabagismo e infecção crônica por *Helicobacter pylori*. Na atenção primária, sintomas inespecíficos como perda de apetite, perda de peso e desconforto abdominal podem levantar suspeitas, enquanto a presença de sinais de alarme como vômitos com sangue ou anemia requerem encaminhamento para investigação endoscópica (LIMA *et al.*, 2019).

Helicobacter pylori e suas implicações

A bactéria *Helicobacter pylori* coloniza o estômago de uma significativa parcela da população mundial e está diretamente associada ao desenvolvimento de gastrite crônica, úlceras pépticas e câncer gástrico. Na atenção primária, pacientes com queixas dispépticas persistentes podem ser testados para a presença do patógeno, seja através de testes respiratórios, exame de fezes ou biópsia gástrica. O tratamento envolve uma combinação de antibióticos e inibidores da bomba de prótons (LIMA *et al.*, 2019).

DOENÇAS DO INTESTINO DELGADO E INTESTINO GROSSO

Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa

Ambas pertencentes ao grupo das doenças inflamatórias intestinais (DII), a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa são condições crônicas que apresentam períodos de remissão e exacerbação. Enquanto a Doença de Crohn pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, a Retocolite Ulcerativa está confinada ao cólon e ao reto. Os pacientes frequentemente procuram a atenção primária com queixas como diarreia crônica, dor abdominal, perda de peso e, ocasionalmente, sangramento retal. O reconhecimento precoce e o encaminhamento para um gastroenterologista são vitais para um manejo adequado.

Síndrome do intestino irritável (SII)

A SII é uma desordem funcional caracterizada por dor abdominal associada a alterações no hábito intestinal, na ausência de qualquer anormalidade estrutural ou bioquímica. Apesar de sua etiologia ser mal compreendida, fatores como motilidade intestinal alterada, sensibilidade visceral aumentada e desequilíbrios na microbiota intestinal são considerados contribuintes. É crucial diferenciar a SII de outras condições intestinais mais sérias na atenção primária, orientando o manejo conforme a predominância dos sintomas (diarreia, constipação ou misto).

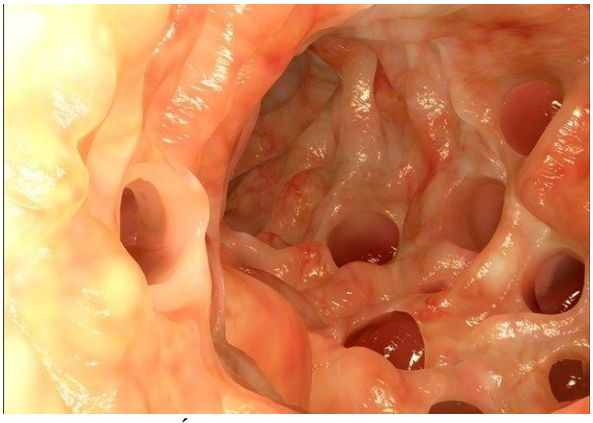
Tumores colorretais

Os tumores colorretais representam uma das principais causas de morte relacionada ao câncer no mundo. Na atenção primária, é essencial identificar sintomas como sangramento retal, mudanças no hábito intestinal e anemia inexplicada. Além do manejo clínico, os profissionais de saúde primária desempenham um papel fundamental na promoção de rastreamentos regulares, como a colonoscopia, especialmente em populações de risco.

Diverticulite

Diverticulite refere-se à inflamação dos divertículos, pequenas bolsas que podem se formar na parede do cólon. Pacientes com diverticulite frequentemente se apresentam com dor abdominal localizada no quadrante inferior esquerdo, febre e alterações no hábito intestinal. Na atenção primária, a avaliação inicial pode incluir exames de sangue e imagens abdominais, com encaminhamento para tratamento ambulatorial ou hospitalar, conforme a gravidade. A distinção entre diverticulite e outras causas de dor abdominal é crucial para o tratamento adequado e para prevenir complicações (**Imagem 2.4**) (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Imagem 2.4 Protusões anormais da parede do cólon - divertículos



Fonte: TUA SAÚDE, 2021

DOENÇAS DO FÍGADO E VIAS BILIARES

Hepatites virais e autoimunes

As hepatites virais, causadas principalmente pelos vírus A, B, C, D e E, são inflamações do fígado que podem variar desde formas assintomáticas ou leves até quadros agudos fulminantes ou crônicos. A hepatite autoimune, por sua vez, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, caracterizada por autoanticorpos específicos. Na atenção primária, a identificação de hepatites baseia-se em manifestações clínicas (como icterícia, astenia e artralgia), exames laboratoriais e sorológicos, e é crucial para a implementação de medidas terapêuticas e preventivas.

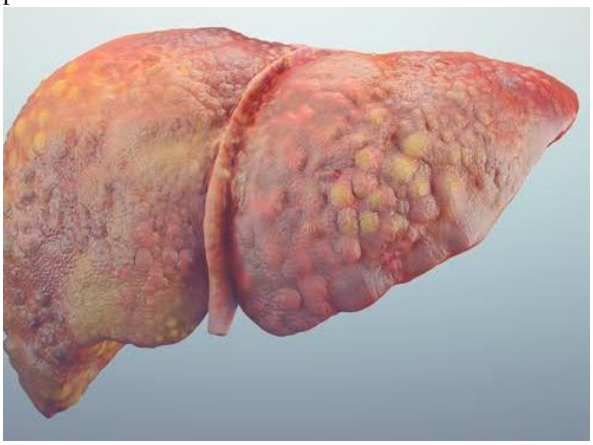
Câncer de fígado e vias biliares

O carcinoma hepatocelular (CHC) é a neoplasia primária do fígado mais comum e está frequentemente associado à cirrose. Os carcinomas das vias biliares são menos frequentes, mas podem causar icterícia obstrutiva, prurido e dor abdominal. A identificação precoce de neoplasias hepáticas e biliares na atenção primária, por meio de exames de imagem e marcadores tumorais, é de suma importância para melhorar a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes.

Cirrose hepática

A cirrose é o resultado de danos crônicos e contínuos ao fígado, levando à fibrose e formação de nódulos regenerativos. Causas comuns incluem hepatites virais crônicas, álcool, doenças metabólicas e outras condições hepáticas. Em sua fase inicial, pode ser assintomática ou apresentar sinais inespecíficos. Na atenção primária, é essencial reconhecer sinais de hipertensão portal, insuficiência hepática e complicações associadas, orientando manejo e encaminhamento apropriados (**Imagem 2.5**) (MELO *et al.*, 2020).

Imagem 2.5 Fibrose hepática, nódulos de regeneração e desorganização da arquitetura lobular e vascular - Cirrose hepática



Fonte: CARNEIRO DE ALBURQUEQUE, 2023

Colelitíase e colecistite

A colecistite aguda é a inflamação da vesícula biliar, frequentemente causada por cálculos biliares (colelitíase). Pacientes com colecistite frequentemente se apresentam com dor no quadrante superior direito, febre e vômitos. A colecistite crônica, relacionada à presença prolongada de cálculos, pode manifestar-se com episódios recorrentes de dor. No contexto da atenção primária, é crucial diferenciar a colecistite de outras patologias abdominais, realizando avaliação ultrassonográfica e encaminhando para intervenção cirúrgica ou outras terapias conforme a necessidade (MELO *et al.*, 2020).

PREVENÇÃO E RASTREIO DE DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

Prevenção primária e secundária

A prevenção primária de doenças gastrointestinais concentra-se em evitar o surgimento da doença em indivíduos saudáveis, através de estratégias como vacinação, medidas higiênicas e dietéticas. A prevenção secundária, por outro lado, foca na detecção e tratamento precoces de patologias já estabelecidas, minimizando sua progressão e complicações, geralmente por meio de exames de rastreio.

Indicações para colonoscopia e rastreio de câncer colorretal

A colonoscopia é um instrumento valioso não apenas para diagnóstico, mas também para prevenção do câncer colorretal, permitindo a detecção e remoção de pólipos precoces. Na atenção primária, é vital identificar indivíduos com idade apropriada para rastreio (geralmente a partir dos 50 anos) ou aqueles com histórico familiar de câncer colorretal ou síndromes hereditárias, encaminhando-os para colonoscopia (COSTA *et al.*, 2017).

Vacinação para hepatites

A prevenção das hepatites virais é fundamental na atenção primária. As vacinas contra hepatite A e B são amplamente disponíveis e eficazes. Indivíduos em grupos de risco, como profissionais de saúde, pacientes com doenças crônicas do fígado e aqueles em tratamento dialítico, devem ser prioritariamente vacinados. A detecção e a educação sobre hepatite C também são cruciais, embora ainda não exista vacinação para esta variante.

Estratégias nutricionais preventivas

A nutrição adequada desempenha um papel essencial na prevenção de várias doenças gas-

trointestinais. Na atenção primária, a orientação sobre uma dieta rica em fibras, por exemplo, pode auxiliar na prevenção de doenças como a diverticulose. Da mesma forma, a redução do consumo de álcool e alimentos processados pode diminuir o risco de doenças hepáticas e câncer gástrico.

Educação e conscientização

O papel da atenção primária não se limita apenas à intervenção clínica, mas também à educação do paciente. Conscientizar a população sobre os riscos associados ao tabagismo, consumo excessivo de álcool, dietas pobres em fibras e ricas em gorduras saturadas é crucial para a prevenção de doenças gastrointestinais (COSTA *et al.*, 2017).

Incorporação de tecnologias de rastreio

Novas tecnologias, como o teste imunoquímico fecal, oferecem métodos menos invasivos para rastrear o câncer colorretal. Estes métodos podem ser particularmente úteis em populações que são relutantes ou incapazes de realizar colonoscopia. O papel da atenção primária envolve não apenas o encaminhamento para esses testes, mas também a interpretação e o acompanhamento adequados dos resultados (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, H.J. *et al*. Estratégias para detecção precoce de câncer gástrico na atenção básica. Jornal de Oncologia Gastrointestinal, v. 13, p. 34, 2016.

BMJ. Acalasia. 2023. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/872>. Acesso em: 30 set. 2023.

CAMPOS, R.S. *et al*. Diretrizes para o diagnóstico de doença celíaca em unidades básicas de saúde. Revista de Nutrição Clínica e Saúde Pública, v. 27, p. 15, 2015.

CLÍNICA CARNEIRO D'ALBUQUERQUE. Cirrose hepática: como ocorre a doença? 2023. Disponível em: <https://profluizcarneiro.com.br/>. Acesso em: 30 set. 2023.

COSTA, L.N. *et al*. Avaliação da dispepsia funcional em pacientes da atenção básica. Jornal de Gastroenterologia Funcional, v. 21, p. 45, 2017.

FERNANDES, A.T. *et al*. O papel da atenção primária na prevenção da hepatite viral. Jornal de Hepatologia e Saúde Pública, v. 11, p. 12, 2014.

GONÇALVES, R.M. *et al*. Intolerâncias alimentares e sua gestão em unidades de saúde primárias. Jornal de Nutrição e Atenção Primária, v. 14, p. 76, 2015.

LIMA, S.F. *et al*. Abordagem de infecções intestinais e diarreias na atenção primária. Revista de Doenças Infecciosas, v. 15, p. 31, 2019.

MDS MANUAL. Distúrbios gastrointestinais. 2022. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/ptbr/profissional/dist%C3%BArbiosgastrointestinais/doen%C3%A7asdoes%C3%B4fagoedadegluti%C3%A7%C3%A3o/esofagite-eosinof%C3%ADlica>. Acesso em: 30 set. 2023.

MEDWAY. Diagnóstico do esôfago de Barret: saiba mais! Medway, 2023. Disponível em: <https://www.medway.com.br/conteudos/diagnostico-do-esofago-de-barret-saiba-mais/>. Acesso em: 30 set. 2023.

MELO, T.P. *et al*. Pancreatite aguda e crônica: protocolos de abordagem na atenção básica. Revista de Pancreatologia e Saúde Pública, v. 16, p. 10, 2020.

OLIVEIRA, M.R. *et al*. Estratégias educativas para prevenção de parasitoses intestinais na atenção básica. Jornal de Educação em Saúde, v. 24, p. 65, 2016.

PEREIRA, M.F. *et al*. Avaliação e manejo da síndrome do intestino irritável na atenção primária. Jornal Brasileiro de Gastroenterologia e Atenção Primária, v. 26, p. 48, 2013.

RODRIGUES, L.A. *et al*. Abordagem da doença de Crohn na atenção primária: desafios e oportunidades. Jornal de Inflamação Intestinal, v. 19, p. 60, 2017.

SOUZA, D.P. *et al*. Diagnóstico e manejo da gastrite e úlceras pépticas na atenção básica. Revista Brasileira de Gastroenterologia, v. 20, p. 100, 2018.

TUA SAÚDE. Diverticulite: o que é, sintomas, causas e tratamento. 2021. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/diverticulite/>. Acesso em: 30 set. 2023.

VIEIRA, E.L. *et al*. Estratégias de manejo do refluxo gastroesofágico na atenção básica. Revista de Gastroenterologia e Saúde Pública, v. 18, p. 90, 2016.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 03

DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ISABELA MAURÍCIO COSTA CARNEIRO[1]
ANA JULIA CAETANO BATISTA DE PAIVA[2]
GIOVANNA GONTIJO ALVES DE SOUSA OHANA[3]
SARAH ELIZABETH COSTA GUIMARÃES[4]

1. *Discente - Medicina na Faculdade de Minas - FAMINAS – BH*
2. *Discente -Medicina no Centro universitário de Belo Horizonte -UNIBH*
3. *Médica pela Universidade de Itaúna*
4. *Médica pelo Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH*

Palavras Chave: *Osteoartrite; Doenças musculoesqueléticas; Atenção primária.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.3

INTRODUÇÃO

Importância das doenças musculoesqueléticas na atenção primária

As doenças musculoesqueléticas (DMEs) englobam um amplo espectro de patologias que afetam os músculos, ossos, articulações, tendões e ligamentos. Elas representam uma das principais causas de morbidade e consulta médica na atenção primária. A prevalência crescente das DMEs, em parte devido ao envelhecimento da população e a estilos de vida mais sedentários, realça a necessidade de uma abordagem eficaz e precoce no âmbito da atenção básica.

A identificação e o manejo adequado das DMEs na atenção primária são fundamentais para prevenir complicações, incapacidades e custos subsequentes associados ao tratamento e à reabilitação. Dada a natureza frequentemente crônica dessas doenças, a atenção primária desempenha um papel crucial na educação do paciente, no manejo conservador e na promoção de abordagens preventivas para reduzir a incidência e o impacto dessas condições (SANTOS *et al.*, 2013).

Impacto na qualidade de vida dos pacientes

A qualidade de vida dos pacientes com doenças musculoesqueléticas pode ser significativamente comprometida. Dor, limitação funcional, redução da mobilidade e deformidades são algumas das consequências diretas dessas patologias. O desconforto crônico pode levar a distúrbios do sono, fadiga e diminuição da capacidade de realizar atividades da vida diária, afetando tanto a autonomia do paciente quanto sua participação social e laboral.

Além dos sintomas físicos, as DMEs têm um impacto psicológico significativo. Pacientes frequentemente experimentam sentimentos de ansiedade e depressão devido à dor crônica e à percepção de perda de funcionalidade. Em muitos casos, essa situação pode criar um ciclo vicioso, onde o estresse emocional agrava os sintomas físicos, levando a um maior comprometimento da qualidade de vida.

O impacto econômico das DMEs também é relevante, com custos diretos relacionados ao tratamento médico e indiretos associados à perda de produtividade e afastamento do trabalho. O manejo precoce e efetivo das DMEs na atenção primária pode, portanto, resultar em benefícios substanciais para os pacientes, a sociedade e o sistema de saúde como um todo (MARTINS *et al.*, 2015).

O objetivo do presente capítulo é abordar sobre as doenças musculoesqueléticas na atenção primária, evidenciando os principais aspectos e como devem ser abordadas.

OSTEOARTRITE

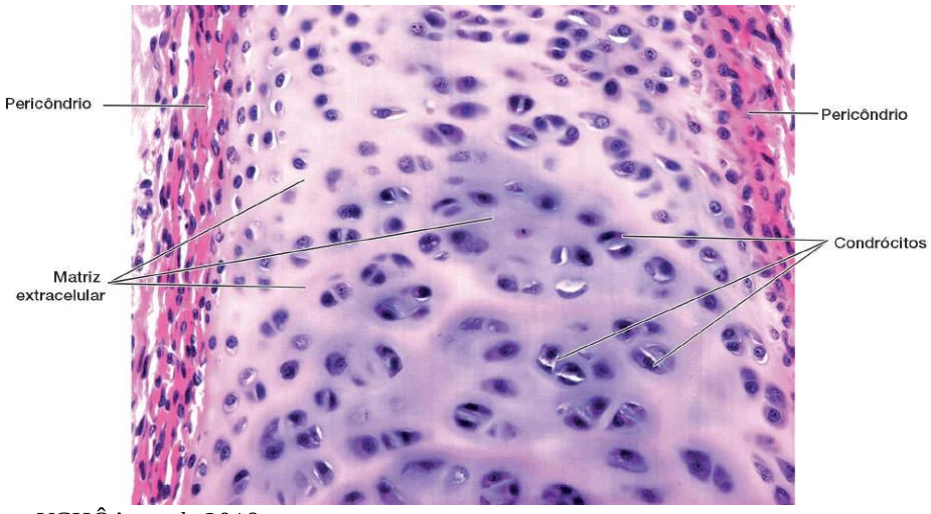
Definição

A osteoartrite (OA), também conhecida como artrose ou doença degenerativa articular, é uma patologia crônica e progressiva das articulações caracterizada pela degradação da cartilagem articular, remodelação óssea subjacente e inflamação sinovial.

Etiologia e Fisiopatologia

A etiologia da OA é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, metabólicos, biomecânicos e inflamatórios. No nível celular, há um desequilíbrio entre a degradação e a síntese da matriz da cartilagem, levando ao afinamento e eventual perda da cartilagem articular (**Figura 3.1**). Isso pode ser acompanhado pela formação de osteófitos (proliferações ósseas) nas margens articulares, esclerose subcondral e cistos subcondrais. Também pode haver uma resposta inflamatória sinovial associada (CARVALHO *et al.*, 2017).

Figura 3.1 Cartilagem (composição celular)



Fonte: UCHÔA *et al.*, 2018

Sinais e Sintomas

• Dor articular, geralmente agravada pelo movimento e aliviada pelo repouso.

Clínica:

• Rigidez matinal de curta duração, geralmente menos de 30 minutos.

• Limitação progressiva da amplitude de movimento.

• Crepitação articular durante o movimento.

• Pode haver edema ou efusão articular, especialmente em estágios avançados.

Diagnóstico

O diagnóstico da OA é geralmente clínico, baseado na história e no exame físico. Exames de imagem, como radiografia, podem ser usados para confirmar o diagnóstico e avaliar a extensão das alterações articulares. Características radiográficas incluem estreitamento do espaço articular, presença de osteófitos, esclerose subcondral e, em alguns casos, cistos subcondrais.

Tratamento

O manejo da osteoartrite visa reduzir a dor, melhorar a função articular e retardar a progressão da doença. As abordagens incluem:

• Não-farmacológicas: Educação do paciente, fisioterapia, terapia ocupacional, exercícios de fortalecimento e condicionamento, perda de peso (se aplicável) e dispositivos ortopédicos (por exemplo, bengalas, órteses).

• Farmacológicas: Analgésicos (como paracetamol), anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), injeções intra-articulares de corticosteroides ou ácido hialurônico, e em alguns casos, agentes modificadores da doença como glicosamina e condroitina.

• Cirúrgicas: Em casos de OA avançada, onde outras terapias não forneceram alívio, procedimentos como osteotomias ou substituição articular (artroplastia) podem ser considerados (VIEIRA *et al.*, 2018).

Prognóstico

A osteoartrite é uma doença progressiva. Embora o tratamento possa aliviar os sintomas e retardar a progressão, a doença pode levar a uma incapacidade significativa, particularmente quando grandes articulações, como joelhos ou quadris, são afetadas.

Prevenção

A prevenção da OA foca na modulação dos fatores de risco, como manutenção do peso ideal, evitando traumas articulares repetitivos e

realizando exercícios regulares para fortalecimento muscular e manutenção da amplitude de movimento articular.

DOR LOMBAR

Definição

A dor lombar refere-se à dor, tensão ou desconforto na região das costas entre as margens costais inferiores e as nádegas. Pode ser classificada quanto à duração em aguda (menos de 6 semanas), subaguda (6 a 12 semanas) ou crônica (mais de 12 semanas).

Etiologia e Fisiopatologia

A dor lombar pode ser causada por uma variedade de condições patológicas que afetam os componentes musculoesqueléticos, neurais ou viscerais da região lombar. As causas comuns incluem:

- Mecânicas: Incluindo distensão muscular, degeneração discal, espondilólise e espondilolistese.
- Degenerativas: Como osteoartrite e estenose espinal.
- Inflamatórias: Espondilite anquilosante, discite.
- Neuropáticas: Ciática, hérnia de disco lombar.
- Metabólicas: Osteoporose, fraturas por compressão vertebral.
- Neoplásicas: Metástases vertebrais, tumores primários da coluna.
- Outras causas: Infecções, aneurisma da aorta abdominal, doenças renais (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Sinais e Sintomas

- Dor que pode ser descrita como aguda, maçante, em queimação ou irradiando.
- Limitação da mobilidade da coluna, particularmente ao inclinar-se ou torcer.
- Rigidez lombar ao acordar.
- Pode haver sintomas neurológicos se houver compressão ou irritação radicular, como parestesias, fraqueza ou diminuição dos reflexos em membros inferiores.

Diagnóstico

O diagnóstico inicial é clínico, baseado na história do paciente e exame físico. A maioria dos casos de dor lombar aguda tem uma causa benigna e mecânica. No entanto, exames de imagem, como radiografias, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, podem ser indicados para avaliar causas específicas ou se houver sinais de alerta (por exemplo, trauma, febre, perda de peso inexplicada, déficits neurológicos) (**Figura 3.2**).

Tratamento

A abordagem terapêutica depende da causa subjacente e da duração dos sintomas:

- Não-farmacológicas: Educação do paciente, fisioterapia, exercícios de fortalecimento e alongamento, modificações ergonômicas e terapias manuais (por exemplo, quiropraxia, osteopatia).
- Farmacológicas: Analgésicos (como paracetamol), anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), relaxantes musculares, e em casos de dor neuropática, medicamentos como pregabalina ou duloxetina podem ser considerados.
- Invasivas: Injeções de corticosteroides, bloqueios nervosos ou cirurgia (por exemplo, descompressão ou fusão) para casos refratários ou específicos.

Prognóstico

A maioria dos episódios de dor lombar aguda se resolve dentro de algumas semanas com tratamento conservador. Entretanto, é uma condição recorrente, e alguns pacientes podem desenvolver dor lombar crônica (BARROS *et al.*, 2019).

Figura 3.2 Coluna lombar evidenciada em exame de imagem

Fonte: MARTINS *et al.*, 2014.

Prevenção

A prevenção envolve a promoção de boa postura, fortalecimento da musculatura central (core), ergonomia adequada no trabalho e em casa, e evitar levantamento de peso inadequado.

TENDINITES E BURSITES

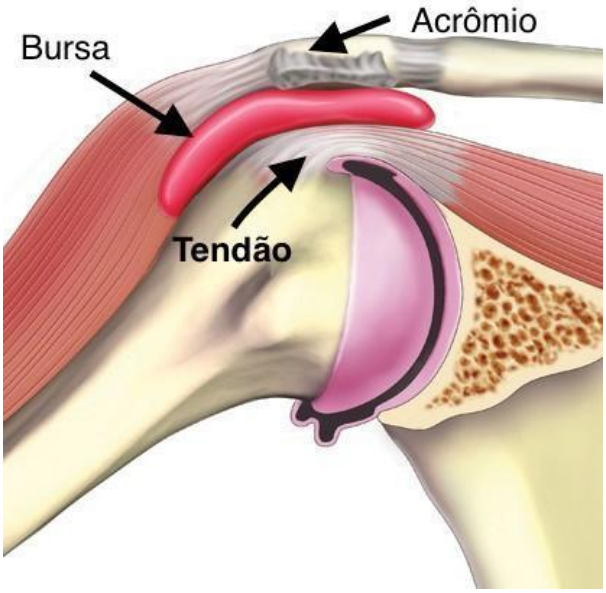
Definição

- Tendinite: É a inflamação de um tendão, que é a estrutura fibrosa que liga o músculo ao osso. A tendinite pode ser causada por um trauma, uso excessivo ou condições inflamatórias sistêmicas.
- Bursite: É a inflamação da bursa, uma pequena bolsa preenchida com líquido sinovial, que serve como um amortecedor entre os ossos, tendões e músculos. A bursite pode surgir devido a traumatismos, pressão prolongada, infecções ou doenças reumáticas.

Etiologia e fisiopatologia

- Tendinite: O uso repetitivo, movimentos súbitos ou excessivos, e tensões inadequadas podem levar a microtraumas no tendão. Com o tempo, esses microtraumas podem resultar em inflamação e degeneração tendinosa.
- Bursite: Pode ser causada por traumatismos, pressão prolongada (como ajoelhar-se frequentemente), infecções bacterianas, ou condições inflamatórias como artrite reumatoide ou gota (ALVES *et al.*, 2014) (**Figura 3.3**)

Figura 3.3 Local de instalação da bursite



Fonte: CARRAZZONE *et al.*, 2020

Sinais e sintomas

Ambas as condições geralmente apresentam:

- Dor no local afetado, frequentemente exacerbada pelo movimento ou pressão.
- Sensibilidade à palpação.
- Inchaço e/ou vermelhidão.
- Limitação funcional da articulação adjacente.

Diagnóstico

Baseado principalmente na anamnese e no exame físico. Em alguns casos, a ultrassonografia ou ressonância magnética podem ser úteis para avaliar a extensão do envolvimento tendinoso ou da bursa e excluir outras condições.

Tratamento

- Repouso: Evitar atividades que exacerbam a dor.
- Gelo: Aplicação local para reduzir a inflamação e aliviar a dor.
- Farmacológico: Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são frequentemente prescritos. Injeções locais de corticosteroides podem ser consideradas em casos refratários.
- Fisioterapia: Exercícios de fortalecimento e alongamento podem ajudar na reabilitação e prevenção de recorrências.
- Bursite infecciosa: Requer drenagem e antibioticoterapia.

Prognóstico

Com tratamento adequado, a maioria dos casos de tendinite e bursite resolve-se sem complicações. No entanto, se as causas subjacentes (por exemplo, movimentos repetitivos) não forem abordadas, as recorrências são comuns.

Prevenção

- Adoção de técnicas adequadas durante atividades físicas ou trabalho.
- Fortalecimento e alongamento regular da musculatura.
- Evitar esforços repetitivos ou posturas prolongadas que coloquem estresse em tendões ou bursas (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

OSTEOPOROSE

Definição

A osteoporose é uma doença esquelética caracterizada pela diminuição da densidade óssea e deterioração da microarquitetura óssea, levando a um aumento da fragilidade dos ossos e, consequentemente, a um risco elevado de fraturas.

Etiologia e fisiopatologia

A etiologia da osteoporose é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, hormonais, dietéticos e ambientais. Com o envelhecimento, há um desequilíbrio na remodelação óssea, onde a reabsorção óssea supera a formação óssea, resultando em perda progressiva da massa óssea (**Figura 3.4**)

Figura 3.4 Osso normal x Osteoporose

Fonte: MARINEHIRO, 2019

Sinais e sintomas

A osteoporose é frequentemente assintomática até que ocorra uma fratura. As fraturas ver-

tebrais podem causar dor, perda de altura e deformidade da coluna (corcunda de viúva). Fraturas do punho, quadril e outras localidades também são comuns.

Diagnóstico

O diagnóstico é confirmado por densitometria óssea, que avalia a densidade mineral óssea (DMO) e compara com padrões de referência. O exame é geralmente realizado no colo do fêmur e na coluna lombar (LIMA *et al.*, 2016).

Tratamento

Inclui medidas para prevenir quedas, suplementação (com cálcio e vitamina D), e medicamentos como bifosfonatos, moduladores seletivos do receptor de estrogênio, denosumabe, entre outros.

Prognóstico

Com tratamento adequado, a progressão da osteoporose pode ser retardada, e o risco de fraturas reduzido. No entanto, uma vez que uma fratura ocorre, pode levar a complicações significativas, especialmente as fraturas do quadril.

Prevenção

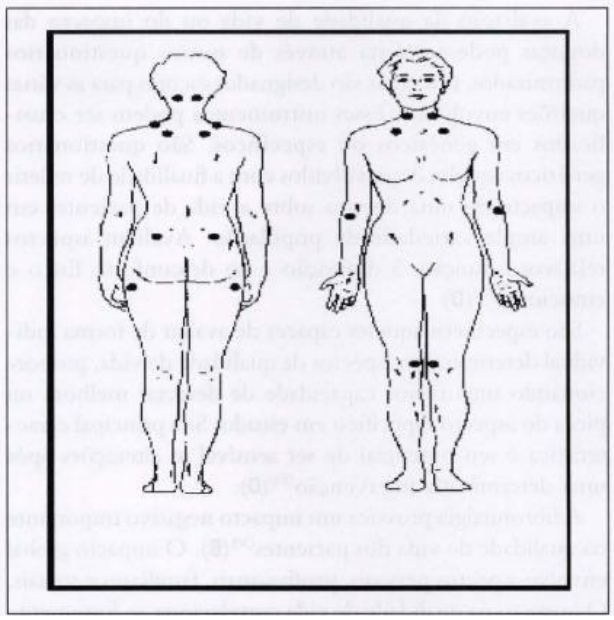
A prevenção começa na juventude, com a aquisição de massa óssea adequada através de dieta e exercício. Na idade adulta, a ingestão adequada de cálcio, vitamina D e atividade física regular são essenciais para manter a saúde óssea.

FIBROMIALGIA

Definição

A fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por dor musculoesquelética difusa crônica, acompanhada por sintomas como fadiga, distúrbios do sono, depressão, ansiedade e comprometimento cognitivo (FERREIRA *et al.*, 2017).

Figura 3.5 Trigger points



Fonte: OLIVEIRA & SHINOHARA, 2022.

Etiologia e fisiopatologia

A causa exata é desconhecida, mas acredita-se que envolva fatores genéticos, infecções, trauma físico ou emocional, e possivelmente alterações na modulação da dor no sistema nervoso central.

Sinais e sintomas

Dor difusa, pontos sensíveis específicos no exame físico (**Figura 3.5**), fadiga persistente, distúrbios do sono, rigidez matinal, cefaleia, síndrome do intestino irritável e sintomas neuropsicológicos.

Diagnóstico

Baseado em critérios clínicos, uma vez que não existem testes laboratoriais ou de imagem específicos. É fundamental excluir outras condições que podem simular ou coexistir com a fibromialgia, como doenças da tireoide, artrite reumatoide e lúpus (AZEVEDO *et al.*, 2015).

Tratamento

O manejo é multidisciplinar, envolvendo:

- Educação do paciente.
- Terapias cognitivo-comportamentais.

- Exercício físico regular, especialmente exercícios aeróbicos e de fortalecimento.
- Medicamentos para a dor, como analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos tricíclicos e antiepilépticos.
- Técnicas de relaxamento e fisioterapia.

Prognóstico

A fibromialgia é uma condição crônica, mas a maioria dos pacientes pode obter uma melhora significativa dos sintomas com tratamento adequado.

Prevenção

Não existe prevenção específica para a fibromialgia, mas a identificação e tratamento precoces podem ajudar a controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Exames de imagem nas doenças musculoesqueléticas na atenção primária

Os exames de imagem na atenção primária desempenham um papel crucial na avaliação inicial de pacientes com suspeita de DMEs. Eles auxiliam no diagnóstico preciso, determinando a extensão da doença e informando o plano terapêutico apropriado.

Radiografia (Rx): Na atenção primária, esta é frequentemente a primeira ferramenta de imagem solicitada para pacientes com queixas musculoesqueléticas. É capaz de identificar fraturas, sinais de artrite, deformidades ósseas e outros problemas relacionados ao sistema musculoesquelético.

Ultrassonografia (US): Este método não invasivo é valioso na avaliação de dores e inchaços inexplicados, permitindo a visualização de estruturas de tecidos moles, como tendinites, bursites e outras afecções. Além disso, pode ser utilizado na atenção primária para guiar procedimentos terapêuticos simples, como infiltrações.

Tomografia Computadorizada (TC): Embora menos comum na primeira linha de avaliação, pode ser útil em casos complexos que exigem uma visão mais detalhada, especialmente se suspeitarmos de lesões que não foram claras na radiografia.

Ressonância Magnética (RM): Em um cenário de atenção primária, a RM pode ser solicitada para casos em que há suspeita de problemas mais profundos em tecidos moles ou para esclarecer diagnósticos incertos, como lesões de disco ou patologias de ligamentos e tendões.

Cintilografia óssea: Raramente usada como primeira linha na atenção primária, mas pode ser considerada em casos em que há suspeitas de problemas metabólicos ou lesões ósseas que não são facilmente identificadas por outros métodos.

Na atenção primária, é essencial que os profissionais de saúde saibam quando solicitar estes exames e como interpretar seus resultados básicos, garantindo assim um encaminhamento eficaz e um manejo apropriado dos pacientes.

TRATAMENTO E GERENCIAMENTO

Abordagens não farmacológicas

Tratar e gerenciar DMEs frequentemente requer uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas são fundamentais, pois abordam aspectos biomecânicos, funcionais e psicológicos que podem estar contribuindo para a patologia ou limitando a recuperação.

Fisioterapia

A fisioterapia é uma das abordagens mais comuns e eficazes no tratamento de condições musculoesqueléticas.

• Mobilização/Manipulação: Técnicas manuais para melhorar a mobilidade articular e reduzir a dor.

• Terapia por Exercícios: Inclui fortalecimento, alongamento e exercícios de equilíbrio. Ajuda na reabilitação e na prevenção de futuras lesões.

• Modalidades físicas: Como ultrassom terapêutico, eletroterapia e terapia com laser para diminuir a inflamação e promover a cura.

• Hidroterapia: Exercícios realizados em piscinas, aproveitando as propriedades físicas da água para reduzir a carga nas articulações e melhorar a mobilidade (SOUZA *et al.*, 2018).

Educação do paciente

A educação é uma ferramenta poderosa no gerenciamento de condições musculoesqueléticas.

• Autogestão: Ensinar os pacientes sobre sua condição, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre seu tratamento.

• Prevenção: Fornecer informações sobre como evitar lesões ou recaídas, abordando fatores de risco modificáveis.

• Exercícios em casa: Instruir os pacientes sobre exercícios e alongamentos específicos que podem realizar em casa para complementar o tratamento clínico.

Intervenções ergonômicas

A ergonomia envolve adaptar o ambiente de trabalho e a forma como as tarefas são realizadas para se adequar às capacidades do indivíduo.

• Análise do posto de trabalho: Avaliação e modificação do ambiente de trabalho para reduzir estresse e carga sobre o sistema musculoesquelético.

• Equipamentos adaptados: Como cadeiras ergonômicas, teclados e mouses especiais, que podem reduzir o risco de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho.

• Pausas regulares: Incentivar pausas curtas durante o trabalho prolongado para reduzir o estresse sobre o sistema musculoesquelético.

• Treinamento de postura: Educar os trabalhadores sobre a importância da postura adequada e fornecer dicas e estratégias para mantê-la durante o trabalho.

A combinação de fisioterapia, educação do paciente e intervenções ergonômicas fornece uma abordagem holística e multidisciplinar para o tratamento e gerenciamento de DMEs. Estas estratégias não farmacológicas, muitas vezes em conjunto com terapias medicamentosas, podem otimizar os resultados do paciente e melhorar a qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2019).

ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS NAS DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS

Analgésicos

Os analgésicos desempenham um papel crucial no manejo da dor associada a DMEs. Os medicamentos de ação central, como paracetamol, são frequentemente usados devido ao seu perfil de segurança e eficácia em dores leves a moderadas. Já os opioides, como a codeína e o Tramadol, são reservados para dores mais intensas, embora seu uso deva ser criterioso devido ao potencial de dependência e efeitos colaterais.

Anti-inflamatórios

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como ibuprofeno e naproxeno, são amplamente prescritos para DMEs devido à sua ação dupla em aliviar a dor e reduzir a inflamação. No entanto, seu uso prolongado pode estar

associado a efeitos adversos gastrointestinais, cardiovasculares e renais. Por isso, é essencial monitorar os pacientes regularmente, especialmente aqueles com comorbidades.

Modificadores da doença

Em DMEs crônicas, como a artrite reumatoide, os modificadores da doença, como os DMARDs (do inglês, *Disease-Modifying Antirheumatic Drugs*) desempenham um papel vital. Estes medicamentos, incluindo metotrexato e leflunomida, atuam alterando a progressão da doença, reduzindo a destruição articular e melhorando a sintomatologia. O manejo com esses medicamentos requer acompanhamento regular para monitorização de potenciais efeitos adversos (MENDES *et al.*, 2020).

Encaminhamentos e especialidades secundárias

Nem todas as DMEs podem ser adequadamente manejadas apenas na atenção primária. Casos complexos, ou aqueles que não respondem à terapia inicial, podem exigir o encaminhamento a especialidades secundárias, como reumatologia, ortopedia ou fisiatria. A decisão de encaminhar deve ser baseada na gravidade dos sintomas, no potencial de progressão da doença e nas necessidades específicas do paciente.

Continuidade do Cuidado: O manejo das DMEs é muitas vezes uma jornada colaborativa entre o médico de atenção primária, o paciente e os especialistas. A comunicação eficaz e a transição suave do cuidado entre os diferentes níveis de atendimento garantem que os pacientes recebam a intervenção adequada no momento certo, minimizando a progressão da doença e otimizando a qualidade de vida.

Prevenção e Educação em Saúde nas DMEs (FERREIRA *et al.*, 2017).

Estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças musculoesqueléticas

O estilo de vida desempenha um papel crucial na prevenção de DMEs. Atividades físicas regulares, como caminhadas, natação e exercícios de fortalecimento, podem ajudar a manter a integridade e a função das articulações, músculos e ossos. Além disso, uma alimentação equilibrada, rica em cálcio e vitamina D, é essencial para a saúde óssea. A conscientização sobre posturas adequadas no trabalho e no dia a dia, bem como a importância de ergonomia, são fundamentais para evitar lesões e desgastes que podem levar a complicações musculoesqueléticas ao longo do tempo.

Intervenções comunitárias

As intervenções comunitárias têm o potencial de alcançar grandes grupos de pessoas, promovendo a saúde musculoesquelética em níveis mais amplos. Programas de educação em escolas, por exemplo, podem ensinar as crianças sobre a importância de uma postura correta, bem como os benefícios do exercício regular. Além disso, campanhas de sensibilização em comunidades podem promover atividades coletivas, como aulas de ginástica, yoga ou tai chi, que beneficiam a saúde musculoesquelética. Parcerias entre o setor de saúde e empresas locais podem resultar em oficinas de ergonomia no local de trabalho, reduzindo o risco de lesões relacionadas ao trabalho.

Conscientização e Educação: Informar o público sobre os riscos e medidas preventivas é uma das chaves para a prevenção de doenças musculoesqueléticas. A compreensão dos sintomas precoces de condições como osteoporose, artrite e outras patologias pode levar a intervenções oportunas, limitando a progressão da doença e melhorando os resultados clínicos. Materiais educativos, como panfletos, vídeos e seminários, são ferramentas valiosas nesse esforço educacional (ALVES *et al.*, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J.R. *et al*. Protocolos de encaminhamento para cirurgias ortopédicas na atenção primária. Revista Brasileira de Ortopedia e Saúde Pública, v. 15, p. 58, 2014.

AZEVEDO, D.T. *et al*. Abordagem do paciente com síndrome do túnel do carpo na atenção primária. Jornal de Cirurgia da Mão, v. 7, p. 60, 2015.

BARROS, M.F. *et al*. Estratégias de reabilitação para tendinite e tenossinovite na atenção básica. Revista de Medicina Esportiva, v. 13, p. 33, 2019.

CARRAZZONE, O. Tudo sobre Bursite e Tendinite, 2020. Disponível em: https://orestecarrazzone.com.br/bursite-e-tendinite/. Acesso 03/09/2023.

CARVALHO, R.S. *et al*. Intervenções fisioterapêuticas para lesões musculares na atenção primária. Revista de Fisioterapia e Atenção Básica, v. 12, p. 88, 2017.

CLINICA DA COLUNA VERTEBRAL et al 2021.

COSTA, P.L. *et al*. Avaliação funcional de pacientes com doenças musculoesqueléticas em atenção primária. Jornal de Avaliação em Saúde, v. 16, p. 7, 2019.

FERREIRA, A.S. *et al*. Educação em saúde para pacientes com doenças musculoesqueléticas. Revista de Saúde e Educação, v. 20, p. 25, 2017.

LIMA, C.R. *et al*. Implementação de protocolos para manejo de artrite psoriática na atenção básica. Revista de Dermatologia e Reumatologia, v. 18, p. 45, 2016.

MARINHEIRO, L. Osteoporose: a importância do diagnóstico, 2019. Disponível em: https://www.lizankamarinheiro.com/osteoporose-importancia-do-diagnostico/. Acesso 03/09/2023.

MARTINS, T.C. *et al*. O papel da atenção básica no manejo da osteoporose. Jornal de Osteoporose e Saúde Pública, v. 30, p. 67, 2015.

MARTINS, D.E. *et al*. Clínica da Coluna Vertebral. Editora Atheneu; 1ª edição, 2014.

MENDES, R.G. *et al*. Estratégias de prevenção de lesões esportivas na atenção básica. Revista Brasileira de Medicina Esportiva e Saúde Pública, v. 22, p. 80, 2020.

NASCIMENTO, L.P. *et al*. Capacitação de profissionais de saúde na identificação de distúrbios musculoesqueléticos. Jornal de Saúde e Formação, v. 17, p. 12, 2020.

OLIVEIRA, T.B.S. & SHINOHARA, N.K.S. Redução do quadro álgico em pacientes com fibromialgia através do exercício físico registido, orientado e acompanhado pelo profissional de educação física. Conjecturas, v. 22, n. 1, p. 222, 2022. doi:10.53660/CONJ-401-516.

SANTOS, L.B. *et al*. Abordagens para artrite reumatoide na atenção primária: diretrizes clínicas. Revista Brasileira de Reumatologia e Atenção Primária, v. 24, p. 45, 2013.

SILVEIRA, H.N. *et al*. Abordagem multidisciplinar da fibromialgia em unidades básicas de saúde. Revista de Dor Crônica, v. 9, p. 100, 2016.

SOUZA, E.F. *et al*. Gota e atenção básica: diagnóstico, tratamento e prevenção. Revista de Endocrinologia e Saúde Pública, v. 14, p. 33, 2018.

UCHÔA, L.C. *et al*. Histologia Básica: Texto e Atlas. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2018.

VIEIRA, P.O. *et al*. Atenção primária e dores nas costas: prevenção e manejo. Jornal de Saúde Musculoesquelética, v. 28, p. 15, 2018.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 04

SAÚDE MENTAL

BIANCA DELA-MURA PASQUARELLI[1]
GIOVANNA MACHADO MARINHO[2]
MARIANA ABUCATER COUTO[3]
RAFAELA FERREIRA ISRAEL ASSUNÇÃO[4]

1. *Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).*
2. *Discente - Medicina na AFYA Faculdade de Ciências Médicas de Palmas TO.*
3. *Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.*
4. *Discente - Medicina na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.*

Palavras Chave: *Transtornos mentais; Terapia; Prevenção.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.4

INTRODUÇÃO

A Crescente relevância da Saúde Mental na medicina contemporânea

Nos últimos anos, a medicina tem experimentado uma transformação notável em sua abordagem à saúde mental. Tradicionalmente, os cuidados médicos eram predominantemente centrados em doenças físicas, com a saúde mental sendo, muitas vezes, relegada a um segundo plano. No entanto, com o aumento da compreensão da intrincada relação entre a mente e o corpo, bem como o impacto significativo dos transtornos mentais na qualidade de vida global do indivíduo, a saúde mental emergiu como uma área de foco vital na prática médica contemporânea.

Uma visão integrativa da saúde reconhece que a saúde mental e a física estão intrinsecamente ligadas, com uma influenciando a outra de maneiras profundas e muitas vezes complexas. Está claro que não podemos mais considerar a saúde mental como uma entidade isolada; ela é fundamental para a compreensão holística do bem-estar humano.

As estatísticas recentes corroboram a urgência desta perspectiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o meu último ponto de conhecimento em setembro de 2021:

- Cerca de 1 em cada 4 pessoas no mundo será afetada por transtornos mentais ou neurológicos em algum momento de suas vidas.
- A depressão é a principal causa de incapacidade mundialmente e é um importante contribuinte para a carga global de doenças.
- Transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos de humor e transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, estão entre os 15 principais causadores de incapacidade em todo o mundo (ROCHA *et al.*, 2014).

Estas estatísticas refletem a extensão da crise de saúde mental que enfrentamos no cenário global. Além disso, é fundamental destacar que os desafios de saúde mental são frequentemente exacerbados por estigmas sociais, limitações em recursos e acesso a cuidados, e uma falta de compreensão pública generalizada sobre a natureza e o impacto dos transtornos mentais.

Em face deste cenário, a medicina contemporânea busca não apenas compreender e tratar os transtornos mentais, mas também promover a saúde mental como um componente integral do bem-estar humano. A integração da saúde mental nas políticas de saúde pública, nas estratégias de prevenção e nos sistemas de atenção primária é uma etapa crucial na construção de comunidades mais saudáveis e resilientes (SILVEIRA *et al.*, 2015). O objetivo do presente capítulo é abordar sobre a saúde mental na atenção primária, evidenciando os principais aspectos e como deve ser abordado

CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM SAÚDE MENTAL

Definição de Saúde Mental

A saúde mental é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de realizar suas habilidades, lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para sua comunidade. Não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade; é uma compreensão holística da capacidade de uma pessoa de pensar, expressar emoções, interagir com outras pessoas e enfrentar os desafios diários da vida.

Transtornos mentais x distúrbios psicológicos x desequilíbrios emocionais

Embora estes termos sejam frequentemente usados de forma intercambiável em contextos informais, eles possuem nuances distintas no campo médico (GOMES *et al.*, 2017).

Transtornos mentais

Estes são padrões ou síndromes psicológicas clinicamente significativas que ocorrem em um indivíduo e que estão associados ao sofrimento, à incapacidade, ou ao risco de sofrimento ou incapacidade. Eles refletem disfunções comportamentais, psicológicas ou biológicas no indivíduo. Alguns exemplos incluem esquizofrenia, transtorno depressivo maior e transtorno bipolar. Estes são geralmente diagnosticados com base em critérios específicos, como os encontrados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

Distúrbios psicológicos

Este é um termo mais amplo que pode incluir transtornos mentais, mas também pode se referir a condições que não necessariamente atendem aos critérios rigorosos para um diagnóstico de transtorno mental. Por exemplo, enquanto a fobia social é um transtorno mental, uma timidez extrema que não atende aos critérios para a fobia social pode ser considerada um distúrbio psicológico.

Desequilíbrios emocionais

Este é um termo menos técnico e não é comumente usado em diagnósticos clínicos. Geralmente refere-se a variações extremas ou instabilidades no humor ou comportamento de uma pessoa. Pode ser temporário ou crônico, e pode ser desencadeado por eventos, circunstâncias ou, em alguns casos, sem uma causa aparente. Os desequilíbrios emocionais podem ou não ser indicativos de um transtorno mental subjacente (BARBOSA *et al.*, 2016).

Evolução das Abordagens Terapêuticas
Psicanálise

Iniciada por Freud, essa abordagem foca na resolução de conflitos inconscientes. Envolve sessões de "fala", onde os pacientes são encorajados a discutir seus pensamentos e sonhos.

Terapias comportamentais

Surgidas nas décadas de 1950 e 1960, estas terapias focam no comportamento observável e nas formas de modificá-lo. O condicionamento clássico e operante são os pilares desta abordagem.

Terapia cognitiva e cognitivo-comportamental (TCC)

Desenvolvida nas décadas de 1960 e 1970, a TCC se concentra na relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. É uma abordagem prática e orientada para a solução.

Farmacoterapia

A introdução de medicamentos para tratar transtornos mentais, começando com os antipsicóticos na década de 1950, transformou a prática da psiquiatria. O tratamento farmacológico tornou-se um dos pilares do manejo de várias condições, como esquizofrenia, depressão e transtornos de ansiedade (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Terapias Biológicas

Além da farmacoterapia, outras intervenções, como a eletroconvulsoterapia (ECT) e, mais recentemente, a estimulação magnética transcraniana (EMT), foram desenvolvidas (**Figura 4.1**).

Figura 4.1 Aplicação da estimulação magnética transcraniana (EMT)

Fonte: BOGGIO *et al.*, 2006

Terapias Integrativas e Holísticas

Em resposta à demanda por tratamentos menos invasivos e mais naturais, houve um ressurgimento nas abordagens holísticas e integrativas, incluindo a meditação, a atenção plena (*mindfulness*) e a terapia artística (COSTA *et al.*, 2015).

PATOLOGIAS

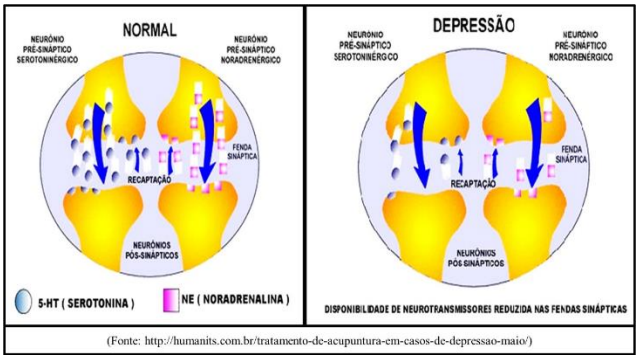
Depressão

A depressão, clinicamente conhecida como transtorno depressivo maior, é uma condição médica séria e comum que afeta a maneira como uma pessoa se sente, pensa e age. É caracterizada por um conjunto persistente de sintomas emocionais, cognitivos e físicos. Emocionalmente, indivíduos deprimidos podem se sentir tristes, vazios ou desesperançosos de forma constante. Cognitivamente, podem enfrentar dificuldades de concentração, tomada de decisões ou desenvolver pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Fisicamente, os sintomas podem incluir alterações no peso ou no apetite, fadiga, insônia ou hipersonia, e um decréscimo notável nas atividades diárias.

A etiologia da depressão é multifatorial, envolvendo uma combinação de fatores biológicos, genéticos, ambientais e psicológicos. O desequilíbrio de neurotransmissores no cérebro, como a serotonina e a dopamina, desempenha um papel crucial (**Figura 4.2**), mas fatores como experiências traumáticas, luto, estressores da vida ou predisposição genética também contribuem para a sua manifestação (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Quando se trata de abordagens terapêuticas, a depressão é geralmente tratada com uma combinação de psicoterapia e medicação. A TCC é uma das modalidades psicoterápicas mais eficazes para a depressão, centrada na identificação e reestruturação de pensamentos e comportamentos negativos. Em relação à farmacoterapia, os antidepressivos, especialmente os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (**Figura 4.3**), são frequentemente prescritos, tendo demonstrado eficácia na redução dos sintomas depressivos em muitos pacientes (SANTOS *et al.*, 2020).

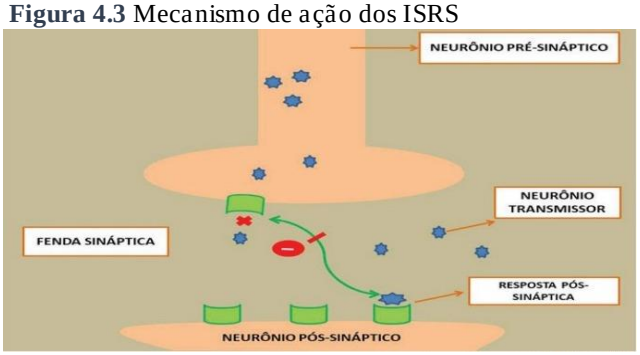
Figura 4.2 Esquema representando uma sinapse normal e uma sinapse em um paciente com depressão



Fonte: COUTINHO *et al*., 2015

No entanto, é fundamental reconhecer que cada indivíduo é único, e o que funciona para uma pessoa pode não ser eficaz para outra. Portanto, a abordagem terapêutica deve ser personalizada, envolvendo uma combinação ajustada de terapia, medicação e, em alguns casos, intervenções adicionais, como terapias complementares ou técnicas de relaxamento, para garantir uma recuperação completa e sustentada.

Figura 4.3 Mecanismo de ação dos ISRS



Fonte: HOWLAND & MYCEK, (2007).

Ansiedade

A ansiedade, do ponto de vista médico, refere-se a um espectro de transtornos psiquiátri-

cos caracterizados por sentimentos exacerbados de preocupação, medo ou tensão. Estes transtornos diferem da ansiedade situacional ou transitória, que pode ser uma resposta natural a certos estímulos ou situações. Dentre os principais transtornos de ansiedade, encontram-se o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno de Pânico, o Transtorno de Ansiedade Social (ou Fobia Social) e os Transtornos de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno de Ansiedade de Separação.

O TAG é caracterizado por preocupações excessivas e persistentes sobre várias áreas da vida, como trabalho, saúde ou finanças. Já o Transtorno de Pânico envolve episódios recorrentes de terror intenso, acompanhados por sintomas físicos como palpitações, sudorese e sensação de asfixia. O Transtorno de Ansiedade Social refere-se ao medo intenso e persistente de situações sociais ou performances, enquanto o TEPT é uma resposta a experiências traumáticas, e pode manifestar-se por meio de flashbacks, pesadelos e reações intensas a gatilhos relacionados ao trauma. Por fim, o Transtorno de Ansiedade de Separação geralmente é observado em crianças, mas também pode afetar adultos, manifestando-se como um medo excessivo de se separar de pessoas a quem estão apegados.

Do ponto de vista terapêutico, a abordagem para transtornos de ansiedade frequentemente envolve uma combinação de psicoterapia e farmacoterapia. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem demonstrado eficácia robusta no tratamento de vários transtornos de ansiedade, centrando-se na identificação e reestruturação de padrões de pensamento e comportamento disfuncionais. No âmbito farmacológico, os ansiolíticos, como os benzodiazepínicos, podem ser prescritos para alívio a curto prazo dos sintomas, enquanto os antidepressivos, particularmente os ISRS, são frequentemente utilizados para tratamento a longo prazo (LIMA *et al.*, 2018).

Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno psicótico crônico e grave que afeta a maneira como uma pessoa pensa, sente e se comporta. Do ponto de vista clínico, seus sintomas são frequentemente categorizados como positivos, negativos e cognitivos. Sintomas positivos incluem alucinações (percepções falsas, como ouvir vozes), delírios (crenças firmes e falsas, muitas vezes de natureza paranoica) e pensamento desorganizado ou fala. Sintomas negativos são aqueles que diminuem a capacidade do indivíduo de funcionar normalmente, como apatia, falta de emoção, pobreza de discurso e incapacidade de iniciar e persistir em atividades. Os sintomas cognitivos, por sua vez, podem ser sutis, mas têm impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, envolvendo problemas de memória, atenção e outras funções cognitivas.

No que diz respeito ao tratamento da esquizofrenia, a abordagem é frequentemente multimodal, envolvendo tanto intervenções farmacológicas quanto psicossociais. Do ponto de vista farmacológico, os antipsicóticos são a pedra angular do tratamento. Estes medicamentos são divididos em antipsicóticos típicos (ou de primeira geração) e atípicos (ou de segunda geração). Os antipsicóticos atípicos, como a risperidona, olanzapina e clozapina, são geralmente preferidos devido ao seu perfil de efeitos colaterais mais favorável, embora a seleção de medicamentos deva ser individualizada com base no perfil sintomático do paciente, comorbidades e possíveis interações medicamentosas.

A terapia psicossocial é fundamental para apoiar os indivíduos com esquizofrenia na gestão dos sintomas e reintegração à sociedade. Tais intervenções incluem a Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose (TCCp), treina-

mento de habilidades sociais, programas de reabilitação psicossocial e suporte ao emprego apoiado. Estas modalidades terapêuticas são projetadas para ajudar os pacientes a lidar com seus sintomas, melhorar a adesão ao tratamento e reduzir as recaídas (FERREIRA *et al.*, 2017).

PSICOTERAPIAS

A TCC é uma abordagem psicoterapêutica baseada em evidências que se concentra na interação entre pensamentos, emoções e comportamentos. A TCC opera sob a premissa de que a modificação de cognições disfuncionais pode levar a mudanças no comportamento e no estado emocional do paciente. Está indicada para uma variedade de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e muitos outros. A eficácia da TCC é bem estabelecida, sendo uma das terapias de primeira linha recomendadas para várias condições (**Figura 4.4**)

Figura 4.4 Modelo de terapia cognitiva

Fonte: WRIGHT *et al.*, 2008

A psicanálise contemporânea representa uma evolução das teorias e técnicas originalmente propostas por Sigmund Freud. Enquanto a psicanálise tradicional se concentra no inconsciente, nos impulsos reprimidos e na interpretação dos sonhos, a abordagem contemporânea incorpora uma compreensão mais ampla da mente humana e da intersubjetividade. A ênfase é colocada na relação terapêutica, na co-construção de significados e na importância dos processos mentais mais elevados. A psicanálise contemporânea é utilizada no tratamento de uma variedade de transtornos psicológicos e é particularmente útil para pacientes com problemas de personalidade ou questões relacionadas à identidade e autoconceito.

As terapias de terceira onda representam uma evolução das intervenções baseadas em TCC. Estas terapias são caracterizadas por seu foco na aceitação, na mente plena (*mindfulness*) e nos valores pessoais. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma das terapias de terceira onda mais reconhecidas. A ACT não busca eliminar os sintomas, mas sim mudar a relação do paciente com seus pensamentos e sentimentos. Isso é alcançado através do desenvolvimento da flexibilidade psicológica, permitindo que o paciente se mova em direção a valores e objetivos pessoais, apesar da presença de sintomas psicológicos (NUNES *et al.*, 2018).

FARMACOTERAPIA

A farmacoterapia refere-se ao tratamento de doenças e distúrbios por meio da administração de medicamentos. No contexto da psiquiatria, a farmacoterapia envolve a prescrição de psicofármacos para tratar uma variedade de transtornos mentais, desde depressão e ansiedade até esquizofrenia e transtorno bipolar. O objetivo primário é aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e, em alguns casos, prevenir recaídas.

Quanto aos psicofármacos mais utilizados, podemos categorizá-los em vários grupos: antidepressivos (como ISRSs, e antidepressivos tricíclicos - ATCs), ansiolíticos (por exemplo,

benzodiazepínicos), antipsicóticos (como os típicos e atípicos) e estabilizadores do humor (como o lítio e anticonvulsivantes). A seleção do medicamento apropriado depende do diagnóstico, dos sintomas apresentados pelo paciente, das contraindicações e dos potenciais interações medicamentosas (SILVA *et al.*, 2019).

Os benefícios da farmacoterapia em psiquiatria são notáveis. Muitos pacientes experimentam uma significativa redução dos sintomas, permitindo-lhes retomar atividades diárias, melhorar relacionamentos e aumentar sua qualidade de vida geral. Além disso, em condições como a esquizofrenia ou o transtorno bipolar, os psicofármacos podem prevenir recaídas e episódios agudos, tornando-se cruciais para a gestão a longo prazo da doença.

No entanto, como qualquer intervenção médica, a farmacoterapia também apresenta riscos. Os efeitos colaterais variam amplamente, desde sintomas gastrointestinais, alterações de peso, sonolência, até efeitos mais graves como discinesia tardia ou síndrome metabólica. Por isso, é essencial uma monitorização regular dos pacientes em tratamento com psicofármacos. Além disso, a descontinuação abrupta de alguns medicamentos pode levar à síndrome de abstinência ou rebote. Portanto, a decisão de iniciar, ajustar ou interromper a medicação deve ser tomada com cuidado, idealmente em colaboração entre o paciente, o médico e outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado (MATOS *et al.*, 2016).

ABORDAGENS INTEGRATIVAS

As abordagens integrativas em medicina combinam tratamentos tradicionais com terapias complementares, buscando cuidar do paciente como um todo — corpo, mente e espírito. Nos últimos anos, técnicas como meditação e *mindfulness* têm sido cada vez mais integradas ao tratamento convencional, respaldadas por evidências crescentes de sua eficácia em melhorar a qualidade de vida e reduzir sintomas de diversas condições médicas. Estas práticas focam no momento presente, ajudando pacientes a desenvolver uma consciência plena de suas experiências internas e externas, o que pode auxiliar no manejo de condições como ansiedade, depressão e dor crônica.

O uso da meditação e *mindfulness* no contexto clínico tem demonstrado benefícios em diversas pesquisas. Estudos com ressonância magnética funcional (fMRI) e eletroencefalograma (EEG) revelam alterações na atividade cerebral relacionadas à redução do estresse, aumento da resiliência e melhoria da regulação emocional após a prática regular dessas técnicas. Além disso, há evidências de que essas práticas podem modular a resposta inflamatória do corpo, influenciar positivamente o sistema imunológico e melhorar marcadores de saúde cardiovascular.

As abordagens holísticas vão além das terapias mente-corpo como meditação e *mindfulness*. Elas podem incluir acupuntura (**Figura 4.5**), fitoterapia, manipulação corporal e dietas específicas. O princípio central é considerar o indivíduo em sua totalidade, enfatizando a interconexão entre mente, corpo e ambiente. Enquanto a eficácia de algumas dessas práticas ainda é objeto de debate, muitas delas têm demonstrado benefícios em ensaios clínicos randomizados e são bem aceitas por pacientes que buscam tratamentos menos invasivos ou alternativas à farmacoterapia. No entanto, é crucial que essas abordagens sejam aplicadas por profissionais capacitados e, preferencialmente, em conjunto com tratamentos médicos convencionais, garantindo um cuidado integral e baseado em evidências ao paciente (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Figura 4.5 Prática de acupuntura

Fonte: SMCARE, 2021.

A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO EM MEDICINA

No âmbito médico, a prevenção representa uma estratégia fundamental, pois visa antecipar e reduzir o risco de desenvolvimento de doenças, minimizando o impacto na saúde pública e os custos associados. Ao focar na prevenção, pode-se não apenas evitar a manifestação de patologias, mas também garantir uma melhor qualidade de vida para a população. A prevenção se estabelece em diferentes níveis: prevenção primária (evitar o surgimento da doença), secundária (detectar e tratar precocemente) e terciária (minimizar os efeitos negativos de uma doença estabelecida).

O autocuidado e a resiliência são aspectos cruciais para a prevenção. Autocuidado refere-se à capacidade do indivíduo de identificar e responder às próprias necessidades físicas, emocionais e mentais. Essa habilidade de autogerenciamento permite que as pessoas tomem decisões informadas sobre sua saúde, resultando em comportamentos mais saudáveis. Já a resiliência, a capacidade de se adaptar e recuperar de adversidades, contribui para uma melhor resposta diante de situações estressantes, mitigando o impacto potencial sobre a saúde mental e física. Ambos os conceitos, quando cultivados, servem como importantes ferramentas de prevenção, pois auxiliam os indivíduos a enfrentar desafios e a manter-se saudáveis diante de adversidades.

Em relação à promoção da saúde mental, há uma crescente consciência sobre sua importância no cenário médico global. Investir em estratégias de promoção da saúde mental pode prevenir o surgimento de transtornos mentais e ampliar a resiliência dos indivíduos. Ações como programas de educação em saúde mental nas escolas, capacitação de profissionais de saúde para identificar precocemente sinais de transtornos mentais e campanhas de sensibilização pública são exemplos de estratégias eficazes (ALMEIDA *et al.*, 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.K. *et al*. Saúde mental e atenção primária: perspectivas de integração em tempos de pandemia. Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. 94, 2020.

AZEVEDO, H.S. *et al*. O manejo da ansiedade em pacientes na atenção básica: uma revisão prática. Revista de Ansiedade e Tratamentos, v. 18, p. 64, 2016

BARBOSA, F.J. *et al*. Saúde mental infantil na atenção primária: estratégias de promoção e prevenção. Revista de Pediatria e Psicologia, v. 11, p. 45, 2016

BOGGIO, P.S. *et al*. Estimulação magnética transcraniana na neuropsicologia: novos horizontes em pesquisa sobre o cérebro. Revista Brasileira Psiquiatria, v. 28, p. 44, 2006.

COSTA, V.L. *et al*. A formação continuada em saúde mental para profissionais de atenção primária. Revista de Educação e Saúde, v. 21, p. 76, 2015.

COUTINHO, M.E.M. *et al*. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, v. 19, n. 1, p.49, 2015.

FERREIRA, M.O. *et al*. Abordagem do uso de substâncias e dependência química na atenção primária. Revista de Dependência Química, v. 9, p. 29, 2017.

GOMES, R.A. *et al*. Abordagem do paciente depressivo na atenção básica: diretrizes e recomendações. Revista de Saúde Mental e Atuação Primária, v. 19, p. 28, 2017.

HOWLAND, R.D. & MYCEK, M.J. Farmacologia ilustrada. 3° ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

LIMA, E.F. *et al*. Atendimento ao paciente com transtornos psicóticos na atenção básica: diretrizes e abordagens. Jornal de Psicose e Atenção Primária, v. 14, p. 37, 2018.

MATOS, F.L. *et al*. Prevenção do suicídio na atenção básica: ferramentas e recomendações. Jornal de Prevenção e Saúde Mental, v. 8, p. 13, 2016.

NUNES, R.G. *et al*. Saúde mental e atenção primária: avaliação de impacto de treinamentos e capacitações. Jornal de Saúde e Capacitação, v. 4, p. 50, 2018.

OLIVEIRA, T.R. *et al*. A integração de equipes de saúde mental e atenção básica: um estudo qualitativo. Jornal de Saúde Coletiva e Mental, v. 23, p. 12, 2019.

ROCHA, L.M. *et al*. Intervenções breves em saúde mental na atenção primária: uma revisão de estratégias. Revista Brasileira de Psicologia Clínica, v. 27, p. 54, 2014.

SANTOS, D.L. *et al*. Estratégias de saúde mental para populações vulneráveis na atenção primária. Jornal de Saúde Pública e Vulnerabilidade, v. 26, p. 5, 2020.

SILVA, G.N. *et al*. Estratégias de atendimento em saúde mental para população LGBTQ+ na atenção primária. Revista de Diversidade e Saúde, v. 6, p. 21, 2019.

SILVEIRA, J.P. *et al*. Atenção primária e saúde mental: desafios da integração. Jornal de Saúde Mental, v. 33, p. 126, 2015.

SMCARE CLÍNICA DE FISIOTERAPIA. Acupuntura para ansiedade: quais são os benefícios dessa prática?. Disponível em: https://blog.smcare.com.br/acupuntura-para-ansiedade-quais-sao-os-beneficios-dessa-pratica/. Acesso em 17/09/2023.

WRIGHT, J.H. *et al*. Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrado. Tradução Mónica Giglio Armando, Porto Alegre: Artmed, 2008.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 05

SAÚDE DA MULHER

JÚLIA MESSIAS MURAD[1]
ANA BEATRIZ LARA MELO[2]
MARCELLA LIMA OLIVEIRA[3]
THAIENY EMANUELLE OLIVEIRA LEMES[4]

1. *Discente - Medicina na FAMINAS BH.*
2. *Discente – Medicina na Universidade de Itaúna.*
3. *Médica pela FAMINAS BH*
4. *Discente- Medicina na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri*

Palavras Chave: *Saúde da mulher; Atenção primária; Prevenção.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.5

INTRODUÇÃO

Saúde da mulher no cenário mundial: uma perspectiva médica

A saúde da mulher tornou-se um tópico de interesse crescente em todo o mundo, não apenas devido à sua complexidade inerente e às diferenças biológicas entre os sexos, mas também em razão dos inúmeros desafios socioeconômicos, culturais e políticos que as mulheres enfrentam em diferentes contextos.

Desde a Declaração de Alma-Ata em 1978, que estabeleceu a atenção primária à saúde como a chave para a promoção da saúde global, a importância da saúde da mulher foi reconhecida não apenas em termos reprodutivos, mas também em um espectro mais amplo de bem-estar físico, mental e social.

No entanto, apesar dos avanços, muitas mulheres em diversas partes do mundo ainda enfrentam barreiras significativas para acessar cuidados de saúde de qualidade, sendo estas barreiras amplificadas por desigualdades socioeconômicas, discriminações culturais, falta de educação e infraestrutura inadequada. Fisiologia e mudanças ao longo da vida da mulher (MIRANDA *et al.*, 2016).

O objetivo do presente capítulo é abordar sobre a saúde da mulher na atenção primária, evidenciando os principais aspectos e como deve ser abordado.

PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA

A puberdade é um período crítico na vida das mulheres, marcado por mudanças fisiológicas significativas, impulsionadas principalmente por flutuações hormonais. O eixo hipotálamo-hipófise-ovário torna-se progressivamente mais ativo, levando à produção de estrogênio e progesterona, que são cruciais para o desenvolvimento sexual feminino.

Mudanças hormonais

A liberação pulsátil do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH) pelo hipotálamo induz a secreção de hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH) pela hipófise, o que, por sua vez, estimula o ovário a produzir estrogênios e progesterona. Isso resulta no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, como o crescimento mamário e a redistribuição de gordura corporal (SILVA *et al.*, 2014).

Menstruação

A menarca, ou a primeira menstruação, é um marco significativo da puberdade e indica a capacidade reprodutiva em potencial da mulher. É regulada por complexas interações hormonais que levam ao ciclo menstrual, um processo mensal de preparação do corpo feminino para uma possível gravidez.

FERTILIDADE E REPRODUÇÃO

A fertilidade feminina refere-se à capacidade da mulher conceber e está intimamente relacionada à ovulação regular. A ovulação é a liberação de um óvulo maduro do ovário, geralmente ocorrendo no meio do ciclo menstrual, e é precedida por um aumento no LH. A fertilidade feminina atinge seu pico na terceira década de vida e começa a diminuir após os 30 anos, diminuindo significativamente após os 35 anos.

Menopausa

A menopausa, definida como a cessação permanente da menstruação devido à perda da atividade ovariana, geralmente ocorre entre os 45 e 55 anos. É caracterizada por uma diminuição na produção de estrogênio (**Figura 5.1**).

Sintomas

Os sintomas comuns incluem ondas de calor, suores noturnos, secura vaginal, alterações

de humor e insônia. Também existe um risco aumentado de osteoporose devido à diminuição da densidade mineral óssea.

Tratamento

A terapia de reposição hormonal (TRH) é frequentemente usada para tratar sintomas menopáusicos. No entanto, sua indicação deve ser cuidadosamente avaliada, pois está associada a riscos, incluindo um aumento no risco de certos tipos de câncer (ALVES *et al.*, 2017).

Envelhecimento

À medida que envelhecem, as mulheres enfrentam desafios específicos relacionados à saúde.

Osteoporose

A perda progressiva da densidade mineral óssea, exacerbada pela diminuição dos níveis de estrogênio após a menopausa, aumenta o risco de fraturas.

Doença cardiovascular

A proteção relativa das mulheres contra doenças cardiovasculares, proporcionada pelos estrogênios, diminui com a idade, especialmente após a menopausa.

Saúde mental

Questões como depressão, ansiedade e declínio cognitivo podem se tornar mais prevalentes.

Prevenção e cuidados

Recomenda-se a realização regular de exames de mamografia, densitometria óssea e exames pélvicos. A adesão a um estilo de vida saudável, incluindo dieta equilibrada, exercício físico e sem consumo de tabaco e álcool em excesso, é fundamental.

O entendimento e a abordagem apropriada destas fases e mudanças são vitais para garantir o bem-estar e a saúde da mulher em todas as etapas da vida.

Figura 5.1 Envelhecimento das mulheres

Fonte: PALMEIRA, 2023

ASPECTOS GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS EM FOCO

Endometriose

Uma das patologias ginecológicas mais prevalentes, a endometriose é caracterizada pelo crescimento anormal do tecido endometrial fora do útero. Este crescimento ectópico pode ocorrer em diversos locais, como ovários, trompas de Falópio e peritônio. Os sintomas variam em intensidade, mas frequentemente incluem dor pélvica, dismenorreia e, em alguns casos, infertilidade. O diagnóstico é frequentemente desafiador, e muitas mulheres podem permanecer sem diagnóstico por anos. O tratamento pode incluir abordagens medicamentosas e, em casos mais graves, intervenções cirúrgicas (CARVALHO *et al.*, 2018).

Miomas uterinos

Miomas são tumores benignos do músculo uterino e representam uma das condições ginecológicas mais comuns. Podem ser assintomáticos ou causar sintomas como sangramento menstrual excessivo, dor pélvica e pressão. A maneira de tratá-los depende do tamanho, localização e sintomatologia associada. As opções de tratamento vão desde a observação clínica

até procedimentos cirúrgicos, como a miomectomia ou, em casos selecionados, a histerectomia.

Síndrome dos ovários policísticos (PCOS)

A PCOS é uma desordem endócrina que afeta uma proporção significativa das mulheres em idade reprodutiva. Caracterizada por irregularidades menstruais, hiperandrogenismo e presença de múltiplos pequenos cistos nos ovários, a PCOS pode ter implicações metabólicas, reprodutivas e psicológicas. O manejo envolve a abordagem dos sintomas individuais e a prevenção de complicações associadas, como o diabetes tipo 2 (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Câncer de mama

A neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, o câncer de mama tem sua incidência e mortalidade significativamente reduzidas quando detectado precocemente. Por isso, estratégias de rastreamento, como a mamografia, são essenciais. A promoção de auto exames e consultas regulares ao ginecologista também são vitais para o diagnóstico precoce (**Figura 5.2**).

Câncer de ovário

Este é um dos cânceres ginecológicos mais letais, principalmente porque muitas vezes é diagnosticado em estágios avançados. Não existem atualmente métodos de rastreamento recomendados de forma rotineira para sua detecção precoce. No entanto, a conscientização sobre seus sintomas, como distensão abdominal e dor pélvica, é crucial.

Câncer de colo de útero

Associado principalmente ao Papilomavírus Humano (HPV), o câncer cervical é uma das neoplasias mais preveníveis existentes. O rastreamento regular através do exame Papanicolau tem sido fundamental na detecção de lesões precursoras. Além disso, a vacinação contra o HPV representa uma ferramenta poderosa na prevenção deste câncer. A implementação destas estratégias tem conduzido a uma diminuição notável na incidência e mortalidade da doença.

Figura 5.2 Campanha de prevenção ao câncer de mama

Fonte: EU MÉDICO RESIDENTE, 2023.

GESTAÇÃO E PARTO

Mudanças fisiológicas na gestação

A gestação induz uma série de mudanças fisiológicas no corpo feminino. Essas adaptações incluem aumento no volume sanguíneo, alterações cardiovasculares como o aumento do débito cardíaco, mudanças hormonais, expansão do útero e adaptações renais. Essas modificações visam suportar o crescimento e desenvolvimento fetal, bem como preparar o corpo da mulher para o parto e a lactação (SANTOS *et al.*, 2015).

Riscos na gestação

Apesar de ser um processo natural, a gestação não está isenta de riscos. A gestante pode enfrentar desafios como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, entre outras condições que podem impactar tanto a saúde da mãe quanto a do feto. O acompanhamento pré-natal adequado é crucial para identificar e manejar essas situações precocemente, minimizando potenciais complicações (**Figura 5.3**).

Cuidados durante a gestação

O pré-natal é um componente essencial dos cuidados durante a gestação. Envolve uma série de consultas médicas regulares, exames laboratoriais e ultrassonografias. O objetivo é monitorar a saúde da gestante e do feto, identificar possíveis riscos e orientar a futura mãe sobre nutrição, exercícios e medidas para uma gestação saudável (MENDES *et al.*, 2016).

Abordagens de Parto

A decisão entre o parto vaginal e a cesariana deve ser baseada em indicações médicas e nas preferências da gestante, sempre ponderando riscos e benefícios. O parto vaginal é o meio natural de nascimento e, na ausência de complicações, pode apresentar uma recuperação mais rápida e menor risco de complicações cirúrgicas. No entanto, a cesariana pode ser uma intervenção vital em situações em que o parto vaginal apresente riscos para a mãe ou para o bebê.

Puerpério e seus desafios

O puerpério, período que se estende desde o término do parto até cerca de seis semanas após o nascimento, é uma fase de recuperação e adaptação. Fisiologicamente, o corpo feminino passa por uma série de modificações para retornar ao estado pré-gestacional. No entanto, é também um período em que a mulher pode enfrentar desafios como depressão pós-parto, complicações relacionadas ao parto e ajustes à nova rotina com o bebê.

Impacto na saúde da mulher

O período gestacional e puerperal tem um profundo impacto na saúde física e mental da mulher. A lém das mudanças corporais, a mulher enfrenta uma avalanche de emoções e desafios, desde a expectativa do nascimento até as responsabilidades da maternidade. O suporte médico, psicológico e social durante este período é fundamental para garantir o bem-estar da mãe e promover uma transição saudável para esta nova fase da vida.

Figura 5.3 Gestação

Fonte EXAME, 2023

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UMA ABORDAGEM INTEGRAL

A importância da contracepção

A contracepção desempenha um papel crucial na saúde sexual e reprodutiva, permitindo que as mulheres exerçam controle sobre sua fertilidade, planejem suas famílias e reduzam o risco de gravidezes indesejadas. Escolher o método contraceptivo correto é essencial para garantir sua eficácia e adequação ao estilo de vida da mulher (REIS *et al.*, 2014).

Métodos contraceptivos

Existem diversos métodos contraceptivos disponíveis, que vão desde barreiras físicas como o preservativo e o diafragma até métodos hormonais, como a pílula anticoncepcional, o anel vaginal e o implante subdérmico. Há também métodos de longa duração, como o DIU (dispositivo intrauterino), seja ele de cobre ou hormonal.

Riscos e benefícios da contracepção

Enquanto os métodos contraceptivos oferecem benefícios inegáveis, como a prevenção de

gravidez e, em alguns casos, a proteção contra DSTs, eles também vêm com potenciais riscos. Por exemplo, algumas mulheres podem experimentar efeitos colaterais com métodos hormonais, enquanto o DIU pode, em raros casos, perfurar o útero ou causar infecção (COSTA *et al.*, 2018) (**Figura 5.4**).

Figura 5.4 Métodos contraceptivos

Fonte: MATTOS, 2020

Complexidade da infertilidade

Infertilidade refere-se à incapacidade de um casal conceber após um ano de tentativas regulares sem o uso de contraceptivos. As causas são multifacetadas e podem incluir fatores masculinos, femininos ou uma combinação de ambos. Em mulheres, causas comuns incluem desequilíbrios hormonais, obstrução tubária e problemas ovulatórios.

Tratando a infertilidade

Existem várias abordagens para tratar a infertilidade, dependendo da causa subjacente. Estas podem variar desde a medicação para estimular a ovulação até procedimentos mais complexos, como a fertilização in vitro (FIV). O avanço da medicina reprodutiva tem proporcionado esperança a muitos casais que enfrentam desafios de infertilidade.

Impactos emocionais da infertilidade

Lidar com a infertilidade pode ser emocionalmente desgastante. Muitos casais experimentam sentimento de frustração, tristeza, ansiedade e até mesmo depressão. O apoio emocional, seja através de terapia ou grupos de apoio, é essencial para ajudar a navegar por este desafio (BARRETO *et al.*, 2020).

DSTs e a mulher

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) representam um risco significativo para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Algumas DSTs, se não tratadas, podem causar complicações graves, como a infertilidade. A prevenção, através do uso de preservativos e da realização de exames regulares, é a chave para proteger-se.

Prevenção, tratamento e impactos das DSTs

O rastreamento regular e a educação sexual são fundamentais para a prevenção de DSTs. Quando diagnosticadas precocemente, muitas DSTs são tratáveis e seus efeitos podem ser minimizados. No entanto, o estigma associado às DSTs pode levar a impactos emocionais, tornando crucial o acesso a informações corretas e suporte psicológico (LOPES *et al.*, 2017).

QUESTÕES PSICOSSOCIAIS

Depressão na mulher

Frequentemente observada no contexto da saúde feminina, a depressão é caracterizada por um humor persistentemente deprimido e uma diminuição do interesse ou prazer nas atividades diárias. Estes sintomas, muitas vezes acompanhados de fadiga, alterações no apetite ou peso, insônia ou excesso de sono, sentimentos

de inutilidade e pensamentos de suicídio, podem ser influenciados por flutuações hormonais, experiências reprodutivas e pressões socioculturais específicas do gênero.

Ansiedade na mulher

As mulheres são, estatisticamente, mais propensas a enfrentar transtornos de ansiedade. Essa condição, marcada por sentimentos excessivos de preocupação e tensão, pode ser exacerbada por questões como a síndrome pré-menstrual, menopausa ou mesmo os desafios da maternidade. Sintomas físicos como palpitações, sudorese e tremores também são comuns (VASCONCELOS *et al.*, 2019).

Transtornos alimentares em mulheres

Esses distúrbios são mais prevalentes em mulheres, refletindo muitas vezes as pressões sociais sobre a imagem corporal. Caracterizados por padrões anormais de alimentação, os transtornos incluem anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica, cada um com seus próprios desafios e complicações específicas.

Outros desafios de saúde mental na mulher

Além dos já mencionados, as mulheres enfrentam outros problemas psicológicos, como o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de estresse pós-traumático, que podem ser influenciados ou intensificados por experiências específicas do gênero, como traumas relacionados à violência de gênero. Transtornos de personalidade e outros problemas emocionais também são importantes áreas de foco na saúde mental feminina (RODRIGUES *et al.*, 2017).

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Reconhecimento

A detecção pode ser desafiadora, pois muitas vítimas não relatam a violência. No entanto, os profissionais de saúde devem estar atentos a sinais como lesões físicas recorrentes, sintomas psicológicos, comportamento evasivo ou defensivo, e histórias inconsistentes sobre as causas das lesões.

Abordagem Médica

Envolve, inicialmente, garantir a segurança da paciente. A avaliação deve ser holística, abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais. As entrevistas devem ser conduzidas em um ambiente privado, e pode ser necessário o uso de exames para documentar lesões (FERREIRA *et al.*, 2018).

Encaminhamentos

Quando identificada a violência, é crucial encaminhar a paciente para serviços de apoio, que podem incluir aconselhamento, abrigos, serviços legais e grupos de apoio (**Figura 5.5**).

Figura 5.5 Fim da violência contra a mulher

Fonte: FEBRASGO, 2020.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, B.C. *et al*. Prevenção do câncer de mama no contexto da atenção primária. Revista de Mastologia, v. 28, p. 59, 2017.

BARRETO, M.S. *et al*. O papel da atenção básica no rastreio do câncer de colo do útero. Revista de Saúde da Mulher, v. 7, p. 88, 2020.

CARVALHO, T.P. *et al*. Saúde mental da mulher: estratégias de intervenção na atenção básica. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 45, p. 22, 2018.

COSTA, N.R. *et al*. Menopausa e climatério na atenção primária: revisão sistemática. Jornal de Endocrinologia e Metabologia, v. 12, p. 21, 2018.

EU MÉDICO RESIDENTE. Câncer de Mama: Definição, diagnóstico e tratamento. Disponível em: <https://www.eumedicoresidente.com.br/post/cancer-de-mama>. Acesso em: 30 set. 2023.

EXAME. O que é diabetes gestacional? Conheça causas, sintomas e saiba como evitar. Disponível em: <https://exame.com/ciencia/diabetes-gestacional-conheca-as-causas-e-saiba-como-evitar/>. Acesso em: 30 set. 2023.

FEBRASGO. Violência contra a Mulher: Febrasgo alerta para principais fatores de risco, ao longo da infância e vida adulta. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1105-violencia-contra-a-mulher-febrasgo-alerta-para-principais-fatores-de-risco-ao-longo-da-infancia-e-vida-adulta>.

FERREIRA, G.K. *et al*. Abordagem da gestante adolescente na atenção primária. Revista de Adolescência e Saúde, v. 14, p. 12, 2018

LOPES, R.A. *et al*. Atenção à saúde da mulher idosa na atenção primária. Jornal de Gerontologia, v. 9, p. 155, 2017.

MATTOS, L. Métodos anticoncepcionais: conheça todos. Disponível em: <https://www.lumamattos.com.br/metodos-anticoncepcionais-suas-diferencas-e-eficacia/>. Acesso em: 30 set. 2023.

MENDES, F.L. *et al*. Infecções sexualmente transmissíveis: prevenção e tratamento na atenção básica. Revista de Infectologia e Saúde Pública, v. 10, p. 33, 2016.

MIRANDA, L.F. *et al*. Abordagem de saúde reprodutiva na atenção primária: Desafios e oportunidades. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, p. 210, 2016.

OLIVEIRA, H.R. *et al*. Abordagem da violência contra a mulher em unidades básicas de saúde. Jornal de Saúde Coletiva, v. 13, p. 175, 2019.

PALMEIRA, D. Invisibilidade e isolamento: os efeitos do etarismo na vida das mulheres. Disponível em: <https://site-coreto.com/invisibilidade-e-isolamento-os-efeitos-do-etarismo-na-vida-das-mulheres/>. Acesso em: 30 set. 2023.

REIS, J.T. *et al*. Promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 73, 2014.

RODRIGUES, E.C. *et al*. Saúde sexual e reprodutiva: Estratégias de promoção na atenção básica. Jornal de Saúde Sexual, v. 6, p. 77, 2017.

SANTOS, L.S. *et al*. Pré-natal e puerpério na atenção primária: Diretrizes e recomendações. Revista de Obstetrícia e Neonatologia, v. 17, p. 44, 2015.

SILVA, R.M. *et al*. Contracepção na atenção básica: uma revisão integrativa. Jornal de Saúde da Mulher, v. 5, p. 124, 2014.

VASCONCELOS, A.B. *et al*. Saúde da mulher negra na atenção básica: equidade e acesso. Revista de Saúde e Diversidade, v. 11, p. 50, 2019.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 06

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

HEITOR AUGUSTO ARAÚJO DA MATA[1]
CAROLINA SIQUEIRA GUIMARÃES[2]
THAYNNÁ CORDEIRO QUEIROZ[3]
FERNANDA DA CONCEIÇÃO FERNANDES[2]

1. *Médico pelo ICS – FUNORTE*
2. *Discente – FAMINAS-BH*
3. *Médico pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos- IMEPAC Araguari*

Palavras Chave: *Transmissão; Parasitismo; Vetores.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.6

INTRODUÇÃO

Breve histórico das doenças infecciosas e parasitárias

Doenças infecciosas e parasitárias têm sido companheiras da humanidade desde tempos imemoriais. Na antiguidade, essas enfermidades eram muitas vezes percebidas como castigos divinos ou fenômenos naturais inexplicáveis. Com o avanço das civilizações e a agregação em centros urbanos, a transmissão de agentes patogênicos se intensificou, levando a surtos e epidemias.

Evidências arqueológicas e literárias revelam que doenças como tuberculose, peste e malária já afligiam civilizações antigas como os egípcios e os romanos. A Peste Negra, no século XIV, é um exemplo histórico marcante de uma pandemia devastadora causada por uma doença infecciosa, que dizimou aproximadamente um terço da população europeia.

No entanto, foi apenas no final do século XIX e início do XX, com os trabalhos pioneiros de cientistas como Louis Pasteur e Robert Koch, que a teoria dos germes se consolidou, revolucionando a compreensão e o tratamento de doenças infecciosas.

O século XX também testemunhou a descoberta e a aplicação de antibióticos, mudando drasticamente o panorama das doenças infecciosas, embora a resistência antimicrobiana tenha surgido como um novo desafio (CAMPOS *et al.*, 2015).

Este artigo tem o objetivo de avaliar a abordagem atual das doenças infecciosas e parasitárias na Atenção Primária, identificando desafios e oportunidades para aprimorar a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas condições, visando contribuir para uma saúde comunitária mais eficaz e abrangente.

Impacto global e relevância para a saúde pública

Ainda que tenhamos presenciado inegáveis avanços na prevenção, diagnóstico e tratamento, as doenças infecciosas e parasitárias continuam a representar uma ameaça significativa à saúde global. Em muitas regiões, especialmente nos países de baixa e média renda, essas doenças são as principais causadoras de morbidade e mortalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), doenças como a malária, HIV/AIDS, tuberculose e diversas doenças tropicais negligenciadas impactam milhões de pessoas anualmente. Além do ônus direto à saúde, elas têm consequências econômicas, sociais e de desenvolvimento, perpetuando ciclos de pobreza em muitas comunidades.

As doenças infecciosas emergentes, como as causadas pelos vírus Ebola e SARS-CoV-2 (COVID-19), demonstraram o quão interconectado o mundo está e a rapidez com que uma nova doença pode se disseminar globalmente. Tais eventos reforçam a necessidade de vigilância constante, preparação adequada e resposta coordenada para enfrentar estas ameaças (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Conceitos fundamentais

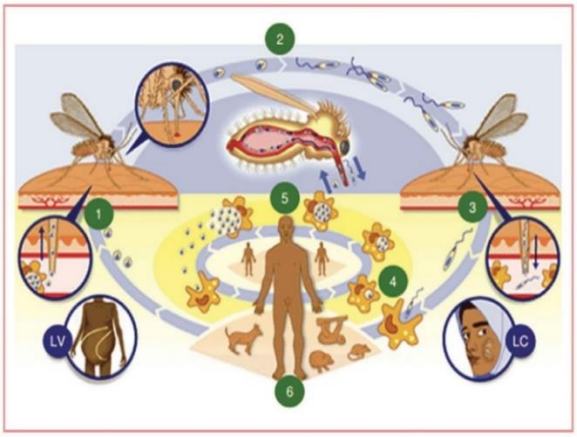
Doenças infecciosas são condições patológicas causadas por agentes biológicos, tais como bactérias, vírus, fungos, protozoários ou helmintos. Estes agentes podem invadir o organismo e se multiplicar, levando a alterações funcionais dos sistemas orgânicos. A etiologia de uma doença infecciosa refere-se ao agente específico que a causa. A identificação precisa da etiologia é crucial para o tratamento adequado, prevenção e controle.

Os mecanismos de transmissão de doenças infecciosas descrevem como um agente infeccioso se move de uma fonte (ou reservatório) para

um hospedeiro. As vias de transmissão podem incluir contato direto, contato indireto (através de um vetor, como um mosquito, ou de superfícies contaminadas), transmissão por gotículas respiratórias, transmissão fecal-oral, entre outras. A compreensão desses mecanismos é essencial para desenvolver estratégias de prevenção eficazes (**Figura 6.1**).

Há uma distinção fundamental entre infecções e infestações. Enquanto "infecção" refere-se à invasão e multiplicação de microrganismos patogênicos dentro do corpo, "infestação" descreve a presença de organismos multicelulares, como parasitas e artrópodes, na superfície ou dentro do corpo, sem necessariamente invadir tecidos profundos ou se multiplicar (FERREIRA *et al.*, 2017).

Figura 6.1 Representação do ciclo de transmissão das doenças parasitárias



Fonte: CARVALHO, 2019

Principais agentes causadores

Bactérias são microrganismos unicelulares procariontes. Embora muitas sejam benéficas e essenciais para processos como a digestão, algumas são patogênicas e causam doenças em seres humanos. Suas infecções podem ser localizadas, como uma infecção cutânea, ou sistêmicas, como a septicemia (**Figura 6.2**).

Os vírus são entidades infecciosas acelulares que dependem da maquinaria celular de seus hospedeiros para replicação. Eles possuem genoma de DNA ou RNA, mas não têm os mecanismos para realizarem funções metabólicas ou replicativas por conta própria. Doenças como influenza, HIV/AIDS e COVID-19 são causadas por vírus (**Figura 6.2**).

Fungos são organismos eucarióticos, podendo ser unicelulares ou multicelulares. Enquanto muitos fungos são inofensivos ou benéficos, alguns são patogênicos e causam doenças como candidíase ou aspergilose. Sua infecção pode ser superficial, como pé de atleta, ou mais profunda e sistêmica, particularmente em pacientes imunocomprometidos (**Figura 6.2**).

Protozoários são microrganismos unicelulares eucarióticos. Muitos vivem livremente na natureza, mas outros são parasitas que causam doenças em humanos e animais. Doenças como malária, amebíase e giardíase são causadas por protozoários. Eles podem ser transmitidos de várias maneiras, incluindo vetores como mosquitos, ou via oral-fecal (**Figura 6.1**).

Helmintos, também conhecidos como vermes, são organismos multicelulares que podem infestar os sistemas digestivo, circulatório, linfático, entre outros. Eles são tipicamente maiores do que os outros agentes patogênicos e podem ser vistos a olho nu em estágios avançados de seu ciclo de vida. Doenças como esquistossomose, lombriga e filariose são causadas por helmintos (BARROS *et al.*, 2012).

Figura 6.2 Representação dos agentes biológicos causadores das doenças

Fonte: DE OLIVEIRA, 2022

Abordagem clínica das doenças infecciosas e parasitárias

A avaliação inicial do paciente com suspeita de uma doença infecciosa ou parasitária

começa com uma anamnese detalhada e exame físico rigoroso. A história clínica deve se concentrar em sintomas específicos, duração, exposições recentes, viagens, contato com indivíduos doentes e qualquer intervenção médica recente. Aspectos como febre, calafrios, alterações no padrão do sono e histórico de imunizações podem oferecer pistas diagnósticas cruciais. O exame físico, por sua vez, deve ser abrangente, com ênfase em sinais de septicemia, linfadenopatia, manifestações cutâneas, e alterações cardiovasculares, respiratórias, abdominais e neurológicas.

O diagnóstico diferencial em doenças infecciosas e parasitárias é vasto e desafiador. Muitas dessas condições podem se apresentar de maneira semelhante, com sintomas inespecíficos como febre, mal-estar e mialgia. Além disso, muitas doenças não infecciosas, como neoplasias, doenças autoimunes e distúrbios endócrinos, podem se manifestar com sintomas semelhantes aos de uma infecção. Portanto, o médico deve avaliar o paciente de forma holística, considerando todas as possibilidades, especialmente nas fases iniciais de apresentação da doença.

Quanto aos métodos diagnósticos, estes variam conforme a doença suspeita. Culturas bacterianas, a partir de amostras de sangue, urina, escarro ou outros fluídos corporais, podem identificar patógenos específicos e determinar sua sensibilidade aos antimicrobianos. Testes sorológicos, que detectam a presença de anticorpos ou antígenos específicos no sangue, são cruciais para o diagnóstico de muitas infecções virais e algumas bacterianas. Técnicas moleculares, como a reação em cadeia da polimerase (PCR), oferecem diagnóstico rápido e preciso de uma série de patógenos. Imagens radiológicas, como raios-X, tomografia computadorizada e ressonância magnética, podem identificar complicações ou focos de infecção, como abscessos (SOUZA *et al.*, 2016).

O prognóstico de doenças infecciosas e parasitárias varia significativamente dependendo do agente etiológico, da saúde subjacente do paciente e da rapidez e adequação do tratamento instituído. Enquanto algumas infecções podem ser autolimitadas e resolver-se sem intervenção, outras podem levar a complicações graves ou serem fatais se não tratadas apropriadamente. Complicações podem incluir disfunção de órgãos, sequelas neurológicas, insuficiência cardíaca, choque séptico, entre outros. Portanto, uma abordagem clínica meticulosa e tempestiva é fundamental para otimizar os resultados e minimizar a morbidade e mortalidade associadas a essas doenças, que resultam em milhares de mortes, principalmente em países de baixa e média renda. A malária, provocada por parasitas do gênero Plasmodium e transmitida por mosquitos Anopheles, é endêmica em muitas regiões tropicais e subtropicais, causando uma carga significativa de morbidade e mortalidade, especialmente em crianças.

As doenças emergentes e reemergentes são aquelas que foram recentemente identificadas ou que têm conhecida incidência crescente nos últimos vinte anos. O HIV/AIDS, que emergiu nas décadas de 1970 e 1980, é um exemplo clássico, tendo evoluído de uma doença pouco compreendida para uma pandemia global. Mais recentemente, vírus como o SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 (causador da COVID-19) capturaram a atenção global, evidenciando a necessidade contínua de vigilância e pesquisa em doenças infecciosas.

As doenças negligenciadas, por outro lado, não são novas. São condições frequentemente endêmicas em regiões de baixa renda e, apesar de causarem uma carga significativa de doença, muitas vezes não recebem a atenção adequada em termos de pesquisa, financiamento ou inter-

venções de saúde pública. Exemplos incluem a leishmaniose, doença de Chagas, esquistossomose e a oncocercose. Estas doenças afetam bilhões em todo o mundo, mas, devido à sua prevalência em populações empobrecidas, muitas vezes são esquecidas nos fóruns globais de saúde (RAMOS *et al.*, 2014).

Prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitárias

A imunização é uma das ferramentas mais poderosas na prevenção de doenças infecciosas. Vacinas têm sido responsáveis pela erradicação de doenças devastadoras, como a varíola, e pela significativa redução da incidência de muitas outras, incluindo poliomielite, sarampo e difteria. Através da estimulação do sistema imunológico para reconhecer e combater patógenos específicos, a vacinação não só protege os indivíduos imunizados, mas também contribui para a imunidade coletiva, reduzindo a propagação da doença na comunidade.

As medidas de controle ambiental são essenciais, especialmente quando consideramos doenças transmitidas por vetores ou através da água e alimentos contaminados. O controle de vetores, como mosquitos responsáveis pela transmissão da malária, dengue e Zika, pode envolver o uso de inseticidas, redes mosquiteiras impregnadas e a eliminação de criadouros. Já a garantia de acesso a água potável e saneamento básico adequado pode reduzir drasticamente a incidência de doenças diarreicas, hepatites de transmissão hídrica e outras enfermidades relacionadas à água.

Por último, mas certamente não menos importante, está a educação e conscientização da comunidade. Informar a população sobre os modos de transmissão, sinais, sintomas e medidas preventivas é crucial para o controle eficaz de doenças infecciosas e parasitárias. Campanhas de saúde pública, programas educativos em escolas e a participação comunitária são métodos comprovados para disseminar informações vitais, fomentando práticas saudáveis e capacitando indivíduos para serem protagonistas ativos na prevenção e controle de doenças em suas comunidades (FERNANDES *et al.*, 2018).

Terapêutica das doenças infecciosas e parasitárias

Antibióticos

Esses agentes terapêuticos têm como alvo específico bactérias, seja impedindo sua reprodução ou destruindo-as diretamente. Desde a descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928, uma ampla variedade de antibióticos foi desenvolvida, cada uma com um espectro e mecanismo de ação específicos. Os antibióticos atuam interferindo em processos vitais para a bactéria, como a síntese de proteínas, a construção da parede celular ou a replicação do DNA. Contudo, o uso indiscriminado destes medicamentos tem levado ao surgimento de cepas bacterianas resistentes, tornando algumas infecções cada vez mais difíceis de tratar.

Antivirais

Ao contrário das bactérias, os vírus não possuem uma estrutura celular e dependem das células hospedeiras para se replicar. Os antivirais trabalham interferindo em etapas específicas do ciclo de vida viral, como a entrada na célula hospedeira, a replicação do material genético viral ou a montagem e liberação de novas partículas virais. Exemplos notáveis incluem os inibidores de protease usados no tratamento do HIV e os antivirais de ação direta para hepatite C. O desenvolvimento de antivirais específicos e eficazes é complexo, devido à capacidade dos vírus de rapidamente mutar e desenvolverem resistência.

Antifúngicos

Estes agentes são projetados para tratar infecções causadas por fungos, que possuem uma

constituição celular diferente das bactérias e dos vírus. Os antifúngicos atuam, por exemplo, interferindo na síntese do ergosterol, um componente vital da membrana celular dos fungos. As classes de antifúngicos incluem azólicos, polienos, equinocandinas e alilaminas. Cada classe tem um mecanismo de ação específico e é indicada para diferentes tipos de infecções fúngicas, que variam desde micoses superficiais até infecções sistêmicas potencialmente fatais.

Antiparasitários

Os agentes antiparasitários são usados para combater infecções causadas por parasitas, que incluem protozoários (como o Plasmodium, causador da malária) e helmintos (como as lombrigas). Estes medicamentos têm mecanismos de ação diversificados, muitos dos quais ainda não são completamente entendidos. Por exemplo, a cloroquina e seus derivados, usados no tratamento da malária, interferem no metabolismo do parasita dentro das células vermelhas do sangue. Por outro lado, os antihelmínticos, como o albendazol, atuam interrompendo processos metabólicos vitais dos vermes ou paralisando-os. Assim como com antibióticos e antivirais, a resistência parasitária é uma preocupação crescente, especialmente em regiões onde a prevalência dessas infecções é alta (ANDRADE *et al.*, 2011).

Desafios e considerações

Ao desenvolver e prescrever qualquer agente terapêutico, é crucial considerar não apenas sua eficácia, mas também sua segurança, custo, e a possibilidade de desenvolvimento de resistência. A combinação de medicamentos (como visto na terapia antirretroviral para o HIV) é uma estratégia para aumentar a eficácia e reduzir a chance de resistência. A pesquisa continua em busca de novos agentes terapêuticos e combinações, à medida que os patógenos evoluem e se adaptam.

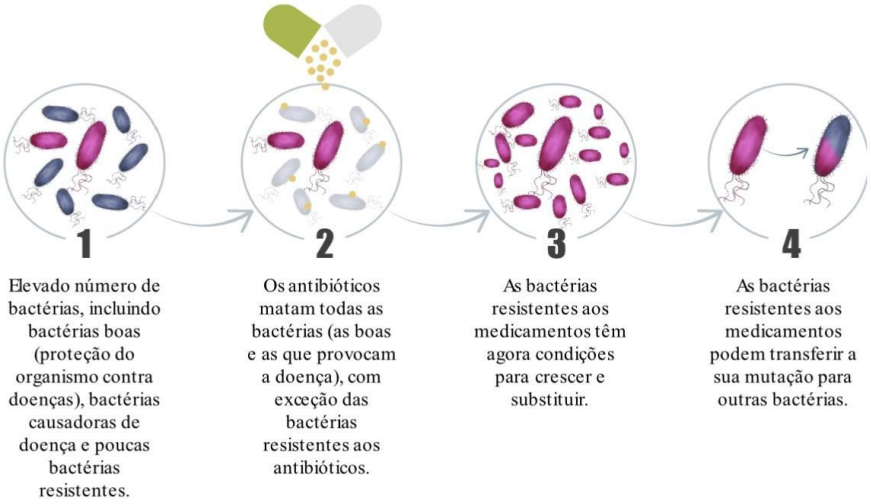
Abordagem Integrada

Além dos tratamentos farmacológicos, a gestão eficaz das doenças infecciosas e parasitárias muitas vezes requer uma abordagem integrada, que pode incluir intervenções comportamentais, educacionais e de saúde pública, além de medidas de prevenção e controle ambiental. A escolha do tratamento adequado depende do patógeno, da severidade da infecção, das condições do paciente e de outros fatores clínicos. É vital que os profissionais de saúde estejam bem informados e atualizados sobre as melhores práticas para garantir a recuperação dos pacientes e minimizar a propagação de doenças (CASTILHO *et al.*, 2019).

Resistência antimicrobiana

A resistência antimicrobiana (RAM) emergiu como uma das maiores ameaças à saúde global nas últimas décadas. Decorrente do uso inadequado e excessivo de antibióticos, antifúngicos, antivirais e antiparasitários, a RAM leva ao desenvolvimento de microrganismos que não são mais suscetíveis aos tratamentos padrão. Isso significa que infecções que anteriormente eram facilmente tratadas tornam-se novamente letais ou crônicas. A evolução da resistência tem múltiplos fatores, incluindo a prescrição excessiva de medicamentos, a utilização de antimicrobianos na agropecuária e a falta de desenvolvimento de novos agentes terapêuticos. Sem ações coordenadas em escala global para combater a RAM, avanços significativos em saúde pública conquistados ao longo do século XX podem ser revertidos (**Figura 6.3**).

Figura 6.3 Esquematização da resistência bacteriana decorrente da medicação



Fonte: TCE, com base nos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC).

Novas tecnologias e tratamentos emergentes

À medida que enfrentamos a crescente ameaça da RAM, a inovação médica e tecnológica oferece uma luz no fim do túnel. O advento de técnicas avançadas de sequenciamento genético, por exemplo, permitiu uma identificação mais rápida e precisa de agentes patogênicos, bem como de suas resistências específicas. A biologia sintética e a edição genômica também têm potencial para criar soluções inovadoras no combate a patógenos resistentes. Além disso, a pesquisa voltou-se para a redescoberta e otimização de compostos antimicrobianos antigos e para o estudo de agentes biológicos, como fagos e peptídeos antimicrobianos, como alternativas aos antibióticos tradicionais VIEIRA *et al.*, 2015.

Abordagens Integradas para Controle de Doenças

No combate às doenças infecciosas e parasitárias, está claro que uma única estratégia ou intervenção raramente é suficiente. Abordagens integradas, que combinam métodos farmacológicos com intervenções de saúde pública, comportamentais e ambientais, mostraram-se as mais eficazes. Por exemplo, no controle da malária, além dos antimaláricos, são empregados mosquiteiros impregnados com inseticidas e gestão ambiental para reduzir os locais de reprodução do mosquito. Esta perspectiva holística reconhece a complexidade das interações entre patógenos, hospedeiros e ambientes, buscando intervenções múltiplas e coordenadas para alcançar o controle duradouro da doença (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Perspectivas futuras

Enquanto continuamos a enfrentar desafios significativos, o futuro oferece oportunidades sem precedentes para combater doenças infecciosas e parasitárias. Novos desenvolvimentos em inteligência artificial e aprendizado de máquina têm o potencial de revolucionar o diagnóstico, rastreamento e tratamento de doenças. Além disso, a colaboração internacional e o compartilhamento de dados, como visto na rápida resposta à pandemia de COVID-19, são testemunhos do que pode ser alcançado quando a comunidade global se une com um propósito comum. Continuando a investir em pesquisa, educação e colaboração, podemos avançar em direção a um mundo onde as doenças infecciosas e parasitárias são efetivamente gerenciadas e controladas (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, P.R. *et al*. Diagnóstico de doenças parasitárias na atenção básica: desafios e soluções. Jornal Brasileiro de Parasitologia, v. 6, p. 134, 2011.

BARROS, T.P. *et al*. Abordagem de parasitoses intestinais na atenção básica. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 10, p. 123, 2012.

CAMPOS, R.J. *et al*. Estratégias de manejo de doenças infecciosas em comunidades rurais. Revista Brasileira de Atenção Primária, v. 12, p. 101, 2015.

CARVALHO, E.A.A. *et al*. Cartilha Pediátrica de Doenças Infecto Parasitárias. Departamento de pediatria UFMG, p. 12, 2020

CASTILHO, V.S. *et al*. Estratégias de educação em saúde para prevenção de doenças infecciosas. Revista de Educação e Saúde, v. 11, p. 90, 2019.

DE OLIVEIRA, A. Agentes biológicos no local de trabalho. APO partner, fev, 2021. Disponível em: https://www.apo-partner.pt/agentes-biologicos-no-local-de-trabalho/. Acesso em: 11 set. 2023.

FERNANDES, L.O. *et al*. Prevenção e controle de parasitoses em crianças. Revista Pediatra Brasil, v. 14, p. 44, 2018.

FERREIRA, A.L. *et al*. Leishmaniose na atenção primária: abordagens e tratamentos. Boletim Epidemiológico, v. 15, p. 72, 2017.

NASCIMENTO, L.B. *et al*. Abordagem da esquistossomose na prática clínica geral. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 12, p. 54, 2013.

OLIVEIRA, M.F. *et al*. Desafios da tuberculose em unidades de saúde básica. Jornal de Doenças Infecciosas, v. 9, p. 254, 2013.

RAMOS, B.C. *et al*. Infecções respiratórias e sua condução em unidades básicas de saúde. Revista da Atenção Primária à Saúde, v. 13, p. 165, 2014.

RIBEIRO, F.A. *et al*. Prevenção de infecções virais na atenção básica. Revista de Virológica Clínica, v. 8, p. 22, 2020.

SOUZA, G.H. *et al*. Dengue, Zika e Chikungunya: protocolos de manejo na atenção primária. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, p. 50, 2016.

TRIBUNAL DE CONTAS EUROPEU(EUROPA). Relatório especial nº 21/2019: Atuação contra a resistência antimicrobiana: apesar dos progressos no setor animal, esta ameaça para a saúde contínua a ser um desafio para a UE. Curia Rationum, 2019. Disponível em: https://www.eca.europa.eu/pt/publications?did=51992. Acesso em: 12 set. 2023.

VIEIRA, I.J. *et al*. Malária na atenção primária: diretrizes para profissionais de saúde. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 16, p. 32, 2015.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 07

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

JHON ROLLYMAN CARVALHO PASSOS[1]
PAMELA RUSSEL MACHADO ROCHA[2]
IZAC MIRANDA RIOS NETO[3]
GUSTAVO SAMUEL DE MOURA SERPA[4]

1. *Graduado em Medicina - Universidade do Estado do Pará - Campus Santarém.*
2. *Graduada em Medicina - Faculdade de Medicina de Petrópolis.*
3. *Graduado em Medicina - Universidade Federal do Rio de Janeiro.*
4. *Graduando em Medicina - Centro Universitário de Belo Horizonte.*

Palavras Chave: *Doença respiratória aguda; Prevenção; Manejo.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.7

INTRODUÇÃO

Definição e importância das infecções respiratórias agudas (IRAs).

As Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) referem-se a um conjunto de patologias que afetam o trato respiratório, provocadas por diferentes agentes etiológicos, tais como bactérias, vírus e, em raras ocasiões, fungos. Estas infecções podem acometer desde o trato respiratório superior – nariz, seios paranasais, faringe e laringe – até o trato respiratório inferior, que inclui a traqueia, brônquios e pulmões.

A importância das IRAs reside no seu elevado impacto na saúde pública global. Elas representam uma causa significativa de morbidade e mortalidade, sobretudo em populações vulneráveis como crianças, idosos e indivíduos com condições de saúde debilitadas. Além do peso clínico, as IRAs possuem também um relevante ônus socioeconômico, devido aos custos associados ao tratamento, internações e dias de trabalho perdidos (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD), 2021).

Panorama epidemiológico global e regional

Globalmente, as IRAs continuam a ser uma das principais causas de morte entre crianças menores de 5 anos. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), antes de 2020, cerca de 3 milhões de mortes eram atribuídas anualmente a estas infecções, com uma proporção significativa ocorrendo em países de baixa e média renda.

A prevalência e os padrões de IRAs variam substancialmente entre diferentes regiões geográficas, refletindo diferenças nos determinantes sociais, ambientais e de saúde.

Por exemplo, em regiões com acesso limitado a cuidados de saúde, saneamento básico inadequado e alta densidade populacional, a transmissão de agentes patogênicos respiratórios é facilitada, levando a surtos mais frequentes e graves de IRAs.

Além disso, com a globalização e a mobilidade humana, agentes patogênicos podem rapidamente se espalhar além das fronteiras, como observado em pandemias passadas e mais recentemente com a pandemia de COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2. Esta última ressaltou a necessidade de vigilância constante, preparação e resposta rápida a surtos de IRAs.

Regionalmente, a epidemiologia das IRAs é influenciada por fatores específicos, como variações sazonais, práticas culturais, políticas de saúde pública e programas de vacinação. Estes fatores podem determinar a predominância de certos agentes etiológicos em determinadas épocas do ano ou em populações específicas GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2021.

O objetivo deste capítulo é abordar as infecções respiratórias agudas no contexto da atenção primária, buscando abordar as queixas e apresentações mais recorrentes na prática médica e suas respectivas condutas.

ETIOLOGIA DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

Agentes Virais

Influenza

O vírus Influenza pertence à família *Orthomyxoviridae* e é classificado em três tipos principais: A, B e C. Os tipos A e B são os principais causadores de epidemias sazonais em humanos. A infecção por Influenza pode variar de assintomática ou leve até grave, levando à hospitalização e, em alguns casos, à morte. As mutações frequentes que ocorrem, especialmente no tipo A, são responsáveis pelas epidemias

anuais e pela necessidade de atualização regular da vacina contra a gripe.

Vírus Sincicial Respiratório (VSR) O VSR é um membro da família Paramyxoviridae e é o principal agente viral de bronquiolite e pneumonia em crianças menores de um ano. A infecção por VSR é caracterizada por sintomas que podem incluir febre, tosse, coriza e dificuldade respiratória. Embora muitas infecções sejam leves, elas podem ser graves em recém-nascidos, prematuros e crianças com condições médicas subjacentes (MOFFAT *et al.*, 2010).

Coronavírus

Os coronavírus são uma grande família de vírus, pertencentes à família *Coronaviridae*, conhecidos por causar doenças que variam do resfriado comum a condições mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). O SARS-CoV-2, um novo coronavírus identificado em 2019, causou a pandemia global de COVID-19, destacando o potencial desses vírus para causar doenças respiratórias agudas significativas e disseminação global.

Rhinovírus

Os rhinovírus, pertencentes à família *Picornaviridae*, são os agentes mais comuns do resfriado comum em humanos. São vírus de RNA com mais de 100 sorotipos identificados. A infecção geralmente é autolimitada e apresenta sintomas leves, incluindo coriza, espirros, garganta inflamada e tosse. Entretanto, o rhinovírus também pode exacerbações em pacientes com doenças respiratórias crônicas, como asma (VESTBO *et al.*, 2014).

Existem diversos outros vírus capazes de causar infecções respiratórias agudas em humanos. Alguns exemplos incluem o adenovírus, que pode causar desde resfriados até pneumonia; os metapneumovírus humanos, associados a infecções do trato respiratório inferior em crianças; e os parainfluenza, conhecidos por causar crupe e bronquite. A detecção e o tratamento precoces são fundamentais para controlar a disseminação desses patógenos e prevenir complicações.

Fisiopatologia das infecções respiratórias agudas

A fisiopatologia das Infecções Respiratórias Agudas **(Figura 7.1)** (IRAs) envolve inicialmente a inalação ou aspiração de agentes infecciosos que colonizam o trato respiratório. A barreira epitelial do sistema respiratório e os mecanismos de defesa imunológica locais, como os cílios e o muco, geralmente protegem contra infecções. Entretanto, a exposição a uma alta carga viral ou bacteriana, ou a presença de fatores predisponentes, pode levar à falha dessas defesas e à subsequente infecção.

Uma vez que os patógenos se estabelecem, eles induzem inflamação e dano tecidual através da liberação de toxinas, da resposta inflamatória do hospedeiro e da ação direta no tecido. A inflamação resultante pode comprometer a função pulmonar, levando a sintomas como tosse, dispneia e hipoxia. A extensão e a severidade do dano tecidual dependem do agente infeccioso, da resposta imune do hospedeiro e da presença de comorbidades subjacentes (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD), 2021).

Além disso, em alguns casos, a resposta imunológica exagerada do corpo, conhecida como tempestade de citocinas, pode levar a um dano tecidual ainda maior. Esta resposta pode resultar em edema pulmonar, obstrução das vias aéreas e comprometimento da troca gasosa, potencializando a gravidade da doença.

Figura 7.1 Vírus relacionados com as infecções do trato respiratório e respectivas síndromes clínicas

Grupo	Ácido nucleico	Tipos	Síndrome clínica
Adenovírus	DNA	1 - 47	Resfriado comum, faringite, laringite, bronquite, bronquiolite, febre faringoconjuntival, doença respiratória aguda em recrutas militares, pneumonia
Coronavírus	RNA	229E, OC43, huCoV-SARS	Resfriado comum, faringite, laringite, bronquite, SARS
Hantavírus	RNA	Múltiplos	SARA, pneumonia
Orthomixovírus			
Vírus da influenza	RNA	A,B,C	Influenza, resfriado comum, faringite, laringite, crupe, bronquite, bronquiolite, pneumonia
Paramyxovirus	RNA		
Vírus do Sarampo			Sarampo, pneumonia, bronquiectasia
Vírus parainfluenza		1 - 4	Resfriado comum, faringite, laringite, crupe, bronquite, bronquiolite, pneumonia
VSR		A, B	Resfriado comum, faringite, crupe, bronquite, bronquiolite, pneumonia
Metapneumovírus humano		A, B	Resfriado comum, bronquiolite
Picornavírus	RNA		
Enterovírus			
Coxsackie vírus		1 - 24	Resfriado comum, SARA, herpangina
Echovírus		1 - 34	Resfriado comum
Rinovírus		1 - 100	Resfriado comum, laringite, bronquite
Herpes vírus	DNA		
Herpes simplex vírus		1, 2	Faringite aguda, faringite ulcerativa crônica, traqueíte, bronquite, pneumonia em imunossuprimidos
Citomegalovírus		1	Mononucleose, faringite aguda e crônica, pneumonia em imunossuprimidos
Vírus varicela zoster		1	Pneumonia
Vírus Epstein-Barr		1	Mononucleose, faringite aguda e crônica
Vírus herpes humano 6		1	Pneumonia em imunossuprimidos

DNA = ácido deoxirribonucleico; RNA = ácido ribonucléico; VSR = vírus sincicial respiratório; SARA = síndrome da angústia respiratória do adulto; SARS = síndrome respiratória aguda grave *(severe acute respiratory syndrome)*.

Fonte: PORTAL CONSULTE VIDA, 2020

Manifestações clínicas das infecções respiratórias agudas

As manifestações clínicas das IRAs variam de acordo com o local da infecção, o agente etiológico e a condição de saúde do paciente. No trato respiratório superior, os sintomas incluem coriza, obstrução nasal, dor de garganta, otalgia e tosse. Já as infecções do trato respiratório inferior frequentemente manifestam-se com tosse produtiva, dispneia, dor torácica e, em casos graves, cianose.

Febre é uma manifestação comum em muitas IRAs, acompanhada por mal-estar, fadiga e mialgia. Em pacientes pediátricos, especialmente, as IRAs podem ser acompanhadas de sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia. Além disso, ausculta pulmonar pode revelar crepitações, sibilos ou diminuição dos ruídos respiratórios, dependendo da natureza e localização da infecção.

Em casos de pneumonia bacteriana, é comum o surgimento de expectoração purulenta, e a consolidação pulmonar pode ser evidente na ausculta. Já as infecções virais, como a causada pelo vírus Influenza, podem se manifestar com sintomas sistêmicos proeminentes, incluindo febre alta, mialgias e prostração (BUSSAMRA *et al.*, 2008).

A progressão da infecção para uma doença mais grave pode ser indicada por confusão mental, hipotensão, taquipneia, uso de musculatura acessória para respirar e diminuição da saturação de oxigênio. Estes são sinais de alerta que requerem atenção médica imediata.

Diagnóstico das infecções respiratórias agudas

O diagnóstico das IRAs baseia-se na combinação de história clínica, exame físico e exames complementares. A história deve focar na duração e características dos sintomas, exposições recentes a pessoas doentes, viagens, vacinações e comorbidades.

Exames laboratoriais, como hemograma completo, podem ajudar a identificar uma resposta inflamatória, como leucocitose em infecções bacterianas ou leucopenia em algumas infecções virais. Culturas de expectoração, aspirados nasofaríngeos ou lavados broncoalveolares podem ser coletados para identificar o agente infeccioso específico.

Exames de imagem, particularmente radiografia de tórax, são cruciais na avaliação de pacientes com suspeita de pneumonia ou outras complicações. Opacidades, consolidações ou derrames pleurais são achados radiográficos sugestivos de infecções do trato respiratório inferior (CELLEDON *et al.*, 2003).

Abordagem terapêutica das infecções respiratórias agudas

A abordagem terapêutica das IRAs varia dependendo da suspeita etiológica, gravidade da doença e condição clínica do paciente. Para infecções causadas por bactérias, antibióticos são a pedra angular do tratamento. A escolha do agente antibiótico deve ser baseada no patógeno suspeito e nos padrões locais de resistência antimicrobiana. Em muitos casos, pode ser apropriado iniciar com uma terapia de amplo espectro, ajustando posteriormente com base nos resultados da cultura

Para infecções virais, o tratamento é majoritariamente de suporte, incluindo repouso, hidratação e alívio dos sintomas. No entanto, alguns antivirais, como oseltamivir para a gripe, podem ser benéficos se administrados precocemente. É essencial diferenciar a etiologia viral da bacteriana, uma vez que o uso desnecessário de antibióticos em infecções virais contribui para o crescente problema de resistência antimicrobiana.

Em pacientes com insuficiência respiratória ou hipoxemia, a oxigenoterapia é essencial. Em casos graves, pode ser necessário suporte ventilatório, seja através de ventilação não invasiva ou intubação e ventilação mecânica invasiva. A decisão deve ser baseada na avaliação clínica e nos parâmetros gasométricos do paciente (DE-CAMPO & MCALLISTER, 2011).

As vacinas desempenham um papel vital na prevenção de algumas IRAs, incluindo pneumonias por Streptococcus pneumoniae e gripe. Assim, a imunização adequada deve ser promovida como uma estratégia primordial de prevenção. Além disso, em ambientes hospitalares, medidas de isolamento e precaução são essenciais para evitar a disseminação de infecções.

Finalmente, a educação do paciente e da comunidade sobre a importância da higiene das mãos, etiqueta respiratória e reconhecimento precoce dos sintomas pode ajudar a reduzir a incidência e a transmissão de IRAs.

Prognóstico das infecções respiratórias agudas

O prognóstico das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) varia amplamente, dependendo de vários fatores como o patógeno causador, a extensão da infecção, a idade do paciente, comorbidades subjacentes e o momento da intervenção médica. Muitas IRAs, especialmente as do trato respiratório superior, são autolimitadas e resolvem sem complicações com tratamento sintomático adequado. No entanto, as IRAs do trato respiratório inferior, como pneumonia, podem ser mais graves e potencialmente fatais, especialmente em populações vulneráveis, como

idosos, crianças pequenas e indivíduos imunocomprometidos (VESTBO *et al.*, 2014).

A rápida identificação e o tratamento adequado são cruciais para um prognóstico favorável. Pacientes que recebem tratamento tardio, ou que apresentam patógenos resistentes a antibióticos, podem ter um curso de doença prolongado e complicado, com risco aumentado de sequelas e mortalidade. Além disso, a presença de outras comorbidades, como doenças cardíacas, pulmonares ou diabetes, pode complicar a recuperação e afetar adversamente o desfecho clínico (BARNES, 2008).

Complicações das IRAs, como abscessos pulmonares, empiema pleural e sepse, também influenciam no prognóstico. Estas condições requerem intervenções adicionais e prolongam o período de recuperação. A intervenção precoce e o monitoramento clínico regular são, portanto, essenciais para maximizar as chances de um resultado favorável (DECAMPO & MCALLISTER, 2011).

Estratégia de prevenção e controle das infecções respiratórias agudas

A prevenção das IRAs é multifacetada e envolve intervenções a nível individual, comunitário e de saúde pública. A vacinação é uma das principais estratégias para prevenir infecções respiratórias específicas, como influenza e pneumonia pneumocócica. As campanhas de imunização em larga escala e a conscientização sobre a importância da vacinação podem reduzir significativamente a incidência dessas doenças na comunidade (LOPEZ *et al.*, 2006).

A higiene das mãos é uma ferramenta essencial na prevenção da transmissão de patógenos respiratórios. Lavar as mãos regularmente com água e sabão ou usar desinfetantes à base de álcool pode interromper a cadeia de transmissão. Além disso, práticas como a etiqueta respiratória, que envolve cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar e usar máscaras em ambientes congestionados, podem diminuir a disseminação de agentes infecciosos no ar.

A nível de sistemas de saúde, é crucial manter a vigilância e a capacidade de resposta para detectar e controlar surtos rapidamente. Isso inclui monitorar padrões de doenças respiratórias, realizar testes de diagnóstico rápidos e implementar medidas de controle em ambientes hospitalares, como isolamento de pacientes infectados e uso adequado de equipamentos de proteção individual. Além disso, a educação da comunidade sobre os sinais e sintomas das IRAs e a importância da busca precoce por atendimento médico podem desempenhar um papel vital na redução da morbidade e mortalidade associadas (LOPEZ *et al.*, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNES, P.J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Nature Reviews Immunology, v. 8, p. 183, 2008

BUSSAMRA, M.H.F. *et al*. Clinical and functional characteristics of children and adolescents with severe asthma. Jornal de Pediatria, v. 84, p. 344, 2008.

CELLEDON, J.C. *et al*. Association of childhood asthma with parental smoking and other environmental factors. Journal of Allergy and Clinical Immunology, v. 111, p. 262, 2003.

DECAMPO, J.A. & MCALLISTER, J.W. Helping patients take asthma medications: a randomized controlled trial of a new approach. Journal of Asthma, v. 48, p. 189, 2011.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA Reports, v. 2021, p. 1, 2021.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD Reports, v. 2021, p. 1, 2021

LOPEZ, A.D. *et al*. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. European Respiratory Journal, v. 27, p. 397, 2006.

MOFFAT, M. *et al*. A large-scale, consortium-based genomewide association study of asthma. New England Journal of medicine, v. 363, p. 1211, 2010.

PORTAL CONSULTE VIDA. Infecções Virais do Trato Respiratório, 2020. Disponível em: https://cmqv.org/infeccoes-virais-do-trato-respiratorio/. Acesso em: 17/09/2023.

VESTBO, J. *et al*. Efficacy of fluticasone furoate/vilanterol in the prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. New England Journal of medicine, v. 370, p. 2102, 2014.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 08

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: ASMA E DPOC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ISABELLE PEREZ RAMIREZ GONÇALVES[1]
JULIA FERNANDES CASTRO[1]
ELISA ANDRADE DE FARIA[2]
JOÃO PEDRO RODRIGUES PEREIRA[3]

1. *Médica - Faculdade de Minas Gerais- FAMINAS BH.*
2. *Discente- Universidade Regional de Blumenau-FURB-SC*
3. *Médico – Universidade Federal de Ouro Preto-MG*

Palavras Chave: *Asma; Doença pulmonar crônica; Atenção básica.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.8

INTRODUÇÃO

Doenças respiratórias rônicas

As doenças respiratórias crônicas (DRCs) representam um conjunto de afecções que afetam predominantemente as vias aéreas e outros componentes estruturais dos pulmões. Este grupo heterogêneo de patologias apresenta, em sua natureza, um curso prolongado e, muitas vezes, progressivo, levando a morbidades significativas e, em casos avançados, à mortalidade.

Definição

As DRCs englobam diversas patologias que têm em comum a característica da cronicidade. Entre elas, destacam-se a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), as pneumoconioses, bronquiectasias, fibrose pulmonar idiopática, entre outras. Estas condições resultam em uma limitação crônica do fluxo aéreo e/ou uma redução da capacidade de troca gasosa, muitas vezes associadas a um processo inflamatório de origem variada.

A obstrução ao fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos, principalmente em fumantes, no caso da DPOC. A asma, por sua vez, é caracterizada por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, especialmente à noite ou nas primeiras horas da manhã (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD), 2021).

IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA

Globalmente, as DRCs estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), milhões de pessoas morrem anualmente devido a doenças respiratórias crônicas, com a DPOC e a asma representando as maiores parcelas desses óbitos.

O tabagismo é o principal fator de risco para a DPOC, enquanto agentes alergênicos, fatores ocupacionais e infecções respiratórias são fatores contribuintes importantes para a asma. O crescimento contínuo da poluição do ar, tanto em ambientes fechados quanto externos, também desempenha um papel significativo no aumento da prevalência e da gravidade das DRCs.

Além do impacto direto sobre a saúde dos indivíduos, as DRCs trazem consequências econômicas significativas para os sistemas de saúde e sociedades em geral. Os custos diretos com consultas médicas, medicamentos, internações e reabilitações, bem como os custos indiretos relacionados à perda de produtividade e aposentadorias precoces, são consideráveis (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2021).

O objetivo do capítulo foi identificar os fatores associados às doenças respiratórias crônicas, asma e DPOC, bem como suas fisiopatologias, seus sintomas associados, apresentando os fatores que podem afetar a qualidade de vida das pessoas que possuem essas patologias.

ASMA

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por hiperresponsividade brônquica e obstrução do fluxo aéreo, que é reversível espontaneamente ou com tratamento. Essa obstrução ao fluxo aéreo resulta em episódios recorrentes de sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente durante a noite ou nas primeiras horas da manhã.

A inflamação das vias aéreas na asma leva ao edema, produção aumentada de muco e

broncoespasmo. A obstrução ao fluxo aéreo, por sua vez, pode ser resolvida com ou sem tratamento, mas em alguns pacientes com asma de longa duração, pode haver uma obstrução persistente devido ao remodelamento das vias aéreas (VESTBO *et al.*, 2014).

Fatores genéticos e ambientais

A etiologia da asma é multifatorial, envolvendo uma combinação de predisposição genética e exposições ambientais.

Fatores genéticos

A asma tem uma forte componente hereditária. Indivíduos com história familiar de asma ou outras doenças atópicas (como rinite alérgica, eczema) têm maior risco de desenvolver a condição.

Estudos em gêmeos demonstraram que a concordância para asma é significativamente maior em gêmeos monozigóticos em comparação com os dizigóticos.

Diversos genes foram associados à suscetibilidade à asma, embora isoladamente nenhum deles seja responsável pela doença. A interação entre esses genes pode aumentar o risco de desenvolvimento da doença (VESTBO *et al.*, 2014).

Fatores ambientais

Alergênicos

A exposição a certos alérgenos, como ácaros domésticos, pelos de animais, pólens e fungos, está frequentemente associada ao início e exacerbação da asma.

Infecções respiratórias

Vírus respiratórios, especialmente o vírus sincicial respiratório (VSR) e rinovírus, são causas comuns de exacerbação da asma, especialmente em crianças.

Exposição ocupacional

Agentes como isocianatos, farinha, sal e látex podem induzir asma ocupacional.

Poluição do ar

Tanto a poluição do ar interior quanto a exterior, como a fumaça do tabaco e poluentes atmosféricos, pode desencadear sintomas asmáticos.

Outros fatores

Exposição a irritantes químicos, exercícios, medicamentos (por exemplo, aspirina e betabloqueadores) e fatores emocionais podem também precipitar ou exacerbar a asma.

Fisiopatologia

A inflamação das vias aéreas é uma característica central da asma e está presente mesmo em indivíduos com doença leve. Esta inflamação crônica é responsável por muitos dos sintomas clínicos e alterações fisiopatológicas observadas na asma.

Células envolvidas

A inflamação asmática é predominantemente eosinofílica em muitos pacientes, especialmente aqueles com asma atópica. Linfócitos T, mastócitos e neutrófilos também desempenham um papel. Os eosinófilos liberam mediadores pró-inflamatórios, como a proteína básica principal, que danifica as células das vias aéreas e contribui para o broncoespasmo.

Mediadores inflamatórios

As vias aéreas inflamadas na asma liberam uma variedade de mediadores, incluindo leucotrienos, histamina e prostaglandinas. Estes mediadores promovem broncoespasmo, edema da via aérea, secreção de muco e recrutamento de outras células inflamatórias.

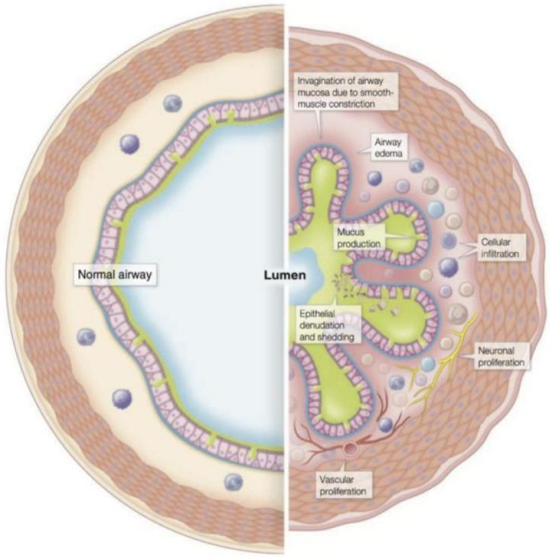
Remodelamento das vias aéreas

Com o tempo, a inflamação crônica pode levar a mudanças estruturais permanentes nas vias aéreas, conhecidas como remodelamento. Isso inclui hipertrofia do músculo liso brônquico, espessamento da membrana basal e aumento das glândulas submucosas. Essas mudanças contribuem para a obstrução fixa das vias aéreas e diminuição da resposta ao tratamento broncodilatador (BUSSAMRA *et al.*, 2008).

A **Figura 8.1** ilustra um corte transversal de um brônquio. O lado esquerdo representa a via aérea normal pérvia.

O lado direito evidencia as alterações patológicas associadas ao quadro de asma que levam ao estreitamento das vias aéreas, como contração da musculatura lisa brônquica, tampões de muco no lúmen e espessamento da submucosa devido ao edema e inflamação. Além disso, exibe disrupção do epitélio das vias aéreas e proliferação vascular e neuronal.

Figura 8.1 Alterações patológicas das vias aéreas no quadro de asma

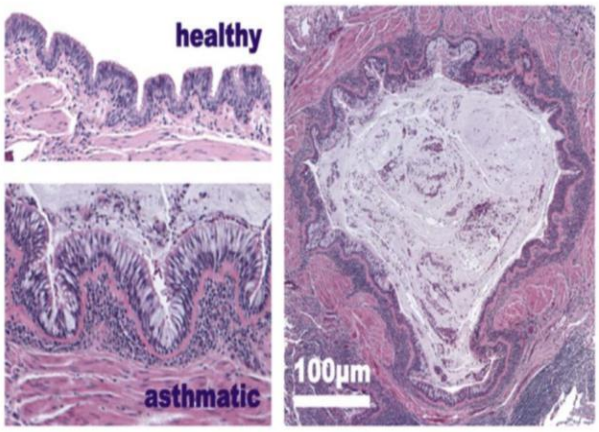


Fonte: SANTOS *et al.*, 2023

A **Figura 8.2** ilustram cortes histológicos de um brônquio. A imagem no canto superior esquerdo representa a via aérea normal. A imagem no canto inferior esquerdo e a imagem à direita evidenciam as alterações patológicas associadas ao quadro de asma, levando à obstrução do fluxo de ar devido à hipersecreção de muco somada ao estreitamento do lúmen das vias aéreas.

A hiperresponsividade brônquica refere-se à tendência das vias aéreas em responder exageradamente a estímulos que normalmente não causam broncoconstrição em indivíduos não asmáticos.

Figura 8.2 Alterações Patológicas das Vias Aéreas no quadro de asma



Fonte: SANTOS *et al.*, 2023.

HIPERRESPONSIVIDADE BRÔNQUICA

Mecanismo

Na asma, a inflamação crônica das vias aéreas aumenta a sensibilidade dos receptores no músculo liso brônquico. Como resultado, estímulos como alérgenos, irritantes, ar frio ou exercício podem provocar uma resposta broncoconstritora exagerada.

Consequências

Esta hiperreatividade manifesta-se clinicamente por episódios de sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse. A broncoconstrição pode ser rapidamente revertida com broncodi-

latadores de ação rápida, como agonistas beta-2 adrenérgicos (BUSSAMRA *et al.*, 2008).

Avaliação

A hiperresponsividade brônquica pode ser avaliada em laboratório por testes de provocação brônquica. Estes testes envolvem a inalação de substâncias como metacolina ou histamina e a medição da resposta das vias aéreas por espirometria.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Sintomas típicos

Os sintomas da asma variam de pessoa para pessoa, tanto em termos de gravidade quanto de frequência. Contudo, os seguintes são considerados sintomas cardinais da doença:

Sibilância

Ruídos agudos produzidos durante a respiração, especialmente na expiração. É frequentemente o sintoma mais reconhecível da asma.

Dispneia

Dificuldade respiratória ou sensação de falta de ar, que pode ser mais intensa à noite ou nas primeiras horas da manhã.

Tosse

Principalmente noturna, pode ser o único sintoma em algumas formas de asma, como a "asma tosse-variante".

Opressão torácica

Sensação de aperto ou peso no peito, frequentemente associada a episódios de sibilância e dispneia.

Os sintomas podem ser desencadeados ou agravados por diversos fatores, incluindo infecções respiratórias, alérgenos, exercício físico, ar frio, emoções fortes, poluição, fumaça de tabaco, entre outros (CELLEDON *et al.*, 2003).

DIFERENCIAÇÃO ENTRE ASMA INTERMITENTE E PERSISTENTE

Para guiar o manejo clínico e terapêutico da asma, é útil classificar sua severidade em intermitente ou persistente (que pode ser ainda subdividida em leve, moderada e grave) (VESTBO *et al.*, 2014).

Asma intermitente

- Sintomas de asma ocorrem em ≤2 dias por semana.
- Despertares noturnos devido à asma ocorrem em ≤2 noites por mês.
- Uso de medicamento de alívio (broncodilatador de ação rápida) é necessário em ≤2 dias por semana.
- Ataques de asma são breves, variando de algumas horas a alguns dias.
- A função pulmonar, medida pelo volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), é ≥80% do valor previsto entre as exacerbações (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2021).

Asma persistente leve

- Sintomas ocorrem em >2 dias por semana, mas não diariamente.
- Despertares noturnos ocorrem 3-4 vezes por mês.
- Uso de medicamento de alívio é necessário em >2 dias por semana, mas não diariamente.
- A função pulmonar (VEF1) é ainda ≥80% do valor previsto (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2021).

Asma persistente moderada

- Sintomas diários.
- Despertares noturnos ocorrem >1 vez por semana, mas não diariamente.

- Uso diário de medicamentos de alívio.
- Exacerbações podem afetar a atividade diária e podem exigir corticosteroides sistêmicos.
- A função pulmonar (VEF1) é entre 60-80% do valor previsto.

4. Asma Persistente Grave:

- Sintomas são contínuos ao longo do dia.
- Despertares noturnos frequentes.
- Uso de medicamentos de alívio várias vezes ao dia.
- Exacerbações frequentes.
- A função pulmonar (VEF1) é <60% do valor previsto (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD), 2021).

DIAGNÓSTICO

História clínica e exame físico

- **História clínica**
- Início, duração e progressão dos sintomas.
- Frequência e gravidade das exacerbações.
- Identificação de possíveis desencadeantes: alérgenos, infecções, exercícios, irritantes, medicamentos, entre outros.
- História de alergias e comorbidades associadas (e.g., rinite, sinusite, eczema).
- Resposta ao tratamento prévio, incluindo uso de broncodilatadores e corticosteroides.
- Avaliação de fatores de risco, como tabagismo e exposição ocupacional.
- História familiar de asma ou outras doenças atópicas (DECAMPO & MCALLISTER, 2011).

Exame físico

- Avaliação do padrão respiratório: uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, frequência respiratória.
- Ausculta pulmonar: presença de sibilos, roncos, diminuição do murmúrio vesicular.
- Avaliação da rinorreia, obstrução nasal e outros sinais de rinite alérgica.
- Identificação de sinais de alergias cutâneas como eczema.
- Avaliação do estado geral e grau de desconforto respiratório.

Provas de função pulmonar

Espirometria

É o teste mais importante para avaliar a obstrução das vias aéreas e sua reversibilidade. Medidas chave incluem o Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) e a Capacidade Vital Forçada (CVF). Um aumento no VEF1 de >12% e 200 mL após a administração de um broncodilatador de ação rápida é indicativo de reversibilidade e é sugestivo de asma.

Teste de provocação brônquica

Utilizado em pacientes com espirometria normal ou quase normal para avaliar a hiperresponsividade brônquica. Estímulos como metacolina, histamina ou solução salina hipertônica são administrados para provocar broncoconstrição.

Pico de fluxo expiratório (PFE)

Medido usando um medidor de pico de fluxo, este teste avalia o fluxo de ar máximo durante uma expiração forçada. Pode ser usado para monitorar a resposta ao tratamento e identificar desencadeantes (DECAMPO & MCALLISTER, 2011).

EXAMES COMPLEMENTARES

Testes de alergia

Teste cutâneo (prick test) ou determinação sérica de IgE específica para identificar alérgenos potenciais que podem desencadear ou exacerbar a asma.

Radiografia de tórax

Em geral, é normal em pacientes asmáticos, mas pode ser útil para excluir outras condições que possam simular asma, como obstrução de brônquio por corpo estranho ou tumor.

Gasometria arterial

Utilizada em situações de exacerbação grave para avaliar o estado de oxigenação e ventilação do paciente.

Citologia de escarro induzido

Pode ajudar a identificar a inflamação eosinofílica ou neutrofílica das vias aéreas, o que pode ter implicações terapêuticas (LOPEZ *et al.*, 2006).

TRATAMENTO

Medidas não farmacológicas
Educação do paciente

É crucial ensinar o paciente sobre a natureza crônica da asma, desencadeantes, manejo de sintomas agudos e a importância da adesão ao tratamento.

Evitação de desencadeantes

Identificar e minimizar a exposição a alérgenos conhecidos, irritantes e outros desencadeantes de asma. Em pacientes sensíveis, isto pode incluir a remoção de tapetes, uso de capas de colchão à prova de ácaros, e evitação de animais de estimação, entre outros

Fisioterapia respiratória

Técnicas de fisioterapia podem ajudar na mobilização e na eliminação de secreções, bem como na melhoria da função pulmonar.

Reabilitação pulmonar

Indicado para pacientes com asma moderada a grave, envolve exercícios supervisionados, educação sobre a doença e técnicas de manejo do estresse.

Técnicas de respiração

Exercícios de respiração, como a técnica Buteyko ou treinamento da musculatura inspiratória, podem ser úteis em alguns pacientes (LOPEZ *et al.*, 2006).

Tratamento medicamentoso
Controladores (ou de manutenção)

São medicamentos usados regularmente para controlar a inflamação das vias aéreas e prevenir sintomas e exacerbações.

Corticosteroides inalatórios (CI)

São a principal classe de medicamentos controladores. Exemplos incluem budesonida, fluticasona e beclometasona.

Agonistas Beta-2 de ação longa (LABA)

Tais como salmeterol e formoterol. Muitas vezes são combinados com CI em um único inalador.

Antileucotrienos

Como montelucaste e zafirlucaste. Podem ser particularmente úteis em pacientes com asma induzida por exercício ou asma associada à rinite alérgica.

Modificadores biológicos

Como omalizumabe, mepolizumabe e benralizumabe. São indicados para formas específicas de asma grave (PAPI *et al.*, 2012).

Aliviadores (ou de alívio rápido)

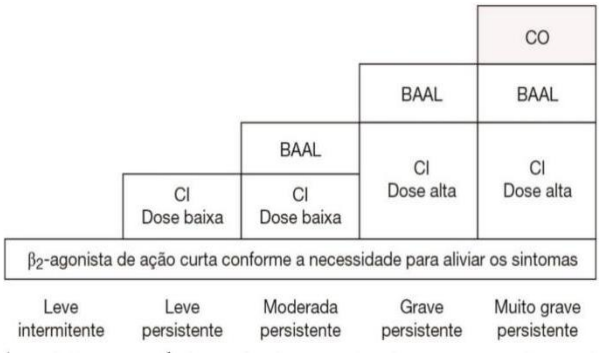
São medicamentos usados para aliviar sintomas agudos e prevenir sintomas induzidos pelo exercício.

Agonistas beta-2 de ação curta (SABA)

Como salbutamol e terbutalina. São broncodilatadores rápidos que aliviam a obstrução das

vias aéreas e sintomas como sibilância e dispneia **Figura. 8.3.**

Figura 8.3 Tratamento da Asma. Abordagem escalonada ao tratamento da asma de acordo com a gravidade da doença e a capacidade de controlar os sintomas. BAAL: Beta-2 Agonista de ação longa; CI: corticosteroide inalatório; CO: corticosteroide oral



Fonte: SANTOS *et al.*, 2023

Outros medicamentos

Anticolinérgicos

Como tiotrópio, que podem ser úteis em alguns pacientes, particularmente aqueles com características de DPOC.

Corticosteroides orais

Como prednisona, são usados para exacerbações agudas, mas não são indicados para uso contínuo devido aos efeitos colaterais.

Manejo das Exacerbações

RECONHECIMENTO E TRATAMENTO INICIAL

Reconhecimento das exacerbações

Uma exacerbação da asma é caracterizada por um aumento progressivo de sintomas como dispneia, tosse, sibilância ou opressão torácica. Pode também manifestar-se por redução do pico de fluxo expiratório (PFE) ou do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1).

A exacerbação pode ser precipitada por infecções respiratórias, exposição a alérgenos, poluição, entre outros desencadeantes (PAPI *et al.*, 2012).

Tratamento inicial

- **Broncodilatadores de ação rápida**

A primeira linha de tratamento é a administração de um agonista beta-2 de ação curta (SABA), como salbutamol, via inalador dosimetrado ou nebulizador. O medicamento pode ser repetido a intervalos curtos, conforme necessário.

- **Oxigenoterapia**

Em pacientes com sinais de insuficiência respiratória, é importante administrar oxigênio para manter uma saturação de oxigênio (SpO2) superior a 92%.

- **Corticosteroides sistêmicos**

Prednisona oral ou prednisolona podem ser administradas para reduzir a inflamação das vias aéreas. Em situações graves, pode ser necessário administrar corticosteroides por via intravenosa.

QUANDO ENCAMINHAR AO HOSPITAL

Falha no tratamento inicial

Pacientes que não respondem ao tratamento inicial com SABA ou que requerem o medicamento com frequência (por exemplo, mais do que a cada 4 horas) devem ser encaminhados para avaliação em um ambiente hospitalar (BARNES, 2008).

Sinais de alarme

- Dificuldade para falar ou respirar.
- Uso da musculatura acessória.
- Frequência cardíaca ou respiratória elevada.
- Cianose (coloração azulada da pele ou mucosas).

- Saturação de oxigênio abaixo de 92%.
- Confusão, sonolência ou alteração do nível de consciência.
- PFE ou VEF1 gravemente reduzidos (geralmente <50% do previsto ou do melhor valor pessoal registrado).

Exacerbações frequentes

Pacientes que apresentam exacerbações recorrentes em um curto espaço de tempo, mesmo que a resposta ao tratamento inicial seja boa.

Condições associadas

Pacientes com comorbidades significativas, como doença cardíaca, podem necessitar de uma avaliação mais detalhada em um ambiente hospitalar.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD), 2021).

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Caracterização da DPOC

A DPOC é uma doença respiratória progressiva e não totalmente reversível, caracterizada pela presença de sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo, causada principalmente por uma combinação de bronquite crônica (inflamação e estreitamento das vias aéreas) e enfisema (destruição do tecido pulmonar alveolar). Esta limitação ao fluxo aéreo é geralmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos.

Tabagismo e outros fatores de risco

Tabagismo

- O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC. Estima-se que 85-90% dos casos de DPOC sejam causados pelo tabagismo. O risco aumenta com a duração e a intensidade do hábito de fumar. Mesmo o fumo passivo pode aumentar o risco de desenvolver a doença (**Figura 8.4**).

Exposição ocupacional

A inalação de poeiras, produtos químicos e fumos no ambiente de trabalho pode contribuir para o desenvolvimento da DPOC. Exemplos incluem trabalhadores expostos a poeira de carvão, silicatos e grãos, bem como a fumos de solda.

Poluição do ar

A exposição prolongada à poluição do ar, principalmente em áreas urbanas, é um fator de risco significativo para a DPOC (MOFFAT *et al.*, 2010).

Infecções respiratórias

Infecções respiratórias frequentes durante a infância, especialmente aquelas que causam hospitalização, podem predispor ao desenvolvimento de DPOC em adultos.

Deficiência de alfa-1 antitripsina

Uma condição genética rara, mas bem reconhecida, que pode levar à DPOC em pessoas mais jovens, muitas vezes com menos exposição ao tabagismo.

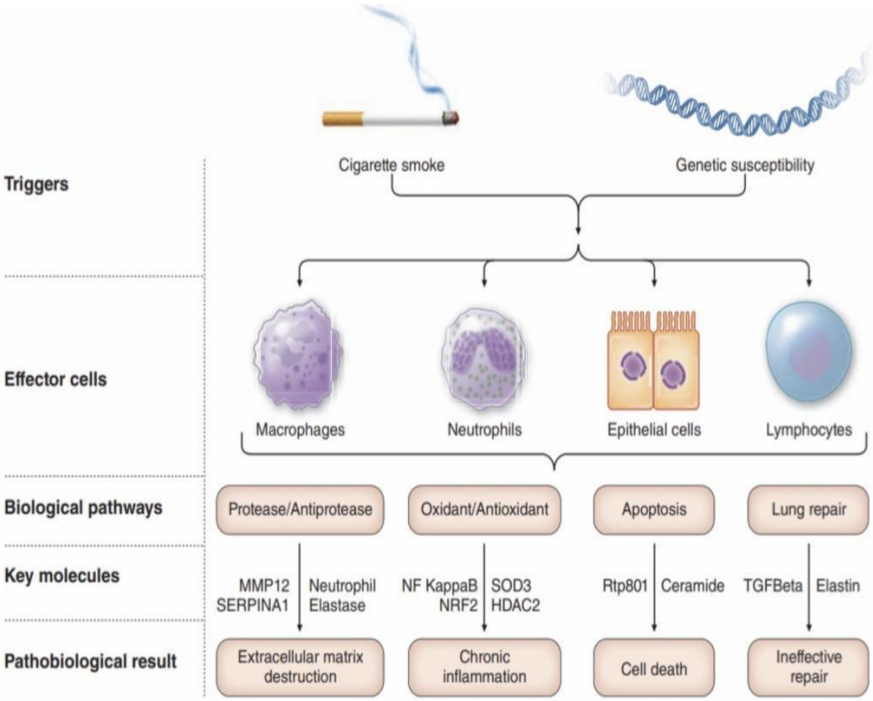
História familiar

Ter parentes próximos com DPOC pode aumentar o risco, sugerindo uma predisposição genética (MOFFAT *et al.*, 2010).

Cozimento com biomassa

Em muitos países em desenvolvimento, cozinhar ou aquecer a casa usando biomassa (madeira, esterco ou carvão vegetal) em fogões mal ventilados pode ser um fator de risco importante.

Figura 8.4 Após longo período de exposição à fumaça de cigarro, em indivíduos geneticamente susceptíveis, células epiteliais pulmonares e linfócitos T e B recrutam células inflamatórias ao pulmão. Trajetos biológicos de desbalanço protease/antiprotease, desbalanço oxidante/antioxidante, apoptose e reparo pulmonar acarretam a destruição da matriz extracelular, morte celular, inflamação crônica, e reparo ineficaz.



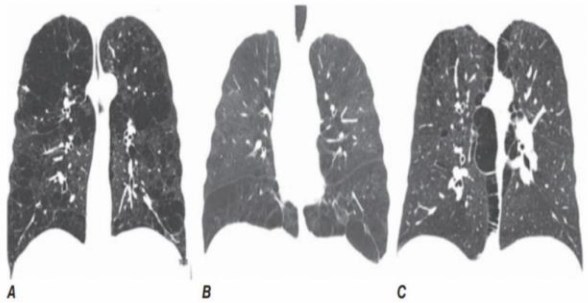
Fonte: SANTOS *et al.*, 2023.

FISIOPATOLOGIA DA DPOC

A DPOC é caracterizada por uma obstrução crônica e progressiva das vias aéreas e destruição parenquimatosa. Inicia-se com uma resposta inflamatória das vias aéreas a inalantes nocivos, como o fumo do tabaco. Esta inflamação leva à produção excessiva de muco, hipertrofia das glândulas mucosas e dano epitelial. O enfisema, uma das características da DPOC, refere-se à destruição irreversível dos alvéolos, resultando em uma superfície reduzida para a troca gasosa **Figura. 8.5**. A combinação de obstrução das vias aéreas e destruição alveolar leva à limitação do fluxo de ar, hiperinsuflação pulmonar e, eventualmente, hipoxemia e hipercapnia.

A patogênese da DPOC é ainda complicada por episódios recorrentes de exacerbações, muitas vezes desencadeadas por infecções respiratórias ou exposição contínua a irritantes. Estas exacerbações induzem uma resposta inflamatória aguda sobreposta à inflamação crônica subjacente, exacerbando a obstrução das vias aéreas e levando a uma deterioração ainda maior da função pulmonar **Figura 8.4** (CELLEDON *et al.*, 2003).

Figura 8.5 Padrões de enfisema. **A.** Enfisema centrolobular com acometimento extenso do lobo superior, em um homem de 68 anos, fumante de 70/maço/ano, mas com FEV1 de 81%. **B**. Enfisema panlobular com perda difusa do parênquima, com predominância nos lobos inferiores, em um homem de 64 anos com deficiência grave de alfa-1-antitripsina. **C.** Enfisema paraseptal com inflamação das vias aéreas, em uma mulher de 52 anos fumante de 37/maço/ano e uma FEV1 de 40%.



Fonte: Santos *et al.*, 2023

Manifestações clínicas

Os sintomas da DPOC desenvolvem-se gradualmente e são muitas vezes negligenciados até que se tornem debilitantes. A dispneia é o sintoma predominante e, inicialmente, ocorre com o esforço, progredindo eventualmente para dispneia em repouso nas fases avançadas da doença. Tosse crônica, muitas vezes produtiva de expectoração, é outro sintoma comum. A produção de escarro pode variar de claro a purulento, especialmente durante exacerbações. A sibilância e o aperto no peito também podem ser apresentados.

Os pacientes com DPOC avançada podem desenvolver sinais de insuficiência cardíaca direita, conhecida como *cor pulmonale*. Isso inclui edema periférico, distensão da veia jugular e hipertrofia ou dilatação do ventrículo direito. A cianose, uma coloração azulada da pele e mucosas, pode desenvolver-se em estágios avançados devido à hipoxemia persistente (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2021).

Diagnóstico

O diagnóstico da DPOC é baseado na combinação de história clínica, exame físico e testes de função pulmonar. A espirometria é o teste padrão ouro para estabelecer o diagnóstico, com a identificação de uma relação reduzida entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF), que indica obstrução das vias aéreas. Uma melhora limitada no VEF1 após a administração de um broncodilatador (agonista beta-2) confirma a natureza irreversível ou parcialmente reversível da obstrução.

Outros testes complementares, como a oximetria de pulso e a gasometria arterial, podem ser realizados para avaliar a extensão da hipoxemia e acidose respiratória. Radiografias de tórax e tomografias computadorizadas também podem fornecer informações adicionais sobre o grau de hiperinsuflação, a presença de enfisema e outras possíveis complicações e comorbidades associadas (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA), 2021).

Tratamento

O tratamento da DPOC visa aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir e tratar complicações e exacerbações, e reduzir a mortalidade. A principal estratégia terapêutica é a cessação do tabagismo, o que pode retardar a progressão da doença. Os broncodilatadores, como os agonistas beta-2 de ação longa (LABA) e anticolinérgicos de longa duração (LAMA), são fundamentais para aliviar sintomas e melhorar a função pulmonar.

A terapia com corticosteroides inalatórios (CI) pode ser adicionada em pacientes com exacerbações frequentes. A reabilitação pulmonar, que combina exercícios físicos, educação e suporte psicossocial, mostrou melhorar a capacidade de exercício e a qualidade de vida. Em pacientes com hipoxemia crônica, a oxigenoterapia de longa duração é indicada. Em casos selecionados, procedimentos cirúrgicos como a redução de volume pulmonar ou o transplante pulmonar podem ser considerados.

A asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são duas das doenças respiratórias crônicas mais prevalentes no mundo, ambas com implicações significativas para a saúde pública. Enquanto a asma é frequentemente enraizada em respostas imunológicas atópicas, com episódios agudos de inflamação e broncoconstrição reversível, a DPOC é caracterizada por uma obstrução progressiva e, muitas vezes, irreversível das vias aéreas, frequentemente atribuída ao tabagismo e a exposições ambientais. Ambas as condições enfatizam a necessidade de um diagnóstico precoce e adequado, bem como a importância de terapias individualizadas e uma abordagem multidisciplinar. A

educação do paciente, a prevenção e a gestão de fatores de risco e exacerbações são pilares fundamentais no manejo de ambas as doenças. À medida que avançamos em pesquisa e compreensão, torna-se imperativo adotar abordagens inovadoras para tratamento, monitorização e cuidado preventivo, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o fardo dessas doenças na sociedade (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD), 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNES, P.J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Nature Reviews Immunology, v. 8, p. 183, 2008.

BUSSAMRA, M.H.F. *et al*. Clinical and functional characteristics of children and adolescents with severe asthma. Jornal de Pediatria, v. 84, p. 344, 2008.

CELLEDON, J.C. *et al*. Association of childhood asthma with parental smoking and other environmental factors. Journal of Allergy and Clinical Immunology, v. 111, p. 262, 2003.

DECAMPO, J.A. & MCALLISTER, J.W. Helping patients take asthma medications: a randomized controlled trial of a new approach. Journal of Asthma, v. 48, p. 189, 2011.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD Reports, v. 2021, p. 1, 2021.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA Reports, v. 2021, p. 1, 2021.

LOPEZ, A.D. *et al*. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. European Respiratory Journal, v. 27, p. 397, 2006.

MOFFAT, M. *et al*. A large-scale, consortium-based genomewide association study of asthma. New England Journal of medicine, v. 363, p. 1211-1221, 2010.

PAPI, A. *et al*. Inhaled corticosteroids and long-acting beta-2 agonists in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Drugs, v. 72, p. 349, 2012.

SANTOS, F.E.C.S.O.P. *et al*. Alterações Fisiopatológicas da DPOC e Asma. Acta MSM: Periódico da Escola de Medicina Souza Marques, v. 10, n. 1, p. 120, 2023.

VESTBO, J. *et al*. Efficacy of fluticasone furoate/vilanterol in the prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. New England Journal of medicine, v. 370, p. 2102, 2014.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 09

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

THAYNA THAYS BESSA NEVES[1]
BRUNA RIBEIRO PRATES[2]
LETIZIA GUARNIERI OLIVATTO[3]
BEATRIZ DOURADO PIRES[2]

1. *Discente - Medicina na Faculdade de Medicina de Olinda – FMO*
2. *Discente - Medicina no Centro Universitário UNIFACIG*
3. *Discente - Medicina na Faculdade Nove de Julho - UNINOVE*

Palavras Chave: *Diabetes mellitus; Insulina; Atenção primária.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.9

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) tem sido reconhecida como uma condição médica desde a antiguidade. Os primeiros relatos documentados da doença remontam ao Egito Antigo, cerca de 1500 a.C., onde a poliúria (produção excessiva de urina) foi descrita em papiros médicos. Na Índia antiga, os médicos identificaram a doença ao observar que as formigas eram atraídas pela urina de pessoas com sintomas característicos.

O termo "diabetes" foi introduzido pelo médico grego Apollonius de Mênfis no século II a.C., e é derivado do grego "*siphon*", que significa "passar por". Mais tarde, no século II d.C., o médico grego Galeno foi um dos primeiros a distinguir entre diabetes mellitus e diabetes insipidus.

No entanto, foi somente no século XIX que avanços significativos na compreensão e tratamento da diabetes ocorreram. A descoberta da insulina em 1921 por Frederick Banting e Charles Best marcou uma revolução no tratamento da DM, transformando-a de uma condição quase fatal para uma doença crônica gerenciável (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021).

Importância epidemiológica e econômica

A DM tornou-se uma das maiores crises de saúde pública do século XXI. Globalmente, a prevalência da doença tem aumentado de forma alarmante nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, cerca de 422 milhões de adultos viviam com diabetes, em comparação com os 108 milhões em 1980.

O aumento da prevalência está associado a fatores como urbanização, sedentarismo, dietas inadequadas e envelhecimento da população. Tais fatores de risco, aliados ao DM, têm conduzido a um aumento nas morbidades associadas, como doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética.

Do ponto de vista econômico, o impacto do DM é profundo. O gerenciamento da diabetes e de suas complicações impõe custos significativos aos sistemas de saúde ao redor do mundo. Além dos custos diretos relacionados ao tratamento e hospitalizações, existem custos indiretos significativos devido à perda de produtividade, incapacidade e mortalidade prematura.

A crescente prevalência da diabetes e a carga associada a ela enfatizam a necessidade de intervenções preventivas eficazes, estratégias de gerenciamento otimizadas e políticas de saúde pública bem direcionadas para enfrentar este desafio global (ZIMMET *et al.*, 2001). O objetivo do presente capítulo é abordar sobre o diabetes mellitus na atenção primária, evidenciando os principais aspectos e como devem ser abordados.

CLASSIFICAÇÃO E TIPOS DE DIABETES MELLITUS

Diabetes tipo 1 (DM1)

O DM tipo 1 é uma forma de diabetes autoimune em que o sistema imunológico do paciente ataca e destrói as células beta produtoras de insulina no pâncreas. Esta destruição leva a uma deficiência absoluta de insulina. Geralmente se manifesta na infância ou adolescência, mas também pode aparecer em adultos. Os pacientes com DM1 são dependentes de insulina exógena para sobreviver.

Etiologia e Fisiopatologia

Fatores genéticos, associados à presença de certos antígenos de histocompatibilidade (HLA), aumentam o risco. Exposição a fatores ambientais, como vírus, pode desencadear uma

resposta autoimune em indivíduos geneticamente predispostos.

Diabetes tipo 2 (DM2)

O DM tipo 2 é caracterizado pela resistência à insulina e por uma deficiência relativa na secreção de insulina. É mais comum em adultos, mas tem sido diagnosticado com maior frequência em jovens devido ao aumento da obesidade e do sedentarismo nesta população (U.K. PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP, 1998).

Etiologia e fisiopatologia

Fatores genéticos conferem predisposição ao DM2. Além disso, fatores de risco incluem obesidade, especialmente adiposidade central, idade avançada, histórico familiar, e síndrome do ovário policístico.

A resistência à insulina leva a um aumento da produção de insulina (hiperinsulinemia), mas eventualmente, o pâncreas não consegue compensar, levando a hiperglicemia.

Diabetes gestacional

Refere-se à intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez. Mulheres com diabetes gestacional têm um risco aumentado de complicações durante a gravidez e o parto. Além disso, elas e seus filhos têm um risco aumentado de desenvolver DM2 no futuro.

Etiologia e fisiopatologia

Durante a gravidez, os hormônios placentários induzem resistência à insulina, que, se não for compensada por um aumento na produção de insulina, pode levar à hiperglicemia. Fatores de risco incluem idade materna avançada, obesidade, história familiar de diabetes, e antecedentes de bebê com peso ao nascer >4 kg.

Existem outros tipos menos comuns de diabetes, incluindo:

Diabetes monogênico

Inclui a diabetes neonatal e a diabetes do adulto de início jovem (MODY). São causadas por mutações em um único gene.

Diabetes secundária

Resulta de outras condições médicas ou devido ao uso de medicamentos. Por exemplo, a pancreatite crônica, doenças endócrinas como a síndrome de Cushing, ou o uso de glucocorticoides podem induzir diabetes.

Síndrome de Wolfram e Síndrome de Alström

São síndromes genéticas raras associadas ao diabetes.

Diabetes por defeitos na ação da insulina

Inclui síndromes de resistência à insulina severa e mutações do receptor de insulina (NATHAN *et al.*, 2009).

EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES MELLITUS

Incidência e prevalência global

Incidência refere-se ao número de novos casos de uma doença diagnosticados em um período específico, geralmente expresso como casos por 100.000 indivíduos por ano. A prevalência, por outro lado, representa o número total de casos da doença em um ponto ou período específico na população, geralmente expressa como uma porcentagem.

A DM tem sido objeto de monitoramento intenso em termos epidemiológicos devido ao seu impacto crescente na saúde global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência global de diabetes entre adultos (com mais de 18 anos) aumentou de 4,7% em 1980

para 8,5% em 2019. Estima-se que, em 2019, quase 422 milhões de adultos viviam com diabetes, em contraste com os 108 milhões em 1980 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021).

Distribuição geográfica e demográfica

A prevalência de diabetes varia significativamente de acordo com a região geográfica, com prevalências mais altas observadas em países de renda média-alta. A região do Pacífico Ocidental e a região do Sudeste Asiático têm uma carga particularmente alta da doença.

A distribuição demográfica também mostra variações. A doença é mais prevalente em indivíduos mais velhos, mas tem mostrado um aumento preocupante em jovens e crianças, particularmente em relação ao Diabetes tipo 2. Além disso, populações indígenas em vários países, como os aborígenes australianos ou os povos nativos americanos, apresentam uma predisposição aumentada ao DM2.

Tendências ao longo do tempo

Historicamente, a diabetes era considerada uma doença dos países desenvolvidos. No entanto, mais de 60% dos indivíduos com diabetes agora residem em países em desenvolvimento. A prevalência está crescendo mais rapidamente nesses países devido a transições nutricionais, urbanização e mudanças no estilo de vida, como o aumento do sedentarismo.

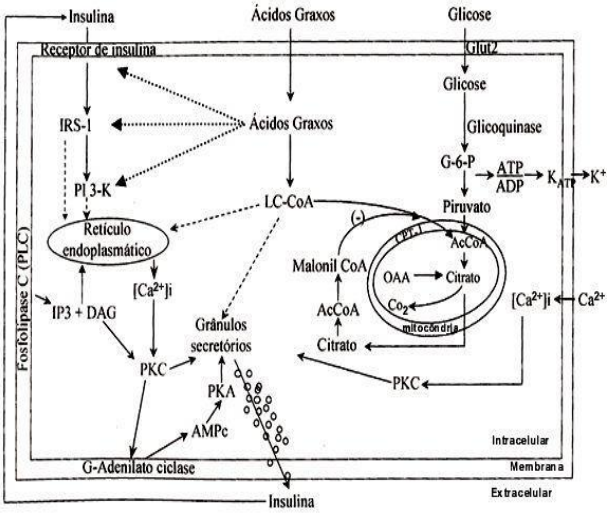
As projeções indicam que, sem intervenções eficazes, o número total de indivíduos com diabetes pode exceder 700 milhões até 2045. Esta tendência ascendente também está associada a um aumento nas complicações relacionadas à diabetes, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal e cegueira (ZIMMET *et al.*, 2001).

FISIOPATOLOGIA DA DIABETES MELLITUS

Mecanismos de insulina e glicose

A insulina é um hormônio anabólico produzido pelas células beta das ilhotas de Langerhans no pâncreas. Sua principal função é regular o metabolismo da glicose, lipídios e proteínas. No tecido alvo, como o músculo e o fígado, a insulina promove a captação de glicose, reduzindo assim a glicemia. No fígado, a insulina inibe a gliconeogênese e promove o armazenamento de glicose como glicogênio. Em situações de jejum ou estresse, a glicose é liberada na corrente sanguínea por processos como glicogenólise e gliconeogênese, mantendo níveis adequados de glicose para as funções celulares (**Figura 9.1).**

Figura 9.1 Principais eventos no processo de regulação da secreção de insulina na célula B



Fonte: HABER *et al.*, 2001

Linhas sólidas indicam efeitos ou interações estabelecidas enquanto linhas tracejadas indicam eventos em mecanismos não definidos. Insulina exógena ou liberada dos grânulos secretórios interage com o receptor de insulina, que ativa IRS-1/PI 3-K. levando à liberação de Ca2+ intracelular do retículo endoplasmático por mecanismo desconhecido. A concentração aumentada de Ca2+ intracelular leva à secreção de in-

sulina, intermediada pela PKC. A possibilidade de um mecanismo existente no efeito modulatório dos ácidos graxos nas etapas iniciais da ação insulínica nas células 8 está indicada pelas linhas pontilhadas (ADA/EASD *et al.*, 2018).

Diferenças entre os tipos de diabetes

A diabetes tipo 1 caracteriza-se por uma deficiência absoluta de insulina devido à destruição autoimune das células beta. Sem insulina exógena, indivíduos com DM1 desenvolvem cetoacidose diabética. A patogênese envolve uma combinação de predisposição genética e gatilhos ambientais, levando a uma resposta autoimune.

Já a diabetes tipo 2, envolve dois principais mecanismos fisiopatológicos: resistência à insulina e deficiência na secreção de insulina. A resistência à insulina requer que o pâncreas produza mais insulina para obter o mesmo efeito na glicemia. Eventualmente, as células beta não conseguem compensar essa resistência, levando à hiperglicemia.

Na diabetes gestacional, por sua vez, o mecanismo é similar ao DM2, envolvendo resistência à insulina, muitas vezes exacerbada pelos hormônios placentários. Se o pâncreas não consegue compensar essa resistência com produção aumentada de insulina, desenvolve-se hiperglicemia (DANAEI *et al.*, 2011).

Fatores genéticos e ambientais

Existem múltiplos genes associados ao risco de desenvolvimento tanto de DM1 quanto de DM2. No DM1, genes associados ao sistema HLA no cromossomo 6 aumentam o risco de destruição autoimune das células beta. No DM2, vários loci genéticos foram identificados que influenciam a função das células beta e a ação da insulina.

Os fatores ambientais desempenham um papel crucial, especialmente no DM2. A urbanização, dietas ricas em calorias e baixa atividade física contribuem para o aumento da obesidade, um fator de risco chave para DM2. Para o DM1, suspeita-se que gatilhos como infecções virais possam desencadear a resposta autoimune em indivíduos geneticamente predispostos (NATHAN *et al.*, 2009).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DIABETES MELLITUS

Sinais e sintomas iniciais

Os sintomas iniciais de diabetes variam dependendo do tipo e da gravidade da hiperglicemia:

Poliúria: Micção frequente devido ao excesso de glicose no sangue que provoca diurese osmótica.

Polidipsia: Sede excessiva como resposta à perda de fluidos pela poliúria.

Polifagia: Fome aumentada devido à incapacidade das células de receber glicose suficiente, levando a um estado de "inanição celular".

Perda de peso: Especialmente notável no DM1, onde a ausência de insulina leva à degradação de proteínas e lipídios.

Fadiga: Devido à incapacidade das células de utilizar glicose como fonte de energia.

Visão turva: Resultante da desidratação do cristalino devido à hiperglicemia (SKYLER *et al.*, 2017).

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS TÍPICAS E ATÍPICAS

Diabetes tipo 1

Os pacientes frequentemente apresentam-se com cetoacidose diabética, caracterizada por hiperglicemia, acidose metabólica e presença de corpos cetônicos no sangue e urina. Sintomas adicionais podem incluir dor abdominal, náuseas, vômitos e hiperventilação.

Diabetes tipo 2

Muitos pacientes podem ser assintomáticos inicialmente e são diagnosticados durante exames de rotina. Outros podem apresentar sintomas clássicos de hiperglicemia ou complicações como infecções recorrentes, retinopatia ou neuropatia.

Apresentações atípicas

Em idosos, por exemplo, a diabetes pode se manifestar como incontinência urinária, confusão ou desordens de comportamento devido à hiperglicemia. Em jovens, o DM2 pode se manifestar semelhante ao DM1 **Figura 9.2 (**OGURTSOVA *et al.*, 2017).

Figura 9.2 Classificação etiológica do diabetes melito

- **I. Diabetes tipo 1**
  - destruição das células beta, usualmente levando à deficiência completa de insulina
    - A. auto-imune
    - B. idiopático
- **II. Diabetes tipo 2**
  - graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina
- **III. Outros tipos específicos**
  - A. Defeitos genéticos da função da célula β
  - B. Defeitos genéticos da ação da insulina
  - C. Doenças do pâncreas exócrino
  - D. Endocrinopatias
  - E. Indução por drogas ou produtos químicos
  - F. Infecções
  - G. Formas incomuns de diabetes imuno-mediado
- **IV. Diabetes Gestacional**

Fonte: GROSS *et al.*, 2002

QUADROS ASSOCIADOS

Síndrome metabólica

É um cluster de condições que ocorrem juntas, aumentando o risco de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e diabetes tipo 2. Inclui: hiperglicemia; hipertensão arterial; hipertrigliceridemia; baixos níveis de HDL (colesterol "bom"); obesidade central (acúmulo de gordura abdominal).

Complicações crônicas

Com o tempo, níveis elevados de glicose no sangue podem causar danos a vários tecidos, levando a complicações como neuropatia, nefropatia, retinopatia, doença cardiovascular e doença arterial periférica (ADA/EASD *et al.*, 2018).

DIAGNÓSTICO DA DIABETES MELLITUS

Critérios diagnósticos

Os critérios para o diagnóstico de diabetes são baseados nas recomendações da Associação Americana de Diabetes (ADA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os critérios incluem:

Glicemia de jejum

Diabetes é diagnosticado se o nível de glicose no sangue for ≥126 mg/dL (7,0 mmol/L) em duas ocasiões diferentes.

Teste oral de tolerância à glicose (TOTG)

Diabetes é diagnosticado se a glicemia for ≥200 mg/dL (11,1 mmol/L) 2 horas após a ingestão de 75 g de glicose anidra em água.

Hemoglobina glicada (A1C)

Um valor de A1C ≥6,5% é diagnóstico para diabetes.

Glicemia casual

Diabetes é diagnosticado se o nível de glicose no sangue for ≥200 mg/dL (11,1 mmol/L) em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021).

Exames laboratoriais e sua interpretação

Glicemia de jejum mede a concentração de glicose no sangue após um jejum de 8 horas.

- Normal: <100 mg/dL (5,6 mmol/L)

- Intolerância à glicose em jejum: 100–125 mg/dL (5,6–6,9 mmol/L)
- Diabetes: ≥126 mg/dL (7,0 mmol/L)

Hemoglobina glicada (A1C): Reflete a média dos níveis de glicose no sangue nos últimos 2 a 3 meses.

- Normal: <5,7%
- Risco aumentado para diabetes (ou pré-diabetes): 5,7–6,4%
- Diabetes: ≥6,5%: Teste oral de tolerância à glicose (TOTG): Avalia a capacidade do corpo de processar glicose.
- Normal: <140 mg/dL (7,8 mmol/L) após 2 horas
- Intolerância à glicose: 140–199 mg/dL (7,8–11,0 mmol/L) após 2 horas
- Diabetes: ≥200 mg/dL (11,1 mmol/L) após 2 horas

AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica é essencial para determinar o tipo de diabetes e identificar possíveis complicações. Ela deve incluir:

História médica: Avaliar sintomas de hiperglicemia, história familiar, presença de comorbidades e uso de medicações que podem influenciar a glicemia.

Exame físico: Foco na pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), inspeção dos pés (procurando por úlceras, neuropatia), avaliação oftalmológica (buscando retinopatia) e exame cardiovascular.

Avaliação de complicações: Incluindo neuropatia (avaliação de reflexos e sensação), nefropatia (exame de urina para albuminúria) e doença cardiovascular (HOLMAN *et al.*, 2008).

TRATAMENTO E GESTÃO DA DIABETES MELLITUS

Abordagem terapêutica para os diferentes tipos

Diabetes tipo 1 (DM1): Requer terapia de reposição de insulina contínua, podendo ser por múltiplas injeções diárias ou bomba de insulina.

Diabetes tipo 2 (DM2): Pode ser gerenciado inicialmente com modificações no estilo de vida e terapia oral, mas a insulina pode ser necessária conforme a doença progride.

Diabetes gestacional: Pode exigir terapia com insulina, dependendo da glicemia materna e fetal (DANAEI *et al.*, 2011).

Medicamentos: mecanismos, dosagem, efeitos colaterais

Insulinas: Variam em ação rápida, regular, intermediária e longa. A dosagem é ajustada conforme a necessidade do paciente. Efeitos colaterais incluem hipoglicemia, ganho de peso e lipodistrofia no local da injeção.

Metformina: Reduz a produção hepática de glicose e aumenta a sensibilidade à insulina. Efeitos colaterais incluem desconforto gastrointestinal e risco de acidose lática em pacientes predispostos.

Sulfonilureias (ex. glibenclamida): Aumentam a secreção de insulina. Efeitos colaterais incluem hipoglicemia e ganho de peso.

Inibidores da DPP-4 (ex. sitagliptina): Aumentam a secreção de insulina e reduzem a secreção de glucagon. Efeitos colaterais são geralmente mínimos, mas incluem infecções do trato urinário e risco de pancreatite.

Agonistas do GLP-1 (ex. liraglutida): Aumentam a secreção de insulina, retardam o esvaziamento gástrico e promovem a saciedade. Efeitos colaterais incluem náuseas e risco de pancreatite **Figura 9.3 (**AHMAD *et al.*, 2015).

Figura 9.3 Hipoglicemiantes orais, anti-hiperglicemiantes e sensibilizadores da ação da insulina disponíveis: apresentação, duração de ação e dose máxima.

Droga	Nome Comercial	Apresentação	Duração de ação	Dose Máxima
1. Biguanidas				
Metformina	Dimefor Glifage Glucoformin Metformina	Comp. 850mg Comp. 500 e 850mg " "	9 - 12h	2500mg
Fenformina	Debei	Comp. 50mg	4 - 6h	150mg
2. Inibidores da Alfa-Glucosidase				
Acarbose Miglitol	Glucobay Glyset	Comp. 50 e 100mg Comp. 25, 50 e 100mg	4h 2 - 4h	300mg 300mg
3. Tiazolidinedionas				
Rosiglitazona Pioglitazona	Avandia Actos	Comp. 4 e 8mg Comp. 15, 30 e 45mg	12 - 24h 16 - 24h	8mg 45mg
4. Sulfonilurélas				
Clorpropamida	Clorpropamida Diabinese	Comp. 250mg "	>36h	500mg
Glibenclamida	Aglucil, Apex, Daonil Euglucon Glibenclamida Lisaglucon	Comp. 5mg " " " "	Até 24h	20-30mg
Gliclazida	Diamicron	Comp. 80mg	6 - 12h	240mg
Glimepirida	Amaryl Glimepil	Comp. 1, 2 e 4mg "	16 - 24h	8mg
Glipizida	Minidiab Glipizida	Comp. 5mg "	6 - 12h	20mg
5. Metiglinida				
Repaglinida	Novonorm Prandin	Comp. 1 e 2mg Comp. 0,5, 1 e 2mg	4h 4h	8 mg 8mg
6. Nateglinida				
Nateglinida	Starlix	Comp. 60, 120 e 180mg	1,6h	720mg

Fonte: ARAÚJO *et al.*, 2000

Terapias não farmacológicas

Entram como terapia não farmacológica: dieta e nutrição: É fundamental um plano alimentar equilibrado, priorizando baixo índice glicêmico, ricos em fibras e com controle de carboidratos; Exercício físico, melhora a sensibilidade à insulina e ajuda no controle glicêmico; Monitoramento da glicose: Pacientes devem ser treinados para monitorar sua glicemia, ajudando na gestão da doença.

É de suma importância a educação do paciente com autocontrole e autogestão: Ensinar os pacientes a monitorar sua glicemia, reconhecer sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, e saber quando procurar atendimento médico. Orientação quanto à dieta, sobre contagem de carboidratos e escolhas alimentares saudáveis. Ressaltar a importância do exercício regular e discutir atividades adequadas para cada paciente.

Prevenção de complicações: Educar sobre a importância da adesão ao tratamento, exames periódicos (olhos, pés, rins) e controle de fatores de risco (pressão arterial, lipídios) (NATHAN *et al.*, 2009).

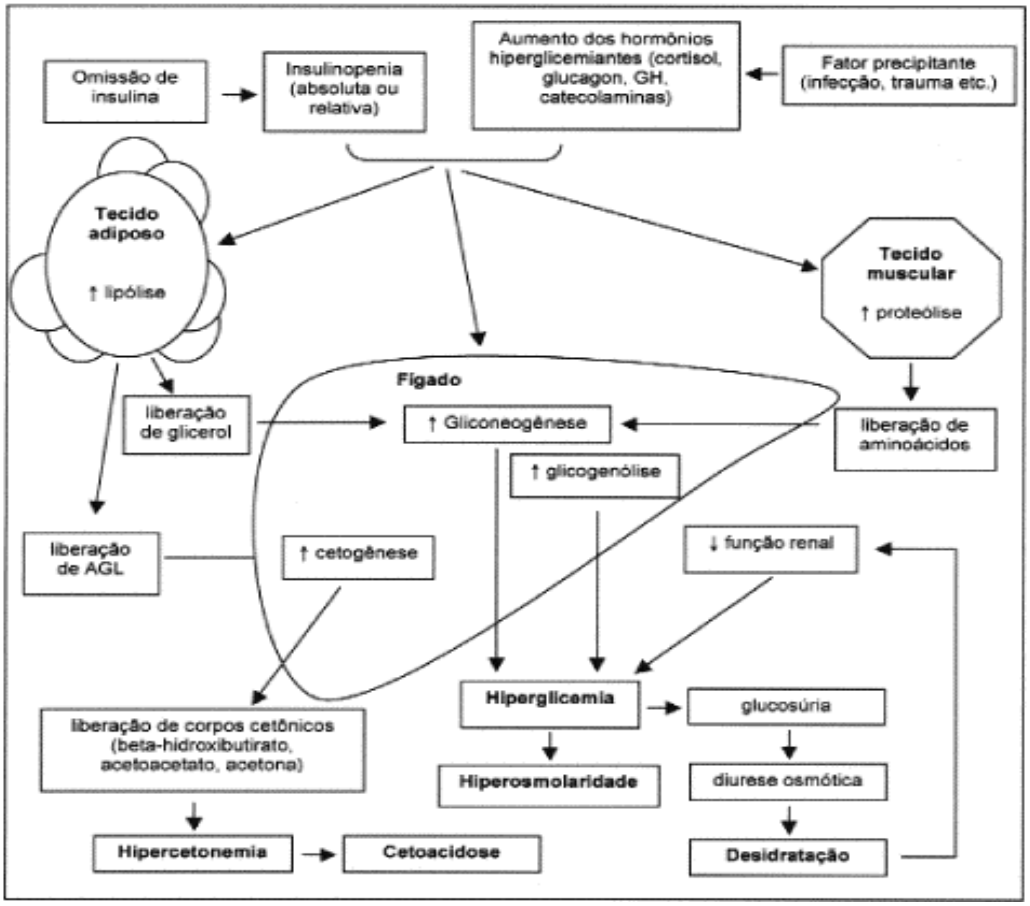
COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELLITUS

Complicações agudas

Cetoacidose Diabética (CAD)

É definida como uma condição grave resultante da deficiência absoluta ou relativa de insulina, levando à acumulação de cetonas no sangue **Figura 9.4.**

Figura 9.4 Patogênese da CAD



Fonte: BARONE *et al*., 2007

Apresenta como sintomas: poliúria, polidipsia, náuseas, vômitos, dor abdominal, respiração de Kussmaul (respiração profunda e rápida) e hálito cetônico.

Orientações quanto ao manejo, reposição hídrica, insulina intravenosa e correção de desequilíbrios eletrolíticos.

Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica (SHH)

Condição caracterizada por hiperglicemia grave (>600 mg/dL) e hiperosmolaridade sem cetonemia ou cetonúria significativa.

Apresenta desidratação profunda, alterações do estado mental, que variam de letargia a coma, poliúria e polidipsia.

Seu manejo é feito com reposição hídrica, insulina intravenosa e correção de desequilíbrios eletrolíticos (U.K. PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP, 1998).

Complicações crônicas

Nefropatia diabética

Lesão dos capilares glomerulares nos rins, levando à excreção de albumina na urina e, eventualmente, insuficiência renal.

É prevenida com controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial, uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor da angiotensina II (BRA) para retardar a progressão.

Retinopatia diabética

Dano aos vasos sanguíneos da retina, podendo levar à cegueira **Figura 9.5.**

Prevenção e manejo

Exames oftalmológicos regulares, controle rigoroso da glicemia, pressão arterial e lipídios, e tratamento apropriado (como terapia a laser ou anti-VEGF).

Figura 9.4 Retinografia do olho direito de paciente com Retinopatia Diabética

Fonte: SANTOS, 2020

Neuropatia diabética

Danos aos nervos, mais comumente nos membros inferiores, causando dor, formigamento, perda de sensibilidade e, em casos graves, úlceras ou amputações.

Prevenção e Manejo

Controle glicêmico rigoroso, exames regulares dos pés, uso de calçados adequados e manejo da dor neuropática com medicamentos como anticonvulsivantes ou antidepressivos tricíclicos.

Doenças cardiovasculares

Risco aumentado de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial periférica em diabéticos.

Sua prevenção e manejo é feita pelo controle rigoroso da glicemia, pressão arterial e perfil lipídico; cessação do tabagismo; e uso de medicamentos cardioprotetores, como estatinas e ácido acetilsalicílico, conforme indicado (ZIMMET *et al.*, 2001).

PREVENÇÃO DA DIABETES MELLITUS

Estratégias Primárias e Secundárias de prevenção

A Prevenção primária visa prevenir o aparecimento da doença em indivíduos saudáveis. Com educação visando conscientização sobre fatores de risco modificáveis, como obesidade, sedentarismo e dieta inadequada; Modificações no Estilo de Vida: estímulo à adoção de uma dieta equilibrada, rica em fibras, e baixa em açúcares simples e gorduras saturadas. Além disso, promoção de atividade física regular;

Vacinação: embora não exista uma vacina para diabetes, a vacinação contra certas infecções virais (como rubéola) pode reduzir os riscos de diabetes tipo 1 em populações suscetíveis.

Já a prevenção secundária identifica e trata indivíduos com fatores de risco ou com diagnóstico precoce para evitar complicações. Por meio do rastreamento, com exames regulares de glicemia em populações de alto risco, e intervenção farmacológica, em algumas situações, medicamentos como metformina podem ser recomendados para prevenir a progressão de pré-diabetes para diabetes tipo 2 (HOLMAN *et al.*, 2008).

RASTREAMENTO E DETECÇÃO PRECOCE

1. **Glicemia de Jejum:** Avalia os níveis de glicose após 8-12 horas de jejum.
2. **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG):** Mede a resposta da glicemia após a ingestão de uma solução de glicose.
3. **Hemoglobina Glicada (HbA1c):** Reflete o controle glicêmico médio dos últimos 2-3 meses.

Pacientes com história familiar de diabetes, obesidade, síndrome dos ovários policísticos, hipertensão, ou histórico de diabetes gestacional, entre outros fatores de risco, devem ser rastreados regularmente (SKYLER *et al.*, 2017).

Intervenções no estilo de vida

Dieta: Fomentar a adoção de uma dieta mediterrânea ou DASH, rica em vegetais, frutas, grãos integrais e fontes magras de proteína.

Atividade Física: Encorajar pelo menos 150 minutos de atividade moderada (como caminhada rápida) ou 75 minutos de atividade intensa (como corrida) por semana.

Controle de Peso: A perda de 5-10% do peso corporal pode significativamente reduzir o risco de desenvolver diabetes tipo 2 em indivíduos com sobrepeso ou obesos.

Evitar Tabagismo e Consumo Excessivo de Álcool: Ambos são fatores de risco modificáveis associados à diabetes.

Abordagens Multidisciplinares no Manejo da Diabetes Mellitus (AHMAD *et al.*, 2015).

A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE

O manejo da diabetes é complexo e vai além do simples controle glicêmico. Envolve a otimização da saúde física, mental e emocional do paciente. Uma abordagem multidisciplinar, que mobilize diferentes especialistas em torno do cuidado ao paciente, é fundamental para alcançar um resultado abrangente e holístico.

Integralidade do cuidado: Através da colaboração de diversos profissionais, é possível abordar todas as dimensões do bem-estar do paciente: físico, nutricional, emocional, educacional e social.

Personalização do Tratamento: Cada paciente tem necessidades únicas. Uma equipe multidisciplinar pode adaptar o plano de tratamento às particularidades individuais (OGURTSOVA *et al.*, 2017).

O PAPEL DE CADA PROFISSIONAL

O endocrinologista avalia, diagnostica e trata as desordens hormonais associadas à diabetes, ajusta a terapia medicamentosa, como insulina ou antidiabéticos orais, monitoriza complicações e comorbidades.

Nutricionista fornece orientação dietética personalizada, ensina sobre contagem de carboidratos e planejamento de refeições, auxilia no controle do peso e na melhoria da saúde metabólica.

Psicólogo ou psiquiatra auxilia no manejo do estresse, depressão ou ansiedade, que são comuns em pessoas com diabetes, fornece suporte emocional e estratégias de enfrentamento, pode trabalhar em terapia cognitivo-comportamental para ajudar os pacientes a aderirem ao tratamento.

Educador em Diabetes: ensina habilidades práticas, como monitorização da glicose, administração de insulina e prevenção de complicações, promove a educação continuada sobre a doença.

Podólogo realiza exames regulares dos pés para prevenir e tratar úlceras e outras complicações, educa sobre cuidados apropriados com os pés.

Fisioterapeuta auxilia no desenvolvimento de programas de exercícios adaptados às necessidades do paciente, pode tratar e prevenir complicações musculoesqueléticas.

Farmacêutico: orienta sobre o uso correto dos medicamentos e possíveis interações, pode ajudar a ajustar dosagens e esclarecer dúvidas sobre a medicação (NATHAN *et al.*, 2009).

PERSPECTIVAS FUTURAS EM DIABETES MELLITUS

Avanços recentes em pesquisa e tratamento

1. Monitorização contínua da glicose (MCG)

Dispositivos mais avançados têm permitido uma monitorização quase em tempo real da glicemia, ajudando os pacientes a terem um controle mais apurado e a tomarem decisões mais informadas sobre alimentação, atividade física e dosagem de medicamentos.

2. Terapias com células-tronco

Estão em desenvolvimento para regenerar células beta do pâncreas em pacientes com diabetes tipo 1, com o potencial de reverter a doença.

3. Novos medicamentos

Como os inibidores de SGLT2 e os agonistas de GLP-1, que têm mostrado não apenas melhor controle glicêmico, mas também benefícios cardiovasculares e renais.

4. Sistemas de administração de insulina

Bombas de insulina mais sofisticadas e sistemas de circuito fechado (também conhecidos como "pâncreas artificial") estão em desenvolvimento e aperfeiçoamento, tornando a administração de insulina mais eficaz e menos onerosa para o paciente.

5. Intervenções imunológicas

Pesquisas estão focadas na modulação do sistema imunológico para prevenir ou retardar a destruição autoimune das células beta no diabetes tipo 1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA/EASD. *et al*. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. Diabetes Care, v. 41, n. 12, p. 2669, 2018. https://doi.org/10.2337/dci18-0033.

AHMAD, O.S. *et al*. A Mendelian randomization study of the effect of type-2 diabetes on coronary heart disease. Nature Communications, v. 6, 7060, 2015. https://doi.org/10.1038/ncomms8060.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes—2021. Diabetes Care, v. 44, Suplemento 1, p. S15, 2021. https://doi.org/10.2337/dc21-S002.

ARAÚJO, L.M.B. *et al*. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia, v. 44, p. 509, 2000.

BARONE, B. *et al*. Cetoacidose diabética em adultos: atualização de uma complicação antiga. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, p. 1434, 2007.

DANAEI, G. *et al*. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980. Lancet, v. 378, n. 9785, p. 31, 2011. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60679-X.

GROSS, J.L. *et al*. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 46, p. 16, 2002.

HABER, E.P. *et al*. Secreção da insulina: efeito autócrino da insulina e modulação por ácidos graxos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 45, p. 219, 2001.

HOLMAN, R.R. *et al*. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. New England Journal of medicine, v. 359, n. 15, p. 1577, 2008. https://doi.org/10.1056/NEJMoa0806470.

NATHAN, D.M. *et al*. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. Diabetes Care, v. 32, n. 1, p. 193, 2009. https://doi.org/10.2337/dc08-9025.

OGURTSOVA, K. *et al*. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. Diabetes Research and Clinical Practice, v. 128, p. 40, 2017. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.024.

SANTOS, L.R. Identificação da retinopatia diabética por aprendizado de máquina. Dissertação (Mestrado em Cirurgia e Medicina Translacional) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu; Botucatu - SP, 2020.

SKYLER, J.S. *et al*. Differentiation of Diabetes by Pathophysiology, Natural History, and Prognosis. Diabetes, v. 66, n. 2, p. 241, 2017. https://doi.org/10.2337/db16-0806.

U.K. PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet, v. 352, n. 9131, p. 837, 1998.

ZIMMET, P. *et al*. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature, v. 414, n. 6865, p. 782, 2001. https://doi.org/10.1038/414782a.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 10

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MARIANA MELO DE MORAIS[1]
SOFIA FAGUNDES VILELA[2]
GERALDO AGUSTAVO DA FONSECA NETO[2]
PEDRO IGOR GONTIJO SILVA[3]

1. *Graduada – Medicina da Faculdade de Minas, FAMINAS-BH.*
2. *Discente – Medicina da Faculdade de Minas, FAMINAS-BH.*
3. *Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, FCM-MG.*

Palavras Chave: *Hipertensão; Visão geral; Atenção básica.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.10

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é comumente definida como uma pressão arterial sistólica persistentemente igual ou superior a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg em indivíduos que não estão tomando medicação anti-hipertensiva. Em termos clínicos, a HA é reconhecida não apenas como uma patologia em si, mas também como um fator de risco cardiovascular primordial, associado a uma elevada morbidade e mortalidade cardiovascular.

Suas consequências vão desde a lesão de órgãos-alvo como o coração, rins e vasos sanguíneos, até eventos cardiovasculares maiores como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio (CHOBANIAN *et al.,* 2003).

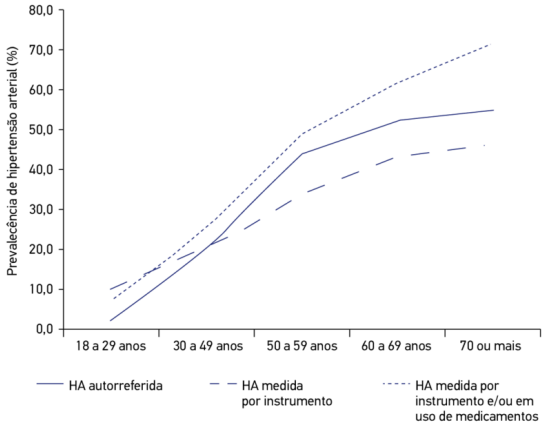
Epidemiologicamente, a hipertensão arterial é uma das doenças crônicas mais prevalentes em nível global, afetando cerca de um bilhão de indivíduos em todo o mundo. Nos últimos anos, uma inclinação ascendente na prevalência da HA tem sido notada, particularmente em países em desenvolvimento. Esta tendência alarmante é atribuída a diversos fatores.

Primeiramente, o envelhecimento da população global tem um papel crucial, uma vez que a prevalência da hipertensão aumenta com a idade, **Figura 10.1**. Além disso, modificações no estilo de vida, como dietas ricas em sódio, sedentarismo, obesidade e consumo excessivo de álcool, têm contribuído significativamente para esta crescente epidemia.

Outros fatores como urbanização acelerada, aumento da exposição ao estresse e mudanças socioeconômicas também têm influenciado o perfil da hipertensão na população moderna.

O objetivo deste capítulo é apresentar uma visão geral sobre a Hipertensão Arterial, sobretudo a abordagem deste tema na atenção básica de saúde.

Figura 10.1 Prevalência populacional de hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, em adultos com 18 anos de idade ou superior, ambos os sexos, por faixa etária em 2013



Fonte: MALTA *et al*., 2018.

FISIOPATOLOGIA

A regulação da pressão arterial (PA) é um processo complexo, multifatorial e dinâmico, crucial para a manutenção da perfusão tecidual adequada e para assegurar a homeostase do organismo. Ela é determinada pelo produto do débito cardíaco e resistência vascular periférica.

Mecanismos de regulação da pressão arterial

- **Barorreceptores:** Localizados nas paredes dos seios carotídeos e no arco aórtico, estes receptores sensoriais detectam mudanças na PA e modulam a atividade do sistema nervoso simpático e parassimpático para manter a pressão dentro de uma faixa fisiológica. Um aumento na PA leva à ativação dos barorreceptores, resultando em vasodilatação e diminuição da frequência cardíaca.
- **Reflexo quimiorreceptor:** Os quimiorreceptores estão presentes no corpo carotídeo e no corpo aórtico e detectam níveis alterados de oxigênio, dióxido de carbono e pH, modulando a PA.

- **Volume sanguíneo e regulação renal:** Os rins, por meio do processo de filtração, reabsorção e excreção, ajudam a manter um volume sanguíneo ótimo, que é fundamental para a regulação da PA (WILLIAMS *et al.*, 2018).

Alterações patofisiológicas que conduzem à hipertensão

- **Desequilíbrio entre vasodilatação e vasoconstrição**: Uma disfunção no equilíbrio entre fatores vasodilatadores (como o óxido nítrico) e vasoconstritores pode resultar em um aumento da resistência vascular periférica, contribuindo para a hipertensão.

- **Sobrecarga de volume:** Condições que levam ao aumento do volume intravascular, como a retenção renal de sódio e água, podem elevar a PA.

- **Alterações na estrutura vascular:** A remodelação dos vasos sanguíneos, caracterizada por hipertrofia, fibrose e inflamação, pode aumentar a resistência vascular e, consequentemente, a PA.

Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) e sua implicação na hipertensão

O SRAA é um dos principais sistemas reguladores da PA e do equilíbrio hidroeletrolítico. A ativação do SRAA começa com a liberação de renina pelos rins em resposta a uma diminuição da PA ou ao fluxo sanguíneo renal. A renina catalisa a conversão do angiotensinogênio em angiotensina I, que é subsequentemente convertida em angiotensina II pela enzima conversora de angiotensina (ECA). A angiotensina II é um potente vasoconstritor e também estimula a liberação de aldosterona, que promove a retenção de sódio e água pelos rins.

A hiperatividade crônica deste sistema pode resultar em vasoconstrição persistente, retenção de sódio e água, e eventualmente, hipertensão. Fármacos que inibem componentes específicos do SRAA, como os inibidores da ECA e os bloqueadores do receptor da angiotensina II, são comumente usados no tratamento da hipertensão (WHELTON *et al.*, 2018).

FATORES DE RISCO

A hipertensão arterial é multifatorial e resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. Identificar e entender esses fatores de risco é essencial para prevenir, diagnosticar e gerenciar efetivamente essa condição.

Figura 10.2 Principais fatores de risco ambientais que colaboram para a manifestação de HAS em pacientes

Fonte: MARCONDES, 2023

Fatores Genéticos

A presença de hipertensão em parentes de primeiro grau aumenta o risco de desenvolver a condição. Estudos em famílias e em gêmeos sugerem que 30% a 50% da variação da pressão arterial em populações pode ser atribuída a fatores genéticos.

Fatores comportamentais

Já os fatores comportamentais associados ao aumento da pressão arterial incluem uma dieta

rica em sódio, baixa em potássio e em fibras alimentares, **Figura 10.2**. A dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), rica em frutas, vegetais, e com baixo teor de sódio, demonstrou ser eficaz na redução da PA, **Figura 10.3**. A inatividade física contribui para o ganho de peso e o aumento da pressão arterial. Por outro lado, a atividade física regular ajuda a reduzir a PA e o peso corporal (MUNTNER *et al.*, 2018).

Figura 10.3 Exemplos de alimentos contidos na dieta DASH, frutas, vegetais, e com baixo teor de sódio

Fonte: ZANIN, 2023

O consumo excessivo e crônico de álcool é reconhecido como um fator de risco significativo para hipertensão. Embora o tabaco seja responsável por provocar picos agudos e temporários na pressão arterial, seu consumo crônico está associado a danos vasculares e aterosclerose, o que aumenta o risco de hipertensão e de outras doenças cardiovasculares, **Figura 10.2**.

Condições médicas coexistentes

A Doença Renal Crônica é uma patologia que exerce um papel importante, isso porque o rim desempenha um papel crucial na regulação da pressão arterial. Doenças renais podem levar à hipertensão por vários mecanismos, incluindo retenção de sódio e água. A apneia do sono também tem relevância, isso porque esta condição, em que a respiração sofre uma pausa e recomeça repetidamente durante o sono, está associada ao aumento da pressão arterial devido a várias alterações fisiológicas, incluindo hipoxemia intermitente e aumento da atividade simpática. Condições como hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma e síndrome de Cushing podem levar ao desenvolvimento de hipertensão também (WHELTON *et al.*, 2018).

Medicamentos e substâncias indutoras de hipertensão (CHOBANIAN *et al.*, 2003)

- **Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs):** Podem aumentar a pressão arterial ao diminuir a produção renal de prostaglandinas vasodilatadoras e causar retenção de sódio.

- **Corticosteroides:** Em doses elevadas ou uso crônico, podem levar à retenção de sódio e água, aumentando a pressão arterial.

- **Estimulantes:** Como anfetaminas e certos medicamentos para TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade). Estes podem elevar a pressão arterial devido ao aumento da atividade simpática.

- **Anticoncepcionais orais:** Especialmente aqueles com altas doses de estrogênio, podem contribuir para o aumento da pressão arterial em algumas mulheres.

- **Descongestionantes:** Podem causar vasoconstrição e aumentar a pressão arterial, como a pseudoefedrina.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A hipertensão arterial é frequentemente denominada "a assassina silenciosa", devido à sua tendência de permanecer assintomática até que cause danos significativos aos órgãos-alvo. A identificação precoce e o tratamento são essen-

ciais para prevenir suas complicações potencialmente devastadoras.

Hipertensão silenciosa e sua relevância

Natureza assintomática: A grande maioria dos pacientes hipertensos é assintomática, especialmente nos estágios iniciais da doença. Este fato é preocupante, pois a falta de sintomas pode levar a um diagnóstico tardio e a um subsequente início tardio do tratamento.

Detecção: Dada a sua natureza silenciosa, a detecção precoce só é possível por meio de rastreio regular, com medições periódicas da pressão arterial (KEARNEY *et al.*, 2005).

Sintomas relacionados

Enquanto a hipertensão muitas vezes permanece assintomática, alguns pacientes podem apresentar: cefaleia, especialmente pela manhã; vertigens ou tonturas; palpitações; visão turva ou distúrbios visuais; hemorragias nasais (epistaxes).

Consequências da hipertensão não tratada (MILLS *et al.*, 2016).

A hipertensão crônica não tratada ou inadequadamente controlada pode levar a lesões em diversos órgãos-alvo e resultar em várias complicações graves:

Acidente vascular cerebral (AVC): A hipertensão é um dos principais fatores de risco para AVC isquêmico e hemorrágico. O aumento crônico da pressão arterial pode causar danos aos vasos sanguíneos cerebrais, levando à formação de trombos ou hemorragias.

Infarto agudo do miocárdio (IAM): A hipertensão contribui para o desenvolvimento de aterosclerose coronariana, aumentando o risco de obstrução dos vasos e resultando em isquemia miocárdica e infarto.

Insuficiência cardíaca: A hipertensão crônica aumenta a carga de trabalho do coração, podendo levar à hipertrofia ventricular esquerda e, eventualmente, à insuficiência cardíaca.

Insuficiência renal: A pressão arterial elevada pode causar danos aos pequenos vasos sanguíneos dos rins, comprometendo sua função e, em casos avançados, levando à necessidade de diálise.

Retinopatia hipertensiva: A hipertensão pode afetar os vasos sanguíneos da retina, causando hemorragias, exsudatos e, em casos graves, perda de visão.

Aneurismas: A hipertensão pode causar o enfraquecimento das paredes dos vasos sanguíneos, levando à formação de aneurismas, especialmente na aorta.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O manejo eficaz da hipertensão arterial envolve uma combinação de mudanças no estilo de vida, intervenções farmacológicas e, em alguns casos, abordagens alternativas. A abordagem terapêutica deve ser individualizada, considerando o perfil do paciente, a presença de comorbidades e o grau da hipertensão.

Mudanças no estilo de vida

A adoção de um estilo de vida saudável pode resultar em significativa redução da pressão arterial, e, em alguns casos, pode reduzir a necessidade de medicação.

Dieta: Adotar uma dieta rica em frutas, vegetais, grãos integrais e pobre em sal e gorduras

saturadas, como a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), tem demonstrado ser eficaz na redução da pressão arterial.

Exercício: Recomenda-se a prática regular de atividades físicas aeróbicas, como caminhadas, ciclismo ou natação, por pelo menos 30 minutos na maioria dos dias da semana.

Redução do consumo de álcool: O consumo moderado ou excessivo de álcool pode elevar a pressão arterial. Portanto, é recomendado limitar a ingestão.

Cessação do tabagismo: Fumar eleva a pressão arterial e aumenta o risco de doenças cardiovasculares. A cessação do tabagismo é crucial para a saúde cardiovascular (KEARNEY *et al.*, 2005).

Farmacoterapia

- **Classes de medicamentos e seus mecanismos de ação**

- **Diuréticos:** Aumentam a excreção de sódio e água, reduzindo o volume sanguíneo.

-**Beta-bloqueadores:** Diminuem a frequência cardíaca e a força de contração, reduzindo a carga cardíaca.

-**Inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina):** Bloqueiam a formação de angiotensina II, um vasoconstritor.

-**Antagonistas dos receptores da angiotensina (ARA-II):** Bloqueiam a ação da angiotensina II.

-**Bloqueadores dos canais de cálcio:** Relaxam os vasos sanguíneos ao impedir a entrada de cálcio nas células musculares.

-**Alfa-bloqueadores:** Relaxam os vasos sanguíneos ao impedir a ação das catecolaminas.

- **Benefícios e efeitos colaterais:** Cada classe de medicamento tem seu perfil de benefícios e possíveis efeitos colaterais. A escolha da terapia deve considerar as particularidades e necessidades do paciente, bem como possíveis interações medicamentosas (LEWINGTON *et al.*, 2002).

Abordagens não farmacológicas e alternativas

Além das terapias convencionais, algumas abordagens não farmacológicas, como acupuntura, *biofeedback* e técnicas de relaxamento, podem ser úteis em alguns pacientes.

Monitorização e ajuste terapêutico

O monitoramento regular da pressão arterial é vital para avaliar a eficácia do tratamento e realizar ajustes conforme necessários.

Em alguns pacientes, a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) pode ser útil para avaliar variações ao longo do dia e detectar fenômenos como a hipertensão do avental branco.

Em conclusão, o tratamento da hipertensão requer uma abordagem integrada e personalizada. A adesão do paciente ao tratamento, a orientação e a educação continuada são essenciais para alcançar um controle ótimo da pressão arterial e minimizar o risco de complicações (FOROUZANFAR *et al.*, 2017).

HIPERTENSÃO ESPECIALIZADA

A hipertensão arterial é classificada em primária (ou essencial) e secundária. Enquanto a hipertensão primária não possui uma causa identificável e é mais comum, a hipertensão secundária resulta de uma causa subjacente identificável. Adicionalmente, o manejo da hipertensão em populações especiais requer considerações e abordagens distintas. Também é fundamental reconhecer e tratar adequadamente as

crises hipertensivas para evitar consequências graves.

Hipertensão Secundária

- **Causas**

-Doenças renais: Glomerulonefrite, doença renal policística, estenose da artéria renal.

-Distúrbios endócrinos: Síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, hipotireoidismo e hipertireoidismo.

-Medicamentos e drogas: Corticosteroides, anticoncepcionais orais, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), cocaína e anfetaminas.

-Outras causas: Apneia obstrutiva do sono, coarctação da aorta, doenças do tecido conjuntivo como a síndrome de Marfan e a esclerodermia.

Figura 10.4 Tabela com os principais indícios de HAS secundária

Indícios de hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária
HAS antes dos 30 ou após 50 anos.
HAS refratária.
Tríade: palpitação, sudorese e cefaleia.
Uso de fármacos que podem aumentar a PA.
Presença de sopros abdominais.
Assimetria de pulsos femorais.
Aumento da creatinina.
Hipocalemia espontânea ou associada a diuréticos.
Proteinúria ou hematúria.
Biotipo de doença que cursa com HAS como Cushing, acromegalia ou hipertireoidismo.

Fonte: LAPA, 2023.

- **Abordagem**

A investigação da hipertensão secundária deve ser considerada em pacientes que apresentam hipertensão grave, início súbito ou resistente ao tratamento, ou em pacientes jovens sem fatores de risco evidentes. O tratamento é direcionado à causa subjacente, além do controle da pressão arterial (MILLS *et al.*, 2016). O aumento da creatinina, hipocalemia espontânea ou associada a diuréticos, proteinúria ou hematúria, presença de sopros abdominais, são indícios importantes que devem ser observados em pacientes com suspeita de hipertensão sistêmica secundária, **Figura 10.4.**

Hipertensão em populações especiais

- **Idosos:** A hipertensão em idosos está frequentemente associada à rigidez arterial e pode se apresentar como hipertensão sistólica isolada. A abordagem terapêutica deve considerar comorbidades, fragilidade e risco de hipotensão ortostática.
- **Grávidas:** A pré-eclâmpsia é uma forma específica de hipertensão na gravidez. O manejo da hipertensão em grávidas exige uma monitorização rigorosa e a seleção cuidadosa de medicamentos para evitar teratogenicidade.
- **Crianças:** A hipertensão em crianças é mais frequentemente secundária do que em adultos. A avaliação diagnóstica deve ser abrangente e o tratamento ajustado à idade e ao desenvolvimento.

Crises hipertensivas

- **Urgência hipertensiva:** Elevações significativas da pressão arterial sem evidência imediata de dano a órgãos-alvo. Requer redução gradual da pressão arterial ao longo de horas a dias, frequentemente em ambiente ambulatorial.
- **Emergência hipertensiva:** Elevações significativas da pressão arterial acompanhadas de sinais de dano agudo a órgãos-alvo, como encefalopatia, edema pulmonar, infarto do miocárdio, eclâmpsia ou dissecção aórtica. Requer hospitalização e redução rápida da pressão arterial em ambiente controlado, frequentemente na unidade de terapia intensiva (FOROUZANFAR *et al.*, 2017).

PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

A prevenção e a educação são pilares fundamentais na gestão da hipertensão arterial. Estas

estratégias, quando bem implementadas, podem não só prevenir o desenvolvimento da hipertensão em indivíduos de risco, mas também otimizar o manejo e melhorar os resultados em pacientes já diagnosticados (LEWINGTON *et al.*, 2002).

Estratégias preventivas

- **Prevenção primária**

Objetiva evitar o surgimento da doença em indivíduos ainda não acometidos.

-Modificações do estilo de vida, incluindo uma dieta equilibrada, rica em frutas e vegetais e pobre em sal e gorduras saturadas.

-Prática regular de exercício físico.

-Limitação do consumo de álcool.

-Evitar o tabagismo.

-Manutenção do peso corporal ideal.

- **Prevenção secundária**

Objetiva impedir a progressão da doença ou o surgimento de complicações em indivíduos já diagnosticados.

-Adesão ao tratamento medicamentoso.

-Monitorização regular da pressão arterial.

-Reconhecimento e manejo adequado de comorbidades, como diabetes e dislipidemia (OPARIL *et al.*, 2018).

Educação do paciente

Automonitorização: Instruir o paciente sobre o uso adequado dos aparelhos de medição da pressão arterial em casa e a importância de manter registros regulares.

Aderência ao tratamento: Educar os pacientes sobre a importância da continuidade do tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Abordar possíveis efeitos colaterais dos medicamentos e incentivar o paciente a comunicar ao médico qualquer adversidade percebida.

Papel dos profissionais de saúde

Avaliação regular: Garantir que os pacientes hipertensos sejam avaliados regularmente para monitorização da pressão arterial, observar a eficácia do tratamento e fazer ajustes conforme necessário.

Educação continuada: Oferecer sessões educativas sobre hipertensão, seu manejo e possíveis complicações. Isto pode ser feito individualmente ou em grupos, dependendo dos recursos disponíveis.

Encorajamento do autocuidado: Incentivar os pacientes a tomar um papel ativo na gestão de sua saúde, incluindo a adoção de estilos de vida saudáveis, a automonitorização da pressão arterial e a comunicação regular com a equipe de saúde.

Integração multidisciplinar: Envolver outros profissionais, como enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas, na educação e no manejo do paciente hipertenso pode ser altamente benéfico (WRIGHT *et al.*, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHOBANIAN, A.V. *et al*. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA, v. 289, p. 2560, 2003.

FOROUZANFAR, M.H. *et al*. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. JAMA, v. 317, n. 2, p. 165, 2017. https://doi.org/10.1001/jama.2016.19043.

KEARNEY, P.M. *et al*. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet, v. 365, n. 9455, p. 217, 2005. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1.

LAPA, E. Hipertensão arterial sistêmica resistente - como investigar? CardioPapers, 2023. Disponível em: https://cardiopapers.com.br/hipertensao-arterial-sistemica-resistente-como-investigar/. Acesso em: 3 out. 2023.

LEWINGTON, S. *et al*. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet, v. 360, n. 9349, p. 1903, 2002. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11911-8.

MALTA, D.C. *et al*. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, p. e180021, 2018. https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1

MARCONDES, A.C. Controlar a pressão arterial no dia a dia - O que fazer além dos remédios? Informasus UFSCar, 2023. Disponível em: https://informasus.ufscar.br/controlar-a-pressao-arterial-no-dia-a-dia-o-que-fazer-alem-dos-remedios/. Acesso em: 3 out. 2023.

MILLS, K.T. *et al*. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation, v. 134, n. 6, p. 441, 2016. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912.

MUNTNER, P. *et al*. Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. Circulation, v. 137, n. 2, p. 109, 2018. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032582.

OPARIL, S. *et al*. Hypertension. Nature Reviews Disease Primers, v. 4, p. 18014, 2018. doi:10.1038/nrdp.2018.14.

WHELTON, P.K. *et al*. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension, v. 71, n. 6, p. 1269, 2018. https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000066.

WILLIAMS, B. *et al*. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, v. 39, n. 33, p. 3021, 2018. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339.

WRIGHT, J.T. Jr. *et al*. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. he New England Journal of medicine, v. 373, n. 22, p. 2103, 2015. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1511939.

ZANIN, T. Dieta DASH: o que é, como fazer e cardápio. Tua Saúde, 2023. Disponível em: https://www.tuasaude.com/dieta-dash/. Acesso em: 3 out. 2023.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 11

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CARLOS EDUARDO RENDELUCCI SILVA[1]
CAMILA ROSA PENA LACERDA[2]
ANA CAROLINA RESENDE PIRES CARDOZO[2]
SHEILA CRISTINA DE SOUZA[2]

1. *Discente - Medicina na Universidade Nove de Julho - UNINOVE*
2. *Discente - Medicina na Faculdade de Medicina de Juiz de Fora - UNIPAC*

Palavras-Chave: *Promoção à saúde, Atenção primária, Prevenção.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.11

INTRODUÇÃO

Definição de prevenção e promoção da saúde

A prevenção refere-se ao conjunto de ações e medidas adotadas com o objetivo de evitar ou reduzir a ocorrência de doenças e seus fatores de risco. Ela é categorizada em três níveis principais: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde, por sua vez, é uma abordagem holística que vai além da mera prevenção de doenças, visando a melhoria do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e comunidades. Envolve uma combinação de intervenções educacionais, organizacionais, econômicas e ambientais (SANTOS *et al.,* 2023).

Breve histórico da prevenção em medicina

A prática da prevenção em medicina tem raízes antigas, desde os tempos em que civilizações identificavam a necessidade de saneamento básico para prevenir surtos de doenças. No entanto, o conceito moderno de prevenção começou a tomar forma com o advento da epidemiologia no século XIX, com médicos como John Snow identificando a relação entre fontes de água contaminada e surtos de cólera. No século XX, com a ascensão da medicina baseada em evidências e o advento de vacinas e antibióticos, a prevenção tornou-se um pilar fundamental da saúde pública (SANTOS *et al.,* 2023)

Os impactos positivos da prevenção no bem-estar individual

Do ponto de vista individual, a prevenção é crucial para manter e melhorar a qualidade de vida. Ações preventivas, como vacinação e exames de rastreio, ajudam os indivíduos a evitar doenças que poderiam reduzir significativamente seu bem-estar e longevidade (**Figura. 11.1)**. Além disso, medidas preventivas, como a adoção de estilos de vida saudáveis, podem resultar em benefícios a longo prazo, incluindo menor risco de doenças crônicas, melhor saúde mental e maior capacidade funcional na velhice.

Figura 11.1 Longevidade

Fonte: FREEPIK, 2023.

Impactos da prevenção nos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde também se beneficiam enormemente da prevenção. Com menos incidência de doenças, há menos demanda por serviços médicos agudos, o que resulta em menor sobrecarga e custos mais controlados. A prevenção também contribui para uma população mais saudável, o que, por sua vez, pode resultar em um sistema de saúde mais eficiente e eficaz, pois recursos podem ser alocados para outras áreas críticas, como pesquisa e desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A prevenção e as economias nacionais

Do ponto de vista econômico, a prevenção tem um impacto profundo nas economias nacionais. Menos doenças significam menos dias de trabalho perdidos, maior produtividade e menor demanda por serviços médicos dispendiosos. Investimentos em prevenção, portanto, muitas vezes resultam em retornos significativos, com estudos indicando que cada dólar gasto em programas preventivos pode gerar múltiplos dólares em economia futura para os sistemas de saúde e a economia como um todo (OLIVEIRA *et al.,* 2021). O objetivo do capítulo é abordar a

importância da prevenção e promoção à saúde na atenção primária, sobretudo a vacinação, nutrição, atividade física e prevenção de doenças crônicas.

VACINAÇÃO: CALENDÁRIO, IMPORTÂNCIA E ABORDAGEM

Descrição do calendário vacinal atual

O calendário vacinal serve como um guia sistemático para a administração de vacinas em diferentes estágios da vida. Ele é segmentado geralmente em faixas etárias: neonatal, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Cada segmento possui recomendações específicas para vacinas que protegem contra uma variedade de doenças, desde as mais comuns, como sarampo e rubéola, até condições mais especializadas ou endêmicas em regiões específicas. Os calendários são frequentemente atualizados com base em pesquisas recentes, surtos de doenças e a disponibilidade de novas vacinas (COSTA *et al.*, 2022).

Importância da vacinação para a saúde pública

Do ponto de vista da saúde pública, a vacinação **Figura 11.2**, representa uma das intervenções mais custo-efetivas. Ela não apenas protege os indivíduos vacinados, mas também contribui para a imunidade coletiva, reduzindo a circulação de patógenos na comunidade. Isso é especialmente crucial para proteger aqueles que, por razões médicas, não podem ser vacinados, como imunocomprometidos. Através da vacinação em massa, doenças anteriormente devastadoras, como a varíola, foram erradicadas.

Importância da vacinação para a saúde individual

Para o indivíduo, a vacinação é uma ferramenta preventiva essencial, servindo como uma barreira contra doenças potencialmente graves ou fatais. Vacinas estimulam o sistema imunológico a reconhecer e combater patógenos específicos, preparando o corpo para responder rapidamente e eficazmente se exposto à doença no futuro. Como resultado, indivíduos vacinados têm um risco significativamente reduzido de contrair a doença em questão (COSTA *et al.*, 2022).

Figura 11.2 Vacinação

Fonte: TRE-SE, 2021.

Controvérsias, mitos e desinformação sobre vacinação

Apesar dos claros benefícios das vacinas, controvérsias e mitos persistem. Desinformações, como a alegação infundada de que vacinas causam autismo, têm gerado hesitação e resistência à vacinação em algumas populações. É crucial reconhecer que a vasta maioria destes mitos tem sido refutada por estudos científicos rigorosos e que as vacinas passam por processos extensos de teste e monitoramento para garantir sua segurança e eficácia.

Abordando o paciente resistente à vacinação

Ao enfrentar resistência à vacinação, é fundamental que os profissionais de saúde se aproximem dos pacientes com empatia e abertura para o diálogo. Fornecer informações claras, baseadas em evidências e responder às preocupações do paciente de maneira respeitosa pode ajudar a dissipar medos. Também é útil compartilhar histórias de sucesso e destacar a im-

portância da proteção coletiva proporcionada pela vacinação (LIMA *et al.*, 2023).

Consequências da não vacinação

A não vacinação coloca tanto o indivíduo quanto a comunidade em risco. Individualmente, isso deixa a pessoa suscetível a doenças que poderiam ser prevenidas, algumas das quais podem ser graves ou fatais. Em uma escala mais ampla, a falta de vacinação pode comprometer a imunidade coletiva, levando a surtos de doenças. Isso é especialmente perigoso para populações vulneráveis, como recém-nascidos, idosos e imunocomprometidos, que dependem da proteção indireta fornecida por uma comunidade amplamente vacinada (RIBEIRO *et al.*, 2023).

NUTRIÇÃO

Definição de nutrição e sua relação com a prevenção

A nutrição refere-se ao processo pelo qual os organismos obtêm e utilizam os nutrientes necessários para manter, crescer e funcionar adequadamente. A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para manter a saúde e prevenir uma série de doenças. A prevenção de doenças por meio da nutrição é baseada no entendimento de que certas escolhas alimentares e padrões dietéticos podem reduzir o risco de condições específicas, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (LIMA *et al.*, 2023).

Discussão sobre macronutrientes e micronutrientes essenciais

Os macronutrientes, compostos por carboidratos, proteínas e lipídios, são necessários em grandes quantidades e fornecem a energia primária para o corpo. Eles desempenham papéis vitais em funções corporais, incluindo crescimento, função imunológica e reparo celular. Por outro lado, os micronutrientes, como vitaminas e minerais, são necessários em menores quantidades, mas são igualmente cruciais para a função celular, crescimento e desenvolvimento, e para manter a homeostase do organismo. Deficiências em qualquer um desses nutrientes pode levar a problemas de saúde específicos (MARTINS *et al.*, 2022).

Importância da alimentação balanceada para prevenção de doenças

Uma alimentação balanceada e diversificada é fundamental para garantir que o corpo receba todos os nutrientes necessários em proporções adequadas. Dietas desequilibradas, ricas em alimentos processados, gorduras saturadas, açúcares e sal, mas pobres em fibras, vitaminas e minerais, estão associadas a um risco aumentado de várias doenças crônicas. Por outro lado, padrões alimentares ricos em frutas, vegetais, grãos integrais, proteínas magras e ácidos graxos essenciais têm sido consistentemente associados à redução do risco de doenças crônicas (CARVALHO *et al.*, 2021).

Estratégias para promover uma alimentação saudável

Promover uma alimentação saudável (**Figura 11.3)** envolve uma combinação de educação nutricional, acesso a alimentos nutritivos e ambientes favoráveis à escolha saudável. Informar a população sobre a relação entre dieta e saúde, por meio de campanhas de conscientização, rotulagem nutricional clara e educação nas escolas, é fundamental. Além disso, políticas públicas que incentivam a produção e o consumo de alimentos frescos e minimamente processados podem facilitar escolhas saudáveis.

Incluindo diretrizes dietéticas

Diretrizes dietéticas são recomendações baseadas em evidências que fornecem orientações

sobre padrões alimentares saudáveis. Essas diretrizes são formuladas com base em estudos epidemiológicos, ensaios clínicos e pesquisas nutricionais para orientar a população na prevenção de doenças relacionadas à dieta. Eles geralmente abordam proporções ideais de macronutrientes, ingestão recomendada de micronutrientes e limites para componentes potencialmente nocivos, como sódio, açúcares adicionados e gorduras trans.

Figura 11.3 Alimentação saudável

Fonte: BEST LIFE CONSULTORIA, 2023

ATIVIDADE FÍSICA

Os principais benefícios da atividade física regular para a saúde

A atividade física **Figura 11.4** regular é fundamental para a manutenção da saúde e do bem-estar. Ela contribui significativamente para a prevenção de doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e obesidade (MARTINS *et al.*, 2022).

Figura 11.4 Atividade Física

Fonte: PEXELS, 2023.

Além disso, o exercício regular pode auxiliar na regulação do peso corporal, melhorar a saúde mental ao reduzir sintomas de depressão e ansiedade, fortalecer ossos e músculos, e aumentar a longevidade. Também há evidências que sugerem benefícios cognitivos associados à atividade física, incluindo melhorias na memória e na função executiva.

Diretrizes de quanto e que tipo de exercício é recomendado para diferentes grupos etários

As recomendações de atividade física variam de acordo com a idade, mas em geral, para adultos, é aconselhado pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana, combinados com atividades de fortalecimento muscular em dois ou mais dias da semana. Crianças e adolescentes são aconselhados a se engajar em pelo menos 60 minutos de atividade física diariamente, com uma combinação de atividades aeróbicas e de fortalecimento. Para os idosos, além das diretrizes gerais, enfatiza-se o equilíbrio e a coordenação para evitar quedas (PEREIRA *et al.*, 2023).

Como a atividade física se relaciona com a prevenção de várias doenças

A atividade física atua em diversos sistemas do corpo humano, oferecendo proteção contra uma série de doenças. Ela melhora a sensibilidade à insulina, reduzindo o risco de diabetes tipo 2, e ajuda a manter o equilíbrio lipídico, protegendo contra doenças cardiovasculares. O exercício também contribui para a homeostase do peso corporal, reduzindo o risco de obesidade e suas complicações associadas. Além disso, atividades físicas regulares têm mostrado potencial em reduzir o risco de certos tipos de câncer, como o de mama e cólon (SOUSA *et al.*, 2022).

Estratégias para incentivar a atividade física em diferentes populações

Promover a atividade física envolve uma combinação de sensibilização, educação e criação de ambientes propícios. Campanhas de conscientização que destacam os benefícios do exercício podem motivar indivíduos a iniciar e manter rotinas de atividade física. Além disso, a formação de profissionais de saúde para que forneçam orientações claras e personalizadas sobre atividade física é crucial. No nível comunitário, a construção de infraestruturas seguras, como parques e ciclovias, e a organização de eventos e programas.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Identificação das principais doenças crônicas e seus fatores de risco

As doenças crônicas, caracterizadas por longos períodos de duração e progressão lenta, representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Entre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares (como hipertensão e doença arterial coronariana), diabetes tipo 2, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, câncer e obesidade. Muitos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento dessas doenças, incluindo fatores genéticos, comportamentais (como dieta, sedentarismo e tabagismo) e ambientais (PEREIRA *et al.*, 2023).

Abordagem sobre os métodos preventivos específicos para cada doença crônica

A prevenção das doenças crônicas envolve tanto intervenções focadas no indivíduo quanto estratégias de saúde pública. Para as doenças cardiovasculares, a prevenção se concentra no controle dos fatores de risco como hipertensão, colesterol elevado e tabagismo. No caso do diabetes tipo 2, a ênfase está na promoção de um peso saudável, dieta balanceada e atividade física regular. A prevenção do câncer pode incluir rastreamento, vacinação (como no caso do HPV) e redução da exposição a carcinógenos. Em todas essas abordagens, a educação do paciente e a consciência pública são fundamentais (FERNANDES *et al.*, 2021).

Estratégias educativas para informar a população sobre a prevenção de doenças crônicas

A educação é uma das ferramentas mais poderosas para a prevenção de doenças crônicas. Isso envolve não apenas informar o público sobre os riscos associados, mas também capacitar as pessoas a tomar decisões saudáveis. Campanhas de mídia, workshops, programas escolares e treinamento de profissionais de saúde são meios eficazes de disseminar informações. Além disso, a utilização de recursos visuais, histórias pessoais e dados estatísticos pode tornar a informação mais acessível e compreensível.

Promovendo mudanças comportamentais

Promover mudanças no comportamento individual é essencial para a prevenção de doenças crônicas. Isso pode ser feito por meio de intervenções como aconselhamento, programas de cessação do tabagismo, grupos de apoio para perda de peso e programas de exercícios comunitários. A motivação para a mudança é complexa e pode ser influenciada por fatores individuais, sociais e ambientais; portanto, é vital uma abordagem personalizada.

Rastreamento e intervenções precoces

Muitas doenças crônicas podem ser detectadas em estágios iniciais através de rastreamento regular, permitindo intervenções precoces e melhores resultados. Por exemplo, mamografias para detecção de câncer de mama ou exames de glicemia para diabetes. A conscien-

tização sobre a importância desses exames e a disponibilidade acessível são essenciais para garantir que mais pessoas se beneficiem desses serviços.

Envolvendo comunidades

A prevenção de doenças crônicas não é apenas uma questão individual, mas comunitária.

Comunidades bem informadas podem apoiar seus membros na adoção de estilos de vida saudáveis, criar ambientes propícios para atividades físicas e promover acessibilidade a alimentos saudáveis. Projetos comunitários, juntamente com políticas públicas, podem criar ambientes que facilitem escolhas saudáveis (FERNANDES *et al.*, 2021).

A importância do acesso à saúde

O acesso a cuidados de saúde de qualidade (**Figura 11.5)** é crucial para a prevenção e gestão de doenças crônicas. Isso inclui não apenas tratamento, mas também educação, rastreamento e outros serviços preventivos. Sistemas de saúde robustos e acessíveis garantem que os indivíduos recebam as intervenções necessárias a tempo, reduzindo a carga dessas doenças na população.

Figura 11.5 Promoção na saúde

Fonte: TAVARES, 2021

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BEST LIFE CONSULTORIA. O que é uma alimentação saudável de verdade?. 2023. https://bestlifeconsultoria.com.br/o-que-e-uma-alimentacao-saudavel-de-verdade/. Acesso em: 02/09/2023.

CARVALHO, H.F. *et al*. Educação em saúde na atenção primária: relato de experiência. Revista de Educação e Saúde, v. 8, p. 90, 2021.

COSTA, P.R. *et al*. Abordagem integral na atenção primária à saúde: um estudo qualitativo. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 28, p. 77, 2022.

FERNANDES, L.M. *et al*. Saúde preventiva na atenção primária: avanços e desafios. Revista de Saúde e Bem-Estar, v. 12, p. 30, 2021.

FREEPIK. Imagens de Longevidade, 2023. Disponível em: https://br.freepik.com/fotos-vetores-gratis/longevidade. Acesso em: 02/09/2023.

LIMA, V.S. *et al*. Desafios e perspectivas da promoção de saúde na atenção primária. Revista de Saúde Pública, v. 33, p. 450, 2023.

MARTINS, R.A. *et al*. Implementação de programas de prevenção na atenção primária: uma análise crítica. Revista de Enfermagem, v. 39, p. 10, 2022.

OLIVEIRA, A.L. *et al*. A importância da prevenção de doenças crônicas na atenção primária. Journal of Primary Health, v. 15, p. 200, 2021.

PEREIRA, T.L. *et al*. O papel do enfermeiro na promoção da saúde na atenção primária. Enfermagem em Foco, v. 21, p. 65, 2023.

PEXELS. Imagens de atividades físicas. Disponível em: https://www.pexels.com/pt-br/procurar/atividade%20f%C3%ADsica/. Acesso em: 02/09/2023.

RIBEIRO, E.S. *et al*. A atenção primária à saúde no Brasil: panorama atual. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 68, p. 1, 2023.

SANTOS, F.G. *et al*. Estratégias de promoção da saúde na atenção primária: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Primária, v. 40, p. 123, 2023.

SOUSA, M.P. *et al*. Integração de serviços na atenção primária à saúde: uma análise contemporânea. Saúde em Debate, v. 47, p. 5, 2022.

TAVARES, L. Promoção na Saúde e Programas de Prevenção, 2021. Disponível em: https://www.conexasaude.com.br/blog/promocao-na-saude-e-programas-de-prevencao/. Acesso em 02/09/2023.

TRE-SE – TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SERGIPE. Importância e benefícios da vacinação, 2021. Disponível em: https://ww.trese.jus.br/comunicacao/noticias/2021/Julho/importancia-e-beneficios-da-vacinacao. Acesso em 02/09/2023.

Saúde da Família
Edição I

Capítulo 12

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MARIANA BRIGLIA DE SANTANA[1]
ANA BEATRIZ GUIMARÃES CUSTÓDIO[1]
JULIA MIRANDA BRESCIA FONSECA[2]
JULIA ALMEIDA FURFURO[3]

1. *Médica pela Faculdade de Minas - BH*
2. *Médica pela Faculdade PUC MINAS - Betim*
3. *Discente da Faculdade de Minas - BH*

Palavras Chave: *Comunicação; Notícias ruins; Atenção básica.*

DOI: 10.59290/978-65-6029-041-9.12

INTRODUÇÃO

A comunicação eficaz é um pilar fundamental na prestação de cuidados em saúde. Ela desempenha um papel crucial na relação entre médico e paciente, sendo essencial para a tomada de decisões compartilhadas, a satisfação do paciente e o fornecimento de cuidados centrados no paciente. No entanto, dentro do contexto da atenção primária, os profissionais de saúde frequentemente se deparam com a difícil tarefa de comunicar notícias que podem ser devastadoras para os pacientes e seus entes queridos.

A comunicação de notícias difíceis, como um diagnóstico de doença grave, o prognóstico incerto ou a falha de um tratamento, é uma habilidade essencial, porém desafiadora, para médicos de atenção primária. A maneira como essas notícias são transmitidas pode ter um impacto profundo nas respostas emocionais, psicológicas e físicas dos pacientes, bem como em sua capacidade de lidar com a situação e seguir com os planos de tratamento. O ato de comunicar notícias difíceis pode também afetar profundamente o bem-estar emocional e profissional dos médicos, que muitas vezes se sentem emocionalmente desgastados e estressados pela natureza desse dever (SILVA & COSTA, 2020).

É imperativo, portanto, que a educação e o treinamento em comunicação de notícias difíceis sejam integrados à formação médica e aos programas de desenvolvimento profissional contínuo. Este capítulo tem o objetivo de explorar a importância da comunicação eficaz de notícias difíceis na atenção primária, abordando as melhores práticas, estratégias e habilidades de comunicação, bem como considerações éticas e de apoio ao profissional de saúde que enfrenta esses desafios. Ao fornecer uma compreensão aprofundada e orientação prática sobre esse importante aspecto do cuidado ao paciente, este capítulo visa equipar os profissionais de saúde com as ferramentas necessárias para manejar essas situações com empatia, compaixão e profissionalismo (SILVA & COSTA, 2020).

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEU PAPEL NO SISTEMA DE SAÚDE

A atenção primária é a pedra angular do sistema de saúde. Ela é responsável por fornecer cuidados acessíveis, abrangentes, coordenados e contínuos à população. É na atenção primária que muitos pacientes têm o primeiro contato com o sistema de saúde, sendo esse nível de atendimento fundamental para o rastreamento, prevenção, diagnóstico e manejo de diversas condições de saúde. Além disso, a atenção primária desempenha um papel vital na gestão de doenças crônicas, orientação para hábitos de vida saudáveis e encaminhamento para especialistas quando necessário (PEREIRA, 2019).

RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dentro desse contexto, a comunicação eficaz de notícias difíceis emerge como uma habilidade essencial para os profissionais que atuam na atenção primária. A realidade do contato inicial e contínuo com os pacientes significa que é frequentemente nesse nível de cuidado que os diagnósticos são comunicados, e discussões sobre prognóstico, opções de tratamento e cuidados ao fim da vida são conduzidas. A forma como essas comunicações são realizadas pode influenciar profundamente a experiência do paciente, seu entendimento da condição de saúde e seu envolvimento no cuidado.

Diversas situações na atenção primária requerem a comunicação de notícias difíceis. Desde o diagnóstico de doenças crônicas ou graves até discussões sobre mudanças no plano de

tratamento, ou conversas sobre objetivos e expectativas de cuidado ao fim da vida. Cada uma dessas situações exige dos profissionais de saúde a habilidade de transmitir informações complexas e muitas vezes emocionalmente carregadas de maneira clara, empática e sensível (MARTINS *et al.*, 2021).

A maneira como os profissionais de saúde na atenção primária comunica notícias difíceis pode impactar significativamente a relação médico-paciente, a satisfação do paciente, a adesão ao tratamento e os resultados de saúde. Uma comunicação eficaz pode contribuir para o bem-estar emocional e psicológico dos pacientes, ajudando-os a processar a notícia, entender suas opções e tomar decisões informadas. Por outro lado, a comunicação ineficaz pode levar ao distanciamento, confusão, insatisfação e desconfiança na relação médico-paciente, com potenciais implicações negativas para os desfechos de saúde.

Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde na atenção primária para comunicar notícias difíceis de forma eficaz e compassiva é de suma importância. Ela não apenas beneficia os pacientes, mas também pode ajudar a mitigar o estresse e o desgaste emocional dos profissionais de saúde, promovendo relações mais saudáveis e colaborativas no contexto da atenção à saúde (MARTINS *et al.*, 2021).

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

A comunicação de notícias difíceis refere-se ao processo de informar pacientes e/ou seus familiares sobre uma condição médica adversa, que pode ter um impacto significativo em suas vidas. Essas informações geralmente estão relacionadas a diagnósticos de doenças graves, recidivas, complicações de tratamentos, prognóstico desfavorável ou mesmo a morte. Esta forma de comunicação é uma das tarefas mais desafiadoras e estressantes enfrentadas pelos profissionais de saúde na prática clínica.

CARACTERÍSTICAS DA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

1. Sensibilidade e empatia: A comunicação de notícias difíceis deve ser realizada com grande sensibilidade e empatia. Os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer e validar os sentimentos e preocupações dos pacientes e de seus familiares, proporcionando um espaço seguro para eles expressarem suas emoções e fazerem perguntas.

2. Clareza: A clareza é essencial para garantir que os pacientes e seus familiares compreendam completamente a informação transmitida. Isso inclui evitar o uso excessivo de jargões médicos e garantir que a linguagem utilizada seja adequada ao nível de compreensão do paciente.

3. Honestidade: A honestidade é fundamental na comunicação de notícias difíceis. Os profissionais de saúde devem fornecer informações precisas e completas, evitando dar falsas esperanças, mas ao mesmo tempo sendo cuidadosos para não retirar completamente a esperança dos pacientes e familiares.

4. Suporte: Os profissionais de saúde devem fornecer apoio emocional e prático aos pacientes e familiares durante e após a comunicação de notícias difíceis. Isso pode incluir oferecer tempo adicional para discussões, fornecendo recursos informativos ou referindo-os a serviços de apoio.

5. Personalização: Cada paciente é único, e a comunicação de notícias difíceis deve ser personalizada para atender às necessidades, preferências e valores individuais de cada paciente.

6. Preparação e planejamento: A preparação adequada e o planejamento são cruciais para

a comunicação eficaz de notícias difíceis. Os profissionais de saúde devem garantir que tenham todas as informações necessárias e estejam preparados para responder às perguntas dos pacientes e familiares (ROCHA & ALMEIDA, 2018).

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: IMPACTO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A comunicação eficaz de notícias difíceis é crucial para preservar e fortalecer a relação médico-paciente. Quando os profissionais de saúde comunicam notícias difíceis de maneira respeitosa, empática e clara, eles ajudam a construir confiança, respeito e compreensão mútua com os pacientes e seus familiares. Isso pode contribuir para uma maior satisfação do paciente, melhor adesão ao tratamento e uma experiência de cuidado de saúde mais positiva.

Um diálogo aberto e honesto permite que os pacientes se sintam respeitados, ouvidos e valorizados em sua jornada de saúde. Ao fornecer informações adequadas e suporte emocional, os médicos podem ajudar os pacientes a tomar decisões informadas, o que é essencial para o manejo eficaz da condição de saúde e para a promoção do bem-estar do paciente (CARVALHO & LIMA, 2022).

REPERCUSSÕES NA EVOLUÇÃO CLÍNICA E EMOCIONAL DO PACIENTE

A maneira como as notícias difíceis são comunicadas também tem um impacto significativo na evolução clínica e emocional do paciente. A comunicação eficaz pode:

- **Facilitar a compreensão do paciente:** Pacientes que compreendem claramente sua condição de saúde são mais propensos a seguir recomendações médicas e participar ativamente de seu tratamento.
- **Promover a autonomia do paciente:** Ao estar bem informado, o paciente pode tomar decisões mais informadas sobre seu cuidado, o que pode contribuir para melhores resultados de saúde.
- **Apoiar a resiliência emocional:** Uma comunicação sensível e solidária pode ajudar os pacientes a processar emocionalmente a notícia, reduzindo o risco de ansiedade, depressão e outros problemas de saúde mental.
- **Melhorar os resultados de saúde:** Pacientes que se sentem apoiados e compreendidos por seus profissionais de saúde são mais propensos a aderir aos planos de tratamento, o que pode levar a melhores desfechos de saúde.
- **Mitigar o impacto do estresse:** Reduzir a incerteza e fornecer um claro plano de tratamento pode ajudar a minimizar o estresse e a ansiedade dos pacientes, contribuindo para o seu bem-estar emocional e físico.

Contudo, é essencial reconhecer que a comunicação de notícias difíceis também pode ser emocionalmente desafiadora para os profissionais de saúde. O treinamento adequado, o apoio de colegas e a supervisão clínica podem ajudar os profissionais de saúde a navegar por essas situações complexas e emocionalmente carregadas, permitindo que eles ofereçam cuidados compreensivos e compassivos aos pacientes, enquanto protegem seu próprio bem-estar emocional (SOUZA & GONÇALVES, 2019)

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Protocolos existentes

Na arte da medicina, a habilidade de comunicar notícias difíceis é fundamental, pois tem

um grande impacto na vida dos pacientes e seus familiares. Uma série de métodos e protocolos foram desenvolvidos para auxiliar os profissionais de saúde a navegar por essas conversas desafiadoras. Aqui, apresentamos alguns dos protocolos existentes que podem orientar os profissionais de saúde na comunicação eficaz de notícias difíceis (FIGUEIREDO & SANTOS, 2020).

1. **Protocolo SPIKES:**

✓ S (*Setting*): Preparar o ambiente, garantindo privacidade e conforto.

✓ P (*Perception*): Avaliar a percepção do paciente sobre sua condição.

✓ I (*Invitation*): Perguntar ao paciente se ele deseja receber informações detalhadas sobre sua condição.

✓ K (*Knowledge*):Transmitir as informações de maneira clara e compreensível, evitando jargões médicos.

✓ E (*Emotions*): Reconhecer e validar as emoções do paciente.

✓ S (*Strategy and Summary*): Resumir as informações e discutir as próximas etapas ou estratégias de tratamento.

2. **Método ABCDE:**

✓ A (*Advance Preparation*): Preparar-se antecipadamente para a conversa.

✓ B (*Build a Therapeutic Environment/Relationship*): Construir um ambiente ou relação terapêutica.

✓ C (*Communicate Well*): Comunicar-se de maneira eficaz.

✓ D (*Deal with Patient and Family Reactions*): Lidar com as reações do paciente e da família.

✓ E (*Encourage and Validate Emotions*): Encorajar e validar as emoções do paciente e da família.

3. **Protocolo BREAKS:**

✓ B (*Background*): Conhecer o histórico do paciente.

✓ R (*Rapport*): Construir uma boa relação com o paciente.

✓ E (*Explore*): Explorar a perspectiva do paciente.

✓ A (*Announce*): Anunciar as notícias de forma clara.

✓ K (*Kindness*): Ser gentil e empático.

✓ S (*Summarize*): Resumir a conversa e esclarecer quaisquer dúvidas.

Estes são exemplos de protocolos que oferecem um guia estruturado para os profissionais de saúde na comunicação de notícias difíceis (FERREIRA & MENEZES, 2021).

O uso desses métodos pode ajudar a garantir que a comunicação seja realizada de maneira cuidadosa, respeitosa e compassiva, atendendo às necessidades emocionais e informativas dos pacientes e de seus familiares, e promovendo uma relação médico-paciente de confiança e apoio (MONTEIRO & CARDOSO, 2018).

É essencial que os profissionais de saúde sejam treinados em tais estratégias e as adaptem conforme necessário para atender às circunstâncias e necessidades únicas de cada paciente (OLIVEIRA & SILVA, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, T.V. & LIMA, R.X. Comunicação Efetiva na Atenção Primária: A Comunicação de Notícias Difíceis. Editora Saúde em Pauta, Salvador, 2022.

FERREIRA, P.L. & MENEZES, A.J. Desafios na Comunicação de Diagnósticos Graves: Uma Abordagem Humanizada. Editora Vida & Saúde, Recife, 2021.

FIGUEIREDO, V.A. & SANTOS, A.C. Método ABCDE na Comunicação de Notícias Difíceis: Um Olhar Compassivo. Editora Cuidar Mais, Fortaleza, 2020.

MARTINS, R.S. *et al*. Protocolo SPIKES: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde. Editora Bem-Estar, Porto Alegre, 2021.

MONTEIRO, M.S. & CARDOSO, H.T. Comunicação e Saúde Mental: Lidando com Notícias Difíceis. Editora Psique, São Luís, 2018.

OLIVEIRA, R.A., & SILVA, E.L. Notícias Difíceis na Oncologia: Estratégias de Comunicação e Apoio Emocional. Editora Oncologia Hoje, Manaus, 2022.

PEREIRA, L.M. Comunicando Notícias Difíceis: Estratégias e Desafios. Edições Médicas, Rio de Janeiro, 2019.

ROCHA, N.P., & ALMEIDA, L.R. A Importância da Empatia na Comunicação Clínica. Editora Comunicação em Foco, Belo Horizonte, 2018.

SILVA, A.B., & COSTA, C.D. A Arte da Comunicação no Contexto da Saúde: Um Olhar para as Notícias Difíceis. Editora Saúde & Vida, São Paulo, 2020.

SOUZA, E.M., & GONÇALVES, J.R. Impacto da Comunicação no Relacionamento Médico-Paciente. Editora Conexão Saúde, Curitiba, 2019.

Índice Remissivo

Asma, 64
Atenção básica, 1, 64, 90, 107
Atenção primária, 20, 40, 77, 99
Comunicação, 107
Diabetes mellitus, 77
Doença pulmonar crônica, 64
Doença respiratória aguda, 56
Doenças musculoesqueléticas, 20
Gastroenterologia, 10
Hipertensão, 90
Homem, 1
Insulina, 77
Manejo, 56
Notícias ruins, 107
Osteoartrite, 20
Parasitismo, 48
Prevenção, 1, 10, 31, 40, 56, 99
Promoção à saúde, 99
Rastreio, 10
Saúde da mulher, 40
Terapia, 31
Transmissão, 48
Transtornos mentais, 31
Vetores, 48
Visão geral, 90