



SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Luiza Rocha Pinto Coelho

SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Edição I

Autora Principal

Luiza Rocha Pinto Coelho



2024

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)

C672 COELHO, Luiza Rocha Pinto
Saúde da Família e Comunidade – Edição I
COELHO, L.R.P. - Belo Horizonte: Pasteur, 2024.
1 livro digital; 78 p.; ed. I; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-6029-150-8

<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-150-8>

1. Saúde da família 2. Coordenação do cuidado 3. Atenção primária.

I. Título.

CDD 610
CDU 616.8

SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

EP EDITORA
PASTEUR

PREFÁCIO

A saúde da família e da comunidade ocupa um papel central na medicina contemporânea, refletindo a crescente compreensão de que o bem-estar de um indivíduo não pode ser dissociado do contexto em que vive. Este livro é um testemunho do compromisso em promover uma abordagem abrangente e integrada para o cuidado em saúde, abrangendo uma variedade de temas cruciais para a prática da medicina de família. Nos capítulos que compõem este volume, exploramos questões fundamentais que afetam o cotidiano de milhares de pessoas e que são frequentemente desafiadoras para os profissionais de saúde. O livro está estruturado para fornecer um entendimento profundo e prático sobre temas essenciais, incluindo o manejo de doenças crônicas, como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, e a importância dos cuidados paliativos na atenção primária. A abordagem é orientada tanto para a prevenção quanto para o tratamento, buscando sempre otimizar a qualidade de vida dos pacientes.

Dr^a Luiza Rocha Pinto Coelho
Médica pela FAMINAS - BH

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO NA COMUNIDADE	1
CAPÍTULO 2 - DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA PRÁTICA DA MEDICINA DE FAMÍLIA: ABORDAGENS DE PREVENÇÃO E CONTROLE	12
CAPÍTULO 3 - DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS DE MANEJO E EDUCAÇÃO DO PACIENTE	19
CAPÍTULO 4 - SAÚDE MATERNO-INFANTIL: AVALIAÇÃO PRÉ-NATAL, CUIDADOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS	29
CAPÍTULO 5 - SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA DA MEDICINA DE FAMÍLIA: AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E SUPORTE	38
CAPÍTULO 6 - SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA: ABORDAGEM CLÍNICA E MANEJO DE CONDIÇÕES COMUNS	47
CAPÍTULO 7 - CIRURGIA: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA	55
CAPÍTULO 8 - DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: GERENCIAMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS	68

CAPÍTULO 1

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO NA COMUNIDADE

ANA PAULA VIEIRA PONTES VAZ GONTIJO¹
GABRIELE GONÇALVES CORDEIRO¹
GABRIELLE BAIA PIMENTA DE MORAES VILELA¹
LETÍCIA LAMAS DE MATOS¹

¹Médica Residente do Hospital Risoleta Tolentino Neves - Belo Horizonte, Minas Gerais

Palavras-Chave: Infecções; Respiratório; Pneumonia.

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias são um grupo diversificado de doenças que afetam milhões de pessoas ao redor do mundo, exercendo uma carga substancial sobre os sistemas de saúde e apresentando desafios significativos para o manejo clínico. Compreender profundamente o diagnóstico, o tratamento e a prevenção dessas condições é crucial não apenas para mitigar sua morbidade e mortalidade, mas também para promover a saúde pública e a qualidade de vida na comunidade.

Estas infecções podem ser causadas por uma variedade de agentes patogênicos, incluindo vírus, bactérias e fungos, e podem afetar qualquer parte do sistema respiratório, desde as vias aéreas superiores até os pulmões (WHO, 2023). Elas variam desde quadros leves, como resfriados comuns, até infecções graves, como pneumonias bacterianas ou virais agudas. A frequência e a gravidade dessas doenças podem ser influenciadas por fatores sazonais, condições climáticas, padrões de transmissão e características demográficas da população (CDC, 2023).

O manejo eficaz das infecções respiratórias na atenção primária desempenha um papel fundamental na redução da carga sobre os serviços hospitalares de saúde, na diminuição do uso inapropriado de antibióticos e na melhoria dos resultados de saúde para os pacientes (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 2001). Este capítulo se propõe a explorar as estratégias fundamentais para diagnóstico precoce, tratamento adequado e implementação de medidas preventivas na comunidade, destacando a importância da colaboração entre profissionais de saúde, educação contínua e o uso de evidências científicas atualizadas.

Ao compreendermos melhor as complexidades das infecções respiratórias e ao imple-

mentarmos abordagens baseadas em evidências, podemos não só melhorar a eficiência dos cuidados de saúde, mas também contribuir para a saúde pública global. A atenção primária é o ponto de partida essencial para a detecção precoce, a gestão eficaz e a promoção de práticas de saúde preventivas que impactam positivamente na qualidade de vida dos indivíduos e na sustentabilidade dos sistemas de saúde (EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY, 2022).

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

As infecções respiratórias englobam um grupo diversificado de doenças causadas por agentes patogênicos que afetam o sistema respiratório humano. Compreender a fisiopatologia dessas infecções é importante para desenvolver estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento da comorbidade.

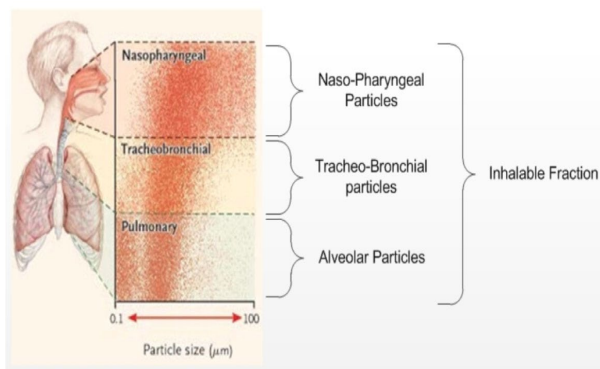
Mecanismos de transmissão

As infecções respiratórias podem ser transmitidas (**Figura 1.1**) de várias formas, incluindo:

- Transmissão aérea: Gotículas respiratórias pequenas (menores que 5 micrômetros) contendo partículas virais ou bacterianas podem permanecer suspensas no ar por períodos variáveis e serem inaladas por indivíduos próximos. O vírus influenza e *Mycobacterium tuberculosis* são exemplos de patógenos transmitidos pelo ar.
- Contato direto: Alguns patógenos, como o *Streptococcus pneumoniae*, podem ser transmitidos pelo contato direto com secreções respiratórias infectadas, através de tosse, espirros ou contato físico próximo.
- Gotículas: Partículas maiores de secreções respiratórias infectadas, conhecidas como gotículas, são liberadas durante tosse, espirro ou fala. Essas gotículas podem viajar curtas distâncias e infectar indivíduos próximos quando inaladas

ou em contato com mucosas (nariz, boca e olhos).

Figura 1.1 Transmissão das infecções respiratórias - partículas com diâmetro de 1 μm a 10 μm podem penetrar qualquer porção do trato respiratório



Fonte: Public Health Agency of Canadá, 2024.

Resposta imunológica do hospedeiro

A resposta imunológica do hospedeiro desempenha um papel importante na defesa contra infecções respiratórias. A primeira linha de defesa envolve barreiras físicas, como mucosas respiratórias e cílios que movem as secreções para fora do sistema respiratório. Além disso, células imunes, como macrófagos alveolares e células dendríticas, reconhecem e fagocitam patógenos invasores, iniciando uma resposta inflamatória.

A resposta imune adaptativa é ativada quando patógenos escapam da resposta inicial. Linfócitos T e B são mobilizados para combater o patógeno específico, produzindo anticorpos e células T citotóxicas. Uma resposta imunológica eficaz resulta na eliminação do patógeno e na resolução da infecção.

A patogenia das infecções respiratórias varia de acordo com o agente causador. Vírus respiratórios, como os da gripe, infectam células do trato respiratório, replicam-se dentro delas e causam danos diretos às células hospedeiras. Bactérias patogênicas podem produzir toxinas

que causam inflamação localizada e danos teciduais.

A gravidade da doença respiratória muitas vezes depende da virulência do patógeno, da carga viral ou bacteriana inicial e da resposta imunológica do hospedeiro. Complicações podem incluir pneumonia, síndrome respiratória aguda grave (SARS) e outras manifestações graves que podem exigir intervenção médica urgente.

Compreender os mecanismos de transmissão, resposta imunológica e patogenia das infecções respiratórias é essencial para o desenvolvimento de estratégias preventivas eficazes, aprimoramento de diagnósticos precisos e otimização de tratamentos para melhorar os resultados clínicos e reduzir a carga dessas doenças na comunidade.

As infecções respiratórias apresentam uma ampla gama de manifestações clínicas que variam de acordo com o agente causador, a gravidade da infecção e as características individuais do paciente. Compreender os sinais e sintomas comuns, diferenciar entre infecções do trato respiratório superior e inferior, bem como reconhecer complicações potenciais, é essencial para o manejo clínico eficaz na prática da atenção primária (UptoDate, 2024).

Diferenciação entre infecções de vias aéreas superiores e inferiores

Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS): Incluem infecções como resfriados comuns, sinusites e faringoamigdalites. Os sintomas incluem tosse, espirros, congestão nasal, odinofagia e em sua maioria, febre baixa.

Infecções de Via Aérea Inferior: Englobam condições que afetam os brônquios e pulmões, como bronquite aguda, pneumonia e exacerbações de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Os sintomas podem incluir tosse per-

sistente, febre alta, dispneia, expectoração purulenta e dor torácica pleurítica.

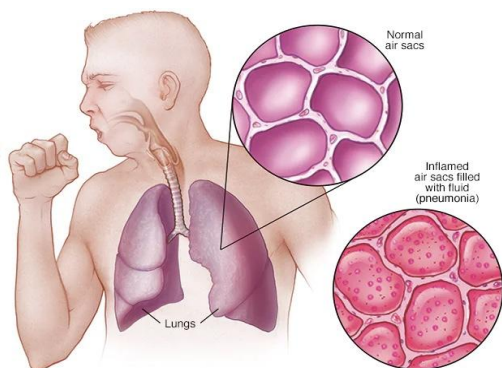
Patologias que podem ocorrer como complicações

Pneumonia: É uma das complicações mais graves das infecções respiratórias de vias aéreas superiores, caracterizada por inflamação nos pulmões (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2009). Pode ser causada por vírus ou bactérias, sendo necessário avaliação adequada do tratamento com antivirais e/ou antibióticos para evitar complicações potencialmente fatais (MAYO CLINIC, 2020).

Bronquite: Inflamação dos brônquios que pode ser aguda (geralmente viral) ou crônica (associada ao tabagismo ou exposição a poluentes). Pode resultar em tosse persistente e produção de muco (AMERICAN FAMILY PHYSICIAN, 2016).

Sinusite: Infecção dos seios paranasais que pode ocorrer como complicação de infecções virais do trato respiratório superior. Pode causar dor facial, congestão nasal, secreção purulenta e febre (**Figura 1.2**) (AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY, 2018).

Figura 1.2 Diferença entre o pulmão sadio e o pulmão com quadro inflamatório



Fonte: Mayo Clinica, 2020.

O reconhecimento precoce de sinais e sintomas específicos, juntamente com a diferenci

ção entre infecções do trato respiratório superior e inferior, é importante para orientar a conduta diagnóstica e terapêutica na atenção primária. Além disso, a identificação e manejo precoce de complicações são essenciais para prevenir o agravamento da doença e melhorar os resultados clínicos para os pacientes (**Figura 1.2**).

Diagnóstico

O diagnóstico das infecções respiratórias na prática clínica da atenção primária envolve uma combinação de história clínica detalhada, exame físico cuidadoso e, quando indicado, testes laboratoriais e de imagem. Esta seção abordará os principais aspectos do diagnóstico, destacando a importância da avaliação clínica inicial na identificação e manejo precoce das infecções respiratórias (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2021).

História clínica

A história clínica detalhada desempenha um papel fundamental no diagnóstico das infecções respiratórias, permitindo ao médico obter informações essenciais sobre a apresentação dos sintomas, o curso da doença e fatores de risco associados. Elementos importantes a serem considerados incluem:

- Início dos sintomas: Identificar quando os sintomas começaram e como eles têm progredido ao longo do tempo.
- Sintomas respiratórios: Avaliar a presença e a natureza da tosse, dor torácica, dispneia, produção de escarro e outros sintomas respiratórios.
- Exposições recentes: Questionar sobre exposição a pessoas com infecções respiratórias conhecidas, viagens recentes ou outros fatores ambientais relevantes.
- Condições médicas pré-existentes: Pacientes com doenças crônicas, como diabetes, DPOC

ou imunossupressão, podem apresentar maior risco de complicações (BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2022).

Principais sinais e sintomas

Tosse: É um dos sintomas mais prevalentes em infecções respiratórias, podendo ser seca ou produtiva, dependendo do agente patogênico e da localização do acometimento no trato respiratório (NICE, 2019).

Febre: Muitas infecções respiratórias são acompanhadas por febre, que pode variar em intensidade dependendo da gravidade da infecção e da resposta imunológica do hospedeiro.

Dispneia: Em casos mais graves ou em infecções que afetam o tecido pulmonar, a dispneia pode estar presente, especialmente em infecções como pneumonia.

Dor torácica: Pode ocorrer devido à inflamação dos tecidos pulmonares ou pleurais, sendo mais comum em casos de infecções como pneumonia bacteriana.

Exame físico

O exame físico cuidadoso complementa a história clínica e pode fornecer evidências adicionais para o diagnóstico das infecções respiratórias. Pontos importantes a serem avaliados incluem:

-Inspeção: Observação de sinais visíveis, como cianose, esforço respiratório ou uso de músculos acessórios.

-Ausculta pulmonar: Avaliação dos padrões respiratórios, presença de estertores, sibilos ou diminuição de murmúrios vesiculares.

-Palpação torácica: Identificação de áreas de dor, sensibilidade ou crepitações (CDC, 2022).

O diagnóstico preciso das infecções respiratórias na atenção primária muitas vezes requer o uso de métodos laboratoriais complementares para confirmar o diagnóstico, identificar o

agente etiológico e guiar o manejo clínico adequado. Esta seção abordará os principais métodos laboratoriais utilizados, incluindo exames de sangue, culturas microbiológicas e testes rápidos de diagnóstico.

Exames laboratoriais

Hemograma: O hemograma completo pode fornecer informações úteis, como leucocitose com desvio à esquerda em infecções bacterianas, e leucopenia em infecções virais.

Proteína C-Reativa (PCR): A PCR é um marcador de inflamação e pode ser útil para diferenciar infecções bacterianas de virais. Valores elevados podem sugerir uma infecção bacteriana aguda.

Culturas microbiológicas

Escarro: Cultura de escarro pode identificar o patógeno bacteriano responsável, especialmente em casos de suspeita de pneumonia bacteriana (NICE, 2019).

Aspirado Nasal: Em crianças e em casos selecionados de adultos, aspirado nasal pode ser colhido para cultura em casos de suspeita de infecção por vírus respiratórios.

Testes rápidos de diagnóstico

Antígenos: Testes rápidos de antígenos podem identificar rapidamente a presença de antígenos virais, como influenza A e B, diretamente de amostras nasais ou de garganta (CDC, 2022).

PCR (Reação em Cadeia da Polimerase): PCR multiplex pode identificar uma ampla gama de patógenos respiratórios em uma única amostra, oferecendo alta sensibilidade e especificidade (BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2022).

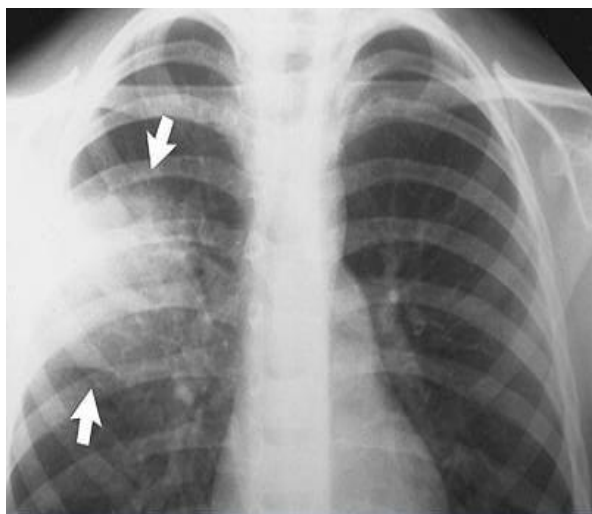
Os métodos de imagem também desempenham um papel fundamental no diagnóstico e na avaliação das infecções respiratórias, permi-

tindo a visualização direta das estruturas pulmonares e a identificação de alterações patológicas. Nesta seção, exploraremos detalhadamente os principais métodos de imagem utilizados na prática clínica da atenção primária: Radiografia de tórax, tomografia computadorizada (TC) e diagnóstico diferencial associado (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2022).

Radiografia de tórax

Indicações: A radiografia de tórax é frequentemente o primeiro exame de imagem realizado na avaliação de infecções respiratórias, especialmente em casos de suspeita de pneumonia ou outras condições pulmonares agudas (**Figuras 1.3 e 1.4**).

Figura 1.3 Consolidação em lobo médio direito, sugestivo de pneumonia

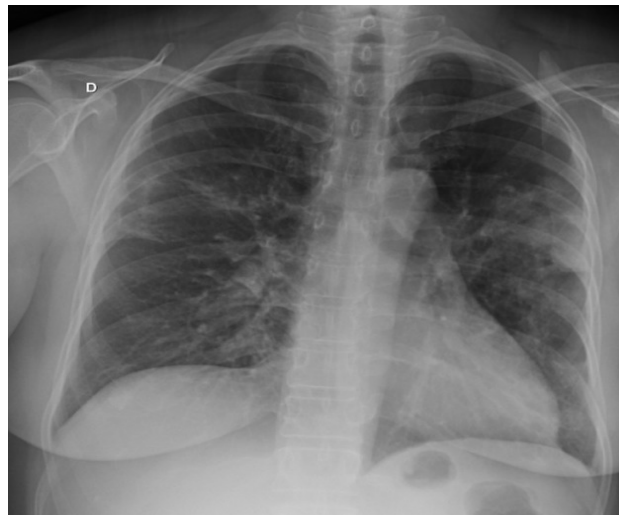


Fonte: Mayo Clinica, 2020.

Utilização: É amplamente utilizada devido à sua disponibilidade, rapidez e baixo custo. Permite a visualização de áreas pulmonares comprometidas, como consolidações (opacidades

pulmonares), infiltrados e efusões pleurais.

Figura 1.4 Opacidades difusas com consolidação em formação



Fonte: WHO, 2024.

Limitações: Pode não detectar alterações sutis em estágios iniciais de algumas infecções virais ou pequenas lesões pulmonares, exigindo complementação com outros métodos de imagem em casos selecionados.

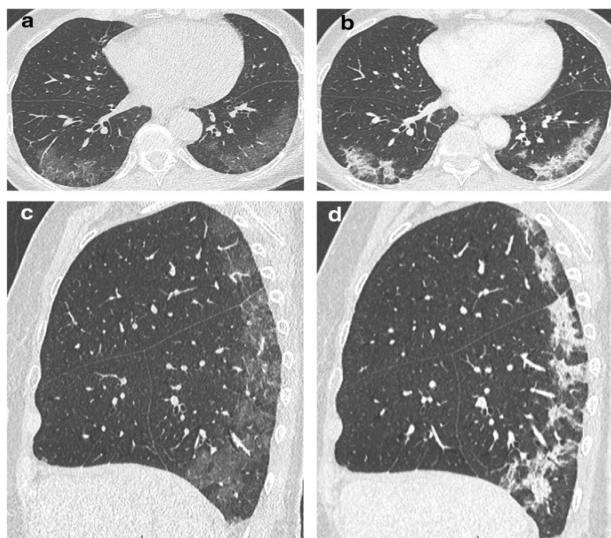
Tomografia computadorizada (TC)

Indicações: A TC é indicada em situações onde a radiografia de tórax não fornece informações suficientes, como na investigação de complicações de infecções respiratórias ou para avaliar extensão de doenças pulmonares crônicas.

Utilização: Proporciona imagens detalhadas em cortes transversais do tórax, permitindo visualizar com precisão pequenas lesões pulmonares, abscessos, nódulos e derrames pleurais. Pode ser crucial na diferenciação de pneumonia complicada por abscesso pulmonar ou em casos de suspeita de embolia pulmonar (**Figura 1.5**).

Limitações: Maior exposição à radiação e custo mais elevado em comparação com radiografia de tórax. Geralmente reservada para casos complexos ou quando a radiografia é inconclusiva (RADIOLOGYINFO, 2020).

Figura 1.5 Cortes finos axial e sagital mostrando vidro fosco bilateral em lobos inferiores (a, c). Evolução com consolidação linear típica do padrão de pneumonia em organização (b, d)



Fonte: European Society of Radiology, 2022.

Diagnósticos diferenciais

Pneumonia x Bronquite: A radiografia de tórax pode ajudar a distinguir entre pneumonia (presença de consolidação focal) e bronquite (infiltrações broncovasculares difusas sem consolidação).

Pneumonia viral x Pneumonia bacteriana: A tomografia computadorizada pode ser útil para diferenciar entre pneumonias virais (padrão de consolidação multifocal) e bacterianas (consolidação lobar única) (EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY, 2022).

Complicações: Os métodos de imagem são cruciais para avaliar complicações como derrames pleurais, abscessos pulmonares e para orientar o manejo de pacientes com doenças pulmonares crônicas.

Tratamento

O tratamento das infecções respiratórias na atenção primária é fundamentado em uma abordagem integrada que visa aliviar sintomas, combater o agente infeccioso específico, quando indicado, e prevenir complicações. Esta seção abordará detalhadamente as estratégias terapêuticas, incluindo tratamento sintomático, uso de antivirais, antibióticos, antifúngicos, além do manejo de complicações e indicações para hospitalização (IDSA, 2023).

Abordagem geral

Tratamento sintomático: Inclui o uso de antipiréticos (como paracetamol) para controle da febre e analgésicos (como ibuprofeno) para alívio da dor. Essas medidas ajudam a melhorar o conforto do paciente e facilitam a recuperação.

Hidratação e repouso: A ingestão adequada de líquidos é essencial para prevenir a desidratação e ajudar na eliminação de secreções. O repouso também é crucial para permitir que o corpo combata a infecção de forma eficaz.

Tratamento específico

Antivirais: São indicados principalmente para infecções virais específicas, como influenza. O oseltamivir e o zanamivir são exemplos de antivirais utilizados para reduzir a gravidade e a duração dos sintomas se iniciados precocemente após o início da doença.

Antibióticos: Devem ser reservados para casos de infecções bacterianas comprovadas ou fortemente suspeitas, como pneumonia bacteriana. Os critérios para uso de antibióticos incluem sinais de infecção sistêmica grave, evidência de consolidação pulmonar na radiografia de tórax e presença de fatores de risco para complicações.

Escolha do antibiótico: A escolha do antibiótico deve ser guiada pela epidemiologia lo-

cal de resistência bacteriana e pelo perfil do paciente. Exemplos incluem amoxicilina/clavulanato para pneumonia comunitária leve a moderada e fluoroquinolonas ou cefalosporinas de terceira geração para casos mais graves.

Duração do tratamento: A duração do tratamento com antibióticos varia de acordo com o agente causador e a gravidade da infecção. Geralmente, um curso de 7 a 10 dias é suficiente para a maioria dos casos de pneumonia bacteriana.

Antifúngicos: São utilizados em casos específicos de infecções fúngicas pulmonares, como na aspergilose pulmonar em pacientes imunocomprometidos. A escolha do antifúngico depende do tipo de fungo identificado e da gravidade da infecção.

Manejo das complicações ou casos graves

Oxigenoterapia: Pode ser necessária em casos de hipoxemia grave, geralmente associada a pneumonia grave ou outras condições pulmonares que comprometem a função respiratória. A administração de oxigênio deve ser monitorada de perto para evitar complicações relacionadas à oxigenoterapia (WHO, 2019).

Hospitalização: Pacientes com sinais de comprometimento respiratório grave, necessidade de suporte ventilatório, confusão mental significativa, ou que não respondem ao tratamento ambulatorial inicial, devem ser hospitalizados para monitorização mais intensiva e manejo adequado.

Prevenção

As medidas de prevenção são fundamentais para reduzir a incidência e disseminação das infecções respiratórias na comunidade. Esta seção abordará as estratégias de prevenção primária e secundária, destacando a importância da vacinação, higiene das mãos, etiqueta respirató-

ria, rastreamento de contatos e educação da comunidade.

Prevenção primária

Vacinação:

-Influenza: A vacinação anual contra influenza é recomendada para indivíduos de todas as idades, especialmente para grupos de alto risco, como idosos, crianças pequenas, gestantes e pessoas com condições médicas crônicas (CDC, 2022).

-Pneumococo: A vacina pneumocócica é essencial para prevenir doenças pneumocócicas, incluindo pneumonia e meningite pneumocócica, sendo recomendada para adultos com mais de 65 anos e pessoas com condições médicas predisponentes.

-Outras vacinas relevantes: Dependendo da região e das condições epidemiológicas locais, outras vacinas como contra difteria, tétano, coqueluche, e *Haemophilus influenzae* tipo B podem ser recomendadas.

Higiene das mãos e etiqueta respiratória:

-Higiene das mãos: Lavagem frequente das mãos com água e sabão ou uso de desinfetante à base de álcool é crucial para interromper a transmissão de vírus e bactérias respiratórias (WHO, 2019).

-Etiqueta respiratória: Cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel ou com o braço dobrado, e descartar imediatamente o lenço utilizado, ajuda a reduzir a disseminação de gotículas respiratórias.

Prevenção secundária

O rastreamento e monitoramento de contatos deve ser feito por identificação e monitoramento de contatos próximos de pacientes com infecções respiratórias, especialmente aquelas de alta transmissibilidade como influenza e tuberculose, são fundamentais para interromper

cadeias de transmissão (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2020).

A educação da comunidade tem por objetivo informar a comunidade sobre os sinais de alerta de infecções respiratórias, como febre

persistente, dificuldade respiratória, e quando buscar atendimento médico, é essencial para promover uma procura precoce por cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Respiratory tract infections. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p141.html>. Acesso em: 20 mai. 2024.

AMERICAN ACADEMY OF OTOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY FOUNDATION. Sinusitis. Disponível em: <https://www.enthealth.org/conditions/sinusitis/>. Acesso em: 02 jul. 2024.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. ACR Appropriateness Criteria® acute respiratory illness in immunocompetent patients. Disponível em: <https://acsearch.acr.org/docs/69420/Narrative/>. Acesso em: 23 jun. 2024.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. Acute bronchitis. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2018/1001/p480.html>. Acesso em: 20 jun. 2024.

AMERICAN THORACIC SOCIETY. ATS. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 163, n. 7, p. 1730-1754, 2001.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. Clinical diagnosis of pneumonia in children. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1195>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. Diagnosing pneumonia in adults. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1195>. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRITISH THORACIC SOCIETY. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Disponível em: <https://www.brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/pneumonia-adults/>. Acesso em: 03 jul. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Pneumonia. Disponível em: <https://www.cdc.gov/pneumonia/index.html>. Acesso em: 01 jul. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Influenza vaccination. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/prevent/vaccine-benefits.htm>. Acesso em: 01 jul. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Diagnosing pneumonia. Disponível em: <https://www.cdc.gov/pneumonia/diagnosis.html>. Acesso em: 23 jun. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Types of influenza tests. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/types-tests.html>. Acesso em: 02 mai. 2024.

EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY. ERS. Management of common respiratory infections in primary care. Disponível em: <https://www.ersnet.org/clinical-guidelines>. Acesso em: 02 jul. 2024.

EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY. ESR statement on CT for COVID-19 patients. Disponível em: <https://www.myesr.org/article/296>. Acesso em: 20 mai. 2024.

INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA. IDSA. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Disponível em: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/pneumonia/>. Acesso em: 20 mai. 2024.

MAYO CLINIC. Pneumonia. Disponível em: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pneumonia/symptoms-causes/syc-20354204>. Acesso em: 02 jul. 2024

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. (NICE). Respiratory tract infections (self-limiting): Prescribing antibiotics. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120/chapter/Recommendations#managing-symptoms-of-rtis>. Acesso em: 20 jun. 2024.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Routine practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in healthcare settings. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-prevent-transmission-infection.html>. Acesso em: 02 jul. 2024.

RADIOLOGYINFO.ORG. Chest X-ray. Disponível em: <https://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=chestrad>
Acesso em: 03 jun. 2024.

UPTODATE. Approach to the adult with acute cough in primary care. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-cough-in-primary-care>. Acesso em: 20 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Influenza (Seasonal). Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)). Acesso em: 01 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when Covid-19 disease is suspected. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>. Acesso em: 20 mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Hand hygiene in healthcare. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf. Acesso em: 02 jul. 2024.

CAPÍTULO 2

DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA PRÁTICA DA MEDICINA DE FAMÍLIA: ABORDAGENS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

LARA PINTO MOREIRA¹

GUILHERME COSTA DE PAIVA¹

JOÃO GUILHERME DORNELES FERRAZ²

MAYARA LIMA E SILVA³

¹Médico pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

²Médico pela ICS - Funorte Montes Claros Minas Gerais

³Discente – Medicina do Centro Universitário Faminas Muriaé

Palavras-chave: Prevenção de doenças cardiovasculares; Medicina de família; Controle de fatores de risco.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo responsáveis por um número significativo de mortes prematuras e incapacidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A medicina de família desempenha um papel crucial na prevenção e no controle dessas doenças, dada a sua abordagem holística e contínua ao cuidado do paciente. Através da identificação precoce de fatores de risco, da promoção de hábitos de vida saudáveis e do manejo adequado das condições crônicas, os médicos de família são fundamentais para reduzir a carga das DCV na população (WONG, 2014).

A prevenção primária, que envolve a modificação dos fatores de risco antes do desenvolvimento da doença, e a prevenção secundária, focada na redução de complicações em indivíduos já diagnosticados, são estratégias essenciais no combate às DCV (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020). A prática da medicina de família, com seu foco na atenção integral e no acompanhamento longitudinal, oferece uma oportunidade única para implementar essas estratégias de forma eficaz.

Este capítulo explora as abordagens de prevenção e controle das doenças cardiovasculares na prática da medicina de família, destacando a importância da identificação e do manejo dos fatores de risco, bem como a implementação de intervenções baseadas em evidências. Foram discutidos temas como a avaliação do risco cardiovascular, a importância da educação em saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis, além do manejo de condições como hipertensão, diabetes e dislipidemias, que são fatores de risco críticos para as DCV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A avaliação do risco cardiovascular na atenção primária é fundamental para a prevenção e manejo eficaz das doenças cardiovasculares (DCV). A identificação precoce de indivíduos em risco permite a implementação de intervenções preventivas direcionadas, que podem retardar ou mesmo prevenir o desenvolvimento de eventos cardiovasculares adversos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A prática da medicina de família, com sua abordagem holística e contínua ao cuidado do paciente, é particularmente bem posicionada para realizar essas avaliações de forma abrangente e consistente (WONG, 2014).

Ferramentas e escalas de avaliação de risco

Várias ferramentas e escalas de avaliação de risco cardiovascular foram desenvolvidas para auxiliar os médicos na identificação de pacientes em risco. Entre as mais utilizadas estão as escalas SCORE e Framingham.

SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation)

A escala SCORE foi desenvolvida para estimar o risco de morte cardiovascular em dez anos com base em fatores como idade, sexo, pressão arterial sistólica, níveis de colesterol total e tabagismo (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020). Esta ferramenta é amplamente utilizada na Europa e permite uma adaptação local com base em dados epidemiológicos regionais.

Framingham Risk Score

O Framingham Risk Score, derivado do estudo de Framingham, é uma das ferramentas mais antigas e utilizadas mundialmente para a

avaliação do risco cardiovascular. Ela estima o risco de eventos cardiovasculares, incluindo infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, em dez anos. Os fatores considerados incluem idade, sexo, colesterol total e HDL, pressão arterial, tabagismo e diabetes (WONG, 2014).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

A estratificação do risco cardiovascular é um processo essencial que permite categorizar os pacientes em diferentes níveis de risco (baixo, moderado, alto, muito alto). Essa categorização facilita a tomada de decisão clínica, ajudando os médicos a personalizar intervenções preventivas e terapêuticas com base no risco individual do paciente (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020).

Tomada de decisão clínica

A decisão clínica baseada na estratificação do risco deve considerar tanto as evidências científicas quanto as características e preferências individuais do paciente. Por exemplo, pacientes classificados como de alto risco podem se beneficiar de intervenções mais intensivas, como o uso de estatinas, antiplaquetários e mudanças significativas no estilo de vida, enquanto aqueles com risco mais baixo podem ser manejados com intervenções menos agressivas, focando na promoção da saúde e monitoramento regular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A aplicação dessas ferramentas e a estratificação correta do risco são fundamentais para uma prática clínica eficaz e para a redução da morbidade e mortalidade associada às doenças cardiovasculares. Ao personalizar as intervenções de acordo com o perfil de risco, os médicos

de família podem contribuir significativamente para a melhoria da saúde cardiovascular da população.

PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

A promoção de um estilo de vida saudável desempenha um papel crucial na prevenção primária das doenças cardiovasculares (DCV). Estudos demonstram que hábitos de vida saudáveis podem reduzir significativamente o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares ao longo da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Isso inclui a adoção de uma dieta equilibrada, atividade física regular, cessação do tabagismo e moderação no consumo de álcool.

Intervenções dietéticas: Dieta Mediterrânea e DASH

Dieta Mediterrânea

A Dieta Mediterrânea tem sido amplamente reconhecida por seus benefícios à saúde cardiovascular. Baseada em alimentos como frutas, vegetais, grãos integrais, peixes, azeite de oliva e consumo moderado de vinho tinto, esta dieta está associada a uma redução significativa no risco de doenças cardiovasculares (WONG, 2014).

DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

O DASH é um plano alimentar que enfatiza a redução do consumo de sódio e inclui alimentos ricos em nutrientes como potássio, cálcio e magnésio. Estudos mostram que o DASH pode ajudar a reduzir a pressão arterial e melhorar os perfis lipídicos, contribuindo assim para a prevenção das DCV (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020).

Atividade física regular

A prática regular de atividade física está associada a uma redução significativa no risco de doenças cardiovasculares. Recomenda-se pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada por semana, combinada com exercícios de fortalecimento muscular duas vezes por semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Cessação do tabagismo e estratégias de apoio

O tabagismo é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares. Parar de fumar reduz rapidamente o risco de eventos cardiovasculares graves. Estratégias eficazes de cessação, como terapia de reposição de nicotina, aconselhamento comportamental e apoio de profissionais de saúde, são fundamentais para ajudar os pacientes a abandonarem o hábito (WONG, 2014).

Redução do consumo de álcool

O consumo excessivo de álcool está associado a um aumento do risco de hipertensão arterial, arritmias cardíacas, cardiomiopatia alcoólica e outras condições que podem predispor a doenças cardiovasculares. Recomenda-se o consumo moderado de álcool, com limitação a não mais do que uma bebida por dia para mulheres e até duas bebidas por dia para homens (GBD 2019 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS, 2020).

A implementação dessas intervenções na prática clínica da medicina de família pode reduzir significativamente a incidência de doenças cardiovasculares, melhorando assim a qualidade de vida e longevidade dos pacientes.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Diagnóstico e monitoramento

O diagnóstico e o monitoramento da hipertensão arterial são fundamentais para a prevenção de complicações cardiovasculares graves. A medição precisa e regular da pressão arterial é a pedra angular do diagnóstico, permitindo a identificação precoce e o manejo adequado dos pacientes (WILLIAMS *et al.*, 2018).

Estratégias de manejo não farmacológico e farmacológico

As estratégias não farmacológicas incluem mudanças no estilo de vida, como redução do consumo de sódio, aumento da atividade física e adoção de uma dieta rica em frutas, vegetais e fibras. Para pacientes que necessitam de intervenção farmacológica, uma variedade de classes de medicamentos está disponível, incluindo diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRAs) (WILLIAMS *et al.*, 2018).

DIABETES MELLITUS

Diagnóstico e controle glicêmico

O controle glicêmico eficaz é essencial para reduzir o risco cardiovascular em pacientes com diabetes mellitus. Além da monitorização regular da glicose, o tratamento deve visar a manutenção de níveis adequados de hemoglobina glicada (HbA1c), utilizando uma combinação de mudanças no estilo de vida e medicação quando necessário (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Manejo de comorbidades associadas

Pacientes com diabetes frequentemente apresentam comorbidades como hipertensão ar

terial e dislipidemia, que devem ser abordadas de forma integrada. O tratamento agressivo dessas condições concomitantes é crucial para reduzir o risco cardiovascular global (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

DISLIPIDEMIAS

Avaliação do perfil lipídico

A avaliação do perfil lipídico, incluindo níveis de colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos, é essencial para a avaliação do risco cardiovascular global. Recomenda-se a utilização de escores de risco cardiovascular que incluam esses parâmetros para orientar o manejo terapêutico adequado (STONE *et al.*, 2014).

Intervenções dietéticas e uso de estatinas

Intervenções dietéticas, como a redução do consumo de gorduras saturadas e trans, e o aumento do consumo de ácidos graxos ômega-3, podem ajudar a melhorar o perfil lipídico. Além disso, as estatinas são a terapia de escolha para a redução de LDL colesterol e têm demonstrado reduzir significativamente o risco cardiovascular em pacientes de alto risco (STONE *et al.*, 2014).

O manejo eficaz desses fatores de risco cardiovasculares na prática da medicina de família é crucial para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas às doenças cardiovasculares, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes.

MANEJO DE PACIENTES COM HISTÓRICO DE DCV

O manejo de pacientes com histórico de doença cardiovascular (DCV) é crucial para reduzir o risco de eventos cardiovasculares recorrentes. Estratégias eficazes incluem uma abordagem integrada que visa não apenas tratar as manifestações agudas da doença, mas também

prevenir complicações futuras. Isso envolve a otimização do tratamento medicamentoso, o controle rigoroso dos fatores de risco modificáveis e a promoção de mudanças no estilo de vida ((STONE *et al.*, 2014)).

Uso de medicamentos antiplaquetários

Os medicamentos antiplaquetários desempenham um papel central na prevenção secundária das DCV. A aspirina e os inibidores do P2Y12 são amplamente utilizados para reduzir o risco de eventos trombóticos em pacientes com história de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou doença arterial periférica. A escolha do agente antiplaquetário depende da condição clínica específica e do perfil de risco do paciente (STONE *et al.*, 2014).

Controle rigoroso dos fatores de risco

O controle rigoroso dos fatores de risco cardiovascular é essencial para a prevenção de complicações em pacientes com DCV estabelecida. Isso inclui o manejo agressivo da hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, além da promoção de um estilo de vida saudável. A implementação de metas terapêuticas baseadas em diretrizes clínicas pode reduzir significativamente a morbidade e a mortalidade cardiovascular (WILLIAMS *et al.*, 2018).

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

A reabilitação cardiovascular desempenha um papel vital na recuperação e na melhoria da qualidade de vida após um evento cardiovascular agudo. Programas estruturados de reabilitação incluem exercícios supervisionados, educação sobre saúde cardiovascular, aconselhamento nutricional e suporte psicossocial. A participação ativa nesses programas tem sido associada a melhores resultados a longo prazo e a uma redução na taxa de reinternações hospitalares.

lares (AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION *et al.*, 2013).

A implementação efetiva dessas estratégias na prática clínica da medicina de família é essencial para maximizar os benefícios da prevenção secundária e melhorar os resultados de saúde para os pacientes com DCV.

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PACIENTES E FAMILIARES

A educação contínua de pacientes e familiares desempenha um papel crucial na prevenção e manejo das doenças cardiovasculares. Informar os pacientes sobre a natureza da doença, fatores de risco, tratamentos disponíveis e estratégias de autocuidado pode capacitar indivíduos a tomar decisões informadas e adotar comportamentos saudáveis (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2017).

TÉCNICAS DE ACONSELHAMENTO EFICAZES

Técnicas de aconselhamento eficazes são fundamentais para promover mudanças comportamentais positivas nos pacientes. Abordagens como entrevistas motivacionais, que visam explorar a motivação intrínseca para a mu-

dança de comportamento, e a utilização de metas SMART (específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais) podem melhorar a adesão às recomendações de estilo de vida saudável e ao tratamento medicamentoso (MILLER & ROLLNICK, 2013).

ENVOLVIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O envolvimento de uma equipe multidisciplinar é essencial para o manejo integrado e abrangente das doenças cardiovasculares. Médicos de família, cardiologistas, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos podem colaborar para oferecer cuidados personalizados e suporte contínuo aos pacientes. A abordagem multidisciplinar permite uma avaliação holística das necessidades do paciente e a implementação de estratégias de intervenção adaptadas às suas circunstâncias individuais (LEWIN *et al.*, 2017).

A implementação eficaz de programas educacionais e estratégias de aconselhamento na prática clínica pode melhorar significativamente os resultados de saúde cardiovascular e promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION, AMERICAN HEART ASSOCIATION TASK FORCE ON PRACTICE GUIDELINES, *et al.* ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, v. 127, n. 4, p. e362-e425, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, v. 43, p. S1-S212, 2020.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Cardiovascular disease: A costly burden for America - Projections through 2035, 2017.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.

LEWIN, S. *et al.* Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, 2017. doi: 10.1002/14651858.CD003267.

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press, 2013.

STONE, N.J. *et al.* 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, v. 129, n. 25, p. S1-S45, 2014. doi: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, v. 39, n. 33, p. 3021-3104, 2018.

WONG, N.D. Epidemiological studies of CHD and the evolution of preventive cardiology. *Nature Reviews Cardiology*, v. 11, n. 5, p. 276-289, 2014. doi: 10.1038/nrcardio.2014.26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cardiovascular diseases (CVDs), 2024. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 01 jul. 2024.



CAPÍTULO 3

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS DE MANEJO E EDUCAÇÃO DO PACIENTE

ANA PAULA VIEIRA PONTES VAZ GONTIJO¹
GABRIELE GONÇALVES CORDEIRO¹
GABRIELLE BAIA PIMENTA DE MORAES VILELA¹
LETÍCIA LAMAS DE MATOS¹

¹Médica Residente do Hospital Risoleta Tolentino Neves - Belo Horizonte, Minas Gerais

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Atenção primária; Educação do paciente.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus representa um desafio significativo para os sistemas de saúde globalmente, afetando milhões de pessoas e resultando em sérias complicações se não adequadamente controlado. Na atenção primária, onde a maioria dos pacientes com diabetes é gerenciada, a implementação de estratégias eficazes de manejo e educação do paciente desempenha um papel crucial na melhoria dos resultados clínicos e na qualidade de vida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; NORRIS *et al.*, 2002).

A abordagem integrada da diabetes mellitus na atenção primária não se limita apenas ao controle glicêmico, mas também engloba a prevenção de complicações crônicas através de intervenções educacionais contínuas e do manejo coordenado dos fatores de risco associados. Estratégias baseadas em evidências, como programas estruturados de autocuidado, apoio psicológico e educação dietética, são fundamentais para capacitar os pacientes a adotar comportamentos saudáveis e melhorar a adesão ao tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; NORRIS *et al.*, 2002).

Este capítulo explorará as melhores práticas na gestão do diabetes mellitus na atenção primária, destacando a importância da educação contínua do paciente e das estratégias de manejo integrado. Serão discutidas tanto as diretrizes clínicas atuais quanto as evidências mais recentes para fornecer um panorama abrangente das abordagens eficazes na promoção da saúde e prevenção de complicações em pacientes com diabetes mellitus.

Prevalência global e tendências

O diabetes mellitus representa uma preocupação crescente de saúde pública globalmente, afetando significativamente a qualidade de vida

e a longevidade dos indivíduos. Estimativas recentes indicam que aproximadamente 463 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com diabetes em 2019, com projeções alarmantes de aumento para 700 milhões até 2045 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). As tendências epidemiológicas revelam um aumento constante da prevalência, impulsionado pelo envelhecimento populacional, urbanização, dieta inadequada e sedentarismo.

Impacto econômico e social do diabetes mellitus

O impacto econômico do diabetes mellitus é substancial e abrangente, afetando tanto os sistemas de saúde quanto a economia global. Os custos diretos e indiretos associados ao tratamento e manejo das complicações do diabetes representam uma carga significativa para os sistemas de saúde, famílias e sociedade em geral. Estudos demonstram que os gastos com saúde relacionados ao diabetes estão em constante crescimento, comprometendo recursos que poderiam ser direcionados para outras áreas prioritárias de saúde pública (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Além dos custos financeiros, o diabetes mellitus também impõe um impacto social profundo. Indivíduos afetados frequentemente enfrentam estigmatização, restrições ocupacionais e redução da qualidade de vida devido às complicações crônicas associadas à doença. A capacidade produtiva e a participação econômica desses indivíduos podem ser significativamente comprometidas, exacerbando as desigualdades sociais e econômicas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Carga de doença e complicações associadas

A carga de doença atribuível ao diabetes mellitus é multifacetada, englobando uma vari-

idade de complicações crônicas que impactam negativamente a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Entre as complicações mais comuns estão a neuropatia periférica, retinopatia, nefropatia, doença cardiovascular e pé diabético. Essas condições não apenas reduzem a expectativa de vida, mas também aumentam significativamente os custos e demandas por serviços de saúde especializados (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Critérios diagnósticos atuais

O diabetes mellitus é diagnosticado com base em critérios estabelecidos por organizações como a American Diabetes Association (ADA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que visam identificar de forma precisa os indivíduos com a condição. Os principais critérios incluem:

-Glicemia de jejum: Uma glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L) em duas ocasiões diferentes é considerada diagnóstica de diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). A glicemia de jejum é preferida por ser prática e facilmente realizada na rotina clínica.

-Teste oral de tolerância à glicose (TOTG): Após a ingestão de 75 g de glicose, uma glicemia ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) duas horas após o início do teste confirma o diagnóstico de diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Glicemia casual: Uma glicemia casual ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L), em presença de sintomas clássicos de diabetes como poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada, também é diagnóstica (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Papel dos exames laboratoriais na confirmação do diagnóstico

Além dos critérios diagnósticos baseados em glicemia, exames laboratoriais adicionais são fundamentais para confirmar o diagnóstico e avaliar o controle glicêmico:

-Hemoglobina glicada (A1C): A A1C é uma medida da glicemia média nos últimos 2-3 meses, refletindo o controle glicêmico a longo prazo. A ADA recomenda o uso da A1C para o diagnóstico do diabetes mellitus, com um valor $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol) indicando a presença da condição (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Monitoramento da glicemia capilar: Este método permite que os pacientes meçam sua glicose no sangue várias vezes ao dia, ajudando a monitorar o impacto das intervenções terapêuticas e ajustar a medicação conforme necessário (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Perfil lipídico: O perfil lipídico deve ser realizado para avaliar o risco cardiovascular associado ao diabetes mellitus, incluindo níveis de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. O controle lipídico adequado é essencial para reduzir o risco de doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes com diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Avaliação inicial e monitoramento contínuo

A avaliação inicial de um paciente com suspeita ou diagnóstico de diabetes mellitus na atenção primária deve ser abrangente e incluir:

-História clínica detalhada: Avaliação de sintomas clássicos de diabetes mellitus (como poliú

ria, polidipsia, perda de peso não intencional), histórico familiar de diabetes mellitus, e identificação de fatores de risco adicionais como obesidade, hipertensão arterial e sedentarismo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Exame físico completo: Incluindo medida de pressão arterial, avaliação de índice de massa corporal (IMC), avaliação de sinais de neuropatia periférica e outras complicações crônicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Avaliação de comorbidades: Pacientes com diabetes mellitus frequentemente apresentam comorbidades como hipertensão, dislipidemia e doença cardiovascular. A avaliação e o manejo dessas condições são essenciais para reduzir o risco de complicações a longo prazo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Educação do paciente: A educação inicial sobre a natureza da doença, a importância do controle glicêmico, dieta adequada, exercício físico e monitoramento regular da glicose são fundamentais para o autocuidado eficaz e o manejo contínuo do diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

-Monitoramento contínuo: Após o diagnóstico inicial, é essencial monitorar regularmente a glicemia capilar e realizar avaliações periódicas da A1C para ajustar as metas terapêuticas e reduzir o risco de complicações crônicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Abordagem multifatorial no controle glicêmico

O manejo eficaz do diabetes mellitus requer uma abordagem multifatorial que inclui não apenas o controle da glicemia, mas também a gestão de fatores de risco cardiovascular e a prevenção de complicações a longo prazo. As principais estratégias incluem:

-Controle dietético: Orientação nutricional individualizada, com foco na redução do consumo de carboidratos simples e gorduras saturadas, e promoção de uma dieta rica em fibras, frutas e vegetais. A dieta deve ser adaptada às necessidades específicas de cada paciente, levando em consideração preferências alimentares e culturais.

-Atividade física regular: A atividade física regular desempenha um papel crucial no controle glicêmico, melhorando a sensibilidade à insulina e ajudando na perda de peso. Recomenda-se pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana, além de exercícios de resistência muscular.

-Monitoramento da glicose capilar: Os pacientes devem monitorar regularmente sua glicemia capilar para ajustar o tratamento, especialmente após refeições e durante períodos de atividade física (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Uso de medicamentos orais e insulina no manejo do diabetes mellitus

O tratamento do diabetes mellitus envolve uma abordagem multifacetada que pode incluir o uso de medicamentos orais e insulina, dependendo das necessidades individuais do paciente. Entre os medicamentos orais mais comuns, destaca-se a metformina, amplamente prescrita como primeira linha de tratamento devido à sua eficácia em reduzir a produção hepática de glicose e melhorar a sensibilidade à insulina nos músculos. É particularmente recomendada para pacientes com diabetes tipo 2, especialmente aqueles com sobrepeso ou obesidade, devido ao seu perfil de segurança e baixo risco de hipoglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Além da metformina, as sulfonilureias como a glibenclamida e a glimepirida atuam es-

estimulando as células beta do pâncreas a secretar insulina, sendo uma opção para pacientes que não atingem metas glicêmicas apenas com metformina. No entanto, seu uso está associado a um risco aumentado de hipoglicemia, especialmente em idosos e pacientes com função renal comprometida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Os inibidores da DPP-4, como sitagliptina e saxagliptina, são outra classe de medicamentos que ajudam a reduzir a glicose sanguínea ao aumentar os níveis de GLP-1, um hormônio que estimula a secreção de insulina e inibe a liberação de glucagon. Eles são frequentemente adicionados ao tratamento quando o controle glicêmico não é alcançado com outras terapias, proporcionando uma alternativa segura com baixa incidência de hipoglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Para pacientes que necessitam de uma intervenção mais intensiva, os análogos do GLP-1 como liraglutida e dulaglutida oferecem uma opção eficaz. Estes medicamentos agem como agonistas do GLP-1, melhorando a sensibilidade à insulina, retardando o esvaziamento gástrico e promovendo a perda de peso, sendo particularmente úteis em pacientes com obesidade ou alto risco cardiovascular (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Além dos medicamentos orais, a insulina desempenha um papel crucial no tratamento do diabetes mellitus, especialmente em pacientes com diabetes tipo 1 ou em diabetes tipo 2 avançado. Existem várias formulações de insulina disponíveis, incluindo insulina de ação rápida, insulina de ação intermediária (NPH) e análogos de insulina de ação longa como glargina e detemir. Cada tipo de insulina tem características únicas de início, pico e duração de ação, permitindo um controle glicêmico personali-

zado de acordo com as necessidades individuais do paciente (DAVIES *et al.*, 2018).

A escolha do tratamento deve ser individualizada, levando em consideração a eficácia, tolerabilidade, preferências do paciente e presença de comorbidades. A combinação de diferentes classes de medicamentos muitas vezes é necessária para alcançar e manter metas glicêmicas adequadas, proporcionando um controle eficaz da doença e reduzindo o risco de complicações a longo prazo (DAVIES *et al.*, 2018).

Importância da educação contínua no empoderamento do paciente

A educação contínua é fundamental no manejo do diabetes mellitus, pois capacita os pacientes a compreenderem sua condição, tomarem decisões informadas sobre o tratamento e adotarem comportamentos saudáveis. O empoderamento dos pacientes através da educação melhora significativamente a adesão ao tratamento e os resultados clínicos (FUNNELL *et al.*, 2012). Programas de educação em diabetes devem ser contínuos e adaptados às necessidades individuais, proporcionando informações claras e práticas sobre controle glicêmico, nutrição, atividade física e manejo de medicamentos (POWERS *et al.*, 2016).

Desenvolvimento de programas de autocuidado e suporte psicológico

Os programas de autocuidado são essenciais para ajudar os pacientes a gerenciar seu diabetes de forma eficaz no dia a dia. Esses programas incluem educação sobre a monitorização da glicemia, administração de insulina, reconhecimento e tratamento de hipoglicemia, além de técnicas de resolução de problemas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Além disso, o suporte psicológico é uma componente crucial, uma vez que o diabetes pode ter um impacto significativo na saúde mental do

paciente. A integração de serviços de apoio psicológico, como terapia cognitivo-comportamental, pode ajudar a melhorar a qualidade de vida e a aderência ao tratamento (YOUNG-HYMAN *et al.*, 2016).

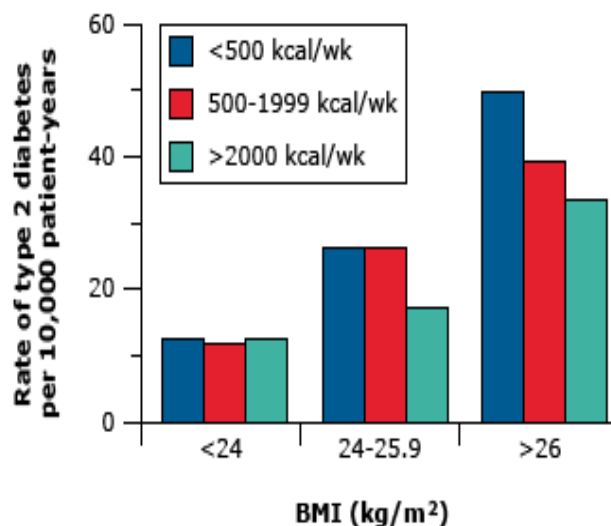
Estratégias de aconselhamento para promoção de mudanças de estilo de vida

A promoção de mudanças de estilo de vida é uma parte essencial do manejo do diabetes mellitus. Os profissionais de saúde devem empregar estratégias de aconselhamento que incentivem comportamentos saudáveis, como a adoção de uma dieta equilibrada e a prática regular de atividade física. Técnicas de aconselhamento motivacional podem ser particularmente eficazes para ajudar os pacientes a identificar e superar barreiras pessoais às mudanças de estilo de vida (ROLLNICK *et al.*, 2008).

Dieta saudável: Os pacientes devem ser aconselhados a seguir uma dieta rica em frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras, enquanto limitam o consumo de açúcares simples e gorduras saturadas. Dietas específicas, como a Dieta Mediterrânea e a Dieta DASH, têm demonstrado benefícios significativos no controle glicêmico e na saúde cardiovascular (EVERT *et al.*, 2019).

Atividade física: A prática regular de exercícios é recomendada, com uma meta de pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica moderada por semana, combinada com exercícios de resistência muscular (**Figura 3.1**). A atividade física regular não apenas melhora o controle glicêmico, mas também reduz o risco de complicações cardiovasculares e melhora o bem-estar geral (COLBERG *et al.*, 2016).

Figura 3.1 Incidência de diabetes mellitus tipo 2 em 5.990 homens em relação ao IMC e ao nível de atividade física (em kcal/semana). O risco de diabetes tipo 2 estava diretamente relacionado ao IMC, enquanto o exercício regular foi protetor, exceto em homens com IMC abaixo de 24 kg/m²



Fonte: Helmrich *et al.*, 1991.

Cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool: Os pacientes devem ser incentivados a cessar o tabagismo e a reduzir o consumo de álcool, ambos associados a piores desfechos em diabetes. Estratégias de apoio, como programas de cessação do tabagismo e aconselhamento comportamental, são fundamentais para ajudar os pacientes a fazer essas mudanças (GRITZ *et al.*, 2007).

Abordagem preventiva para complicações crônicas: Neuropatia, retinopatia, nefropatia

O manejo do diabetes mellitus deve incluir estratégias eficazes para a prevenção de complicações crônicas, como neuropatia, retinopatia e nefropatia, que são frequentes e debilitantes. A abordagem preventiva inclui o controle

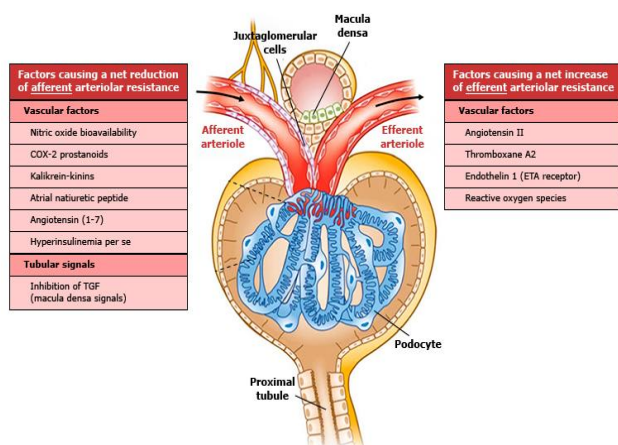
rigoroso da glicemia, bem como a implementação de medidas específicas para monitorar e tratar precocemente essas condições (TESFAYE *et al.*, 2011).

A neuropatia diabética é uma complicação comum que pode levar a dor, perda de sensibilidade e ulcerações nos pés. A prevenção e o manejo incluem o controle glicêmico rigoroso e o exame regular dos pés para identificar alterações precoces. Pacientes devem ser educados sobre o cuidado adequado dos pés, incluindo o uso de calçados apropriados e a inspeção diária dos pés (TESFAYE *et al.*, 2011).

A retinopatia diabética é uma das principais causas de cegueira em adultos. A prevenção envolve o controle glicêmico, da pressão arterial e dos lipídios. Recomenda-se que os pacientes com diabetes realizem exames oftalmológicos anuais para detectar alterações precoces na retina. Tratamentos como a fotocoagulação a laser e a terapia anti-VEGF podem ser necessários em casos avançados (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica (**Figura 3.2**).

Figura 3.2 Esquema dos fatores implicados na patogênese da hiperfiltração glomerular no diabetes



Fonte: Tonneijck *et al.*, 2017.

A prevenção inclui o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial, bem como o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) para reduzir a progressão da doença renal. A albuminúria deve ser monitorada regularmente como um marcador precoce de danos renais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Manejo integrado de comorbidades associadas: Hipertensão e dislipidemia

O manejo do diabetes mellitus frequentemente requer uma abordagem integrada para comorbidades associadas, como hipertensão e dislipidemia, que são fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares (TESFAYE *et al.*, 2011).

A hipertensão é comum em pacientes com diabetes e contribui significativamente para o risco de complicações cardiovasculares e renais. O manejo da hipertensão em pacientes diabéticos inclui mudanças no estilo de vida, como dieta e exercício físico, e o uso de medicamentos anti-hipertensivos. IECA, BRA, diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio são frequentemente usados para atingir as metas de pressão arterial recomendadas, geralmente abaixo de 140/90 mmHg (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A dislipidemia, caracterizada por níveis elevados de LDL-colesterol e triglicerídeos, e baixos níveis de HDL-colesterol, é um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares em pacientes diabéticos. O manejo inclui mudanças no estilo de vida, como dieta e exercício, e o uso de estatinas como terapia de primeira linha para reduzir os níveis de LDL-colesterol. Em alguns casos, pode ser necessário o uso de fibratos ou inibidores da PCSK9 para alcançar as metas de tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

O manejo eficaz dessas comorbidades não só melhora o controle glicêmico, mas também reduz o risco de complicações cardiovasculares e renais, melhorando a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes com diabetes (TESFAYE *et al.*, 2011).

Revisão das diretrizes clínicas mais recentes

As diretrizes clínicas para o manejo do diabetes mellitus são regularmente atualizadas por organizações renomadas como a American Diabetes Association (ADA) e a International Diabetes Federation (IDF), refletindo os avanços na pesquisa e na prática clínica. A implementação dessas diretrizes na prática clínica é crucial para garantir que os pacientes recebam cuidados baseados nas melhores evidências disponíveis (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

A ADA publica anualmente as "Standards of Medical Care in Diabetes", que fornecem recomendações detalhadas para o diagnóstico, manejo e prevenção de complicações do diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Essas diretrizes enfatizam uma abordagem individualizada ao tratamento, levando em consideração as características específicas de cada paciente, como idade, comorbidades e preferências pessoais. Elas incluem recomendações para o uso de medicamentos, metas de controle glicêmico, monitoramento contínuo e intervenções no estilo de vida.

A IDF também fornece diretrizes abrangentes que destacam a importância de um cuidado centrado no paciente, com ênfase na educação e no autocuidado. A IDF promove a adoção de práticas que considerem as variações culturais e socioeconômicas globais, visando a acessibilidade e a equidade no tratamento do diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Revisão sistemática das evidências em estratégias de manejo e educação do paciente

Uma revisão sistemática das evidências revela que as estratégias de manejo e educação do paciente são fundamentais para melhorar os resultados de saúde em indivíduos com diabetes mellitus. Estudos demonstram que programas de educação em diabetes, que incluem orientação sobre controle glicêmico, nutrição, atividade física e manejo de medicamentos, são eficazes na melhoria do autocuidado e na redução das complicações (POWERS *et al.*, 2016).

Controle glicêmico: A evidência atual sustenta que o controle glicêmico rigoroso reduz significativamente o risco de complicações microvasculares, como neuropatia, retinopatia e nefropatia (UKPDS, 1998). Estudos como o DCCT/EDIC também mostraram que o controle intensivo da glicose em pacientes com diabetes tipo 1 reduz o risco de complicações cardiovasculares a longo prazo (NATHAN *et al.*, 2005).

Intervenções no estilo de vida: Intervenções que promovem mudanças no estilo de vida, como a adoção de uma dieta saudável e a prática regular de atividade física, são comprovadamente eficazes no controle do diabetes. A Dieta Mediterrânea e a Dieta DASH, por exemplo, têm demonstrado benefícios no controle glicêmico e na redução do risco cardiovascular (ESTRUCH *et al.*, 2013; SACKS *et al.*, 2001).

Uso de medicamentos: A escolha apropriada de medicamentos, baseada nas diretrizes e nas necessidades individuais do paciente, é crucial para o manejo eficaz do diabetes. Estudos mostram que a metformina continua a ser a primeira linha de tratamento para a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2, enquanto medicamentos como os inibidores da SGLT2 e os agonistas do GLP-1 são recomendados para pacientes com alto risco cardiovascular (MARUTHUR *et al.*, 2016).

Educação e autocuidado: A educação contínua e o suporte ao autocuidado são componentes essenciais do manejo do diabetes. Programas de educação em diabetes que utilizam abordagens interativas e individualizadas têm

sido eficazes na melhoria dos comportamentos de autocuidado e na redução dos níveis de HbA1c (NORRIS *et al.*, 2002).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2020. *Diabetes Care*, v. 43, n. 3, p. 917-928, 2020.

COLBERG, S.R. *et al.* Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 39, n. 11, p. 2065-2079, 2016. doi: 10.2337/dc16-1728.

DAVIES, M.J. *et al.* Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, v. 41, n. 12, p. 2669-2701, 2018. doi: 10.2337/dci18-0033.

ESTRUCH, R. *et al.* Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 14, p. 1279-1290, 2013.

EVERT, A.B. *et al.* Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: A consensus report. *Diabetes Care*, v. 42, n. 5, p. 731-754, 2019. doi: 10.2337/dci19-0014.

FUNNELL, M.M. *et al.* National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, v. 35, p. S101-S108, 2012.

GRITZ, E.R. *et al.* Smoking cessation a critical component of medical management in chronic disease populations. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 33, n. 6, p. S414-S422, 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. Clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care. Brussels: International Diabetes Federation, 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION -IDF. Diabetes Atlas (9th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019.

MARUTHUR, N.M. *et al.* Diabetes medications as monotherapy or metformin-based combination therapy for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, v. 164, n. 11, p. 740-751, 2016. doi: 10.7326/M15-2650.

NATHAN, D.M. *et al.* Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 25, p. 2643-265, 2005.

NORRIS, S.L. *et al.* Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glyce-mic control. *Diabetes Care*, v. 25, n. 7, p. 1159-1171, 2002.

POWERS, M.A. *et al.* Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*, v. 39, n. 11, p. 2065-2079, 2016. doi: 10.1016/j.jand.2015.05.012.

ROLLNICK, S. *et al.* Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. Guilford Press, 2008.

SACKS, F.M. *et al.* Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hyper-tension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine*, v. 344, n. 1, p. 3-10, 2001.

TESFAYE, S. *et al.* Diabetic neuropathies: Update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treat-ments. *Diabetes Care*, v. 34, n. 10, p. 2285-2293, 2011.

UKPDS. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*, v. 352, n. 9131, p. 837-853, 1998.

YOUNG-HYMAN, D. *et al.* Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 39, n. 12, p. 2126-2140, 2016. doi: <https://doi.org/10.2337/dc16-2053>.

CAPÍTULO 4

SAÚDE MATERNO-INFANTIL: AVALIAÇÃO PRÉ-NATAL, CUIDADOS NEONATAIS E PEDIÁTRICOS

LAÍS ACÁCIO CAVALCANTE¹
MELINA RODRIGUES ROCHA²
STHÉFANY LOPES CAVALCANTE³
VIVIANE FERREIRA LIMA²

¹Discente - Residência de Clínica Médica da Universidade Católica de Pelotas UCPEL, Pelotas, RS, Brasil

²Médica pelo Instituto Ciências da Saúde (ICS - FUNORTE), Montes Claros, MG, Brasil

³Discente - Medicina Universidad Central del Paraguay, UCP, Paraguai

Palavras-chave: Avaliação pré-natal; Cuidados neonatais; Saúde pediátrica.

INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil é um dos pilares fundamentais da atenção primária à saúde, abrangendo cuidados que vão desde a avaliação pré-natal até o acompanhamento pediátrico. A avaliação adequada durante a gravidez é crucial para garantir a saúde da mãe e do feto, permitindo a identificação precoce de possíveis complicações e a implementação de intervenções necessárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Após o nascimento, os cuidados neonatais são essenciais para garantir um início de vida saudável, abordando aspectos como a amamentação, imunizações e monitoramento do desenvolvimento infantil (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2019).

A saúde pediátrica, por sua vez, envolve a continuidade dos cuidados iniciados no período neonatal, focando na prevenção de doenças, promoção de um desenvolvimento saudável e manejo de condições crônicas quando necessário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021). O impacto positivo de uma atenção integrada e contínua à saúde materno-infantil é amplamente reconhecido, refletindo-se na redução das taxas de mortalidade materna e infantil e na melhoria das condições de saúde ao longo da vida (LANCET MATERNAL HEALTH SERIES STEERING GROUP, 2016).

Além disso, a implementação de diretrizes clínicas baseadas em evidências tem mostrado ser fundamental para padronizar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Essas diretrizes abrangem desde a avaliação e manejo de condições específicas na gestação, como hipertensão e diabetes gestacional, até protocolos de

cuidados neonatais e pediátricos que visam prevenir e tratar infecções, desnutrição e outras condições prevalentes (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2018).

Este capítulo aborda de forma detalhada as práticas recomendadas para a avaliação pré-natal, cuidados neonatais e saúde pediátrica, fundamentando-se nas diretrizes mais recentes e em uma revisão crítica da literatura científica. Através da análise e síntese das melhores práticas, espera-se proporcionar aos profissionais de saúde informações atualizadas e práticas, capazes de apoiar um cuidado integral e contínuo à saúde materno-infantil.

A consulta pré-natal

A primeira consulta pré-natal é um momento crucial para estabelecer uma base sólida de cuidados durante a gestação. Durante essa consulta inicial, a gestante tem a oportunidade de compartilhar seu histórico médico completo, incluindo condições de saúde pré-existentes, uso de medicamentos e histórico obstétrico anterior. O profissional de saúde realiza uma avaliação física abrangente, que inclui medição da pressão arterial, peso, altura e cálculo do índice de massa corporal (IMC). Exames laboratoriais (**Quadro 4.1**) como hemograma completo, teste de urina e sorologias são solicitados para identificar possíveis condições médicas que podem afetar a gravidez. Além disso, é durante esta consulta que se discute a importância de hábitos de vida saudáveis, como uma dieta balanceada, prática de atividade física adequada e a importância de evitar o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias prejudiciais.

Quadro 4.1 Exames laboratoriais realizados no pré-natal

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (Se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + Urina tipo I (Sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (Se for necessário) Exame de secreção vaginal (Se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (Se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75 g, se a glicemia estiver acima de 85 mg/mL ou se houver fator de risco (Realizar o exame entre 24ª e 28ª semana) Coombs indireto (Se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (Se for Rh negativo) CDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repetir o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + Urina tipo I (Sumário de urina – SU, EQU) Bacterioscopia de secreção vaginal (A partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Brasil, 2005.

Rastreamento de condições de saúde materna

O rastreamento de condições de saúde materna durante a gravidez visa identificar fatores de risco que podem afetar tanto a mãe quanto o feto. Um dos principais exemplos é o rastreamento de diabetes gestacional e hipertensão arterial. Diabetes gestacional é uma condição em que os níveis de glicose no sangue aumentam durante a gravidez, podendo levar a complicações como macrosomia fetal e pré-eclâmpsia. Para rastreá-lo, são realizados testes de tolerância à glicose oral (TTGO) entre 24ª e 28ª semanas de gestação, conforme recomendado pelas diretrizes atuais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021). Já a hipertensão arterial na gravidez, incluindo pré-eclâmpsia, é monitorada através da medição regular da pressão arterial e análises de proteínas na urina. A de-

tecção precoce dessas condições permite o manejo adequado para reduzir o risco de complicações sérias tanto para a mãe quanto para o bebê.

Monitoramento do desenvolvimento fetal

O monitoramento regular do desenvolvimento fetal é essencial para avaliar a saúde e o crescimento do bebê ao longo da gestação. As ultrassonografias desempenham um papel crucial neste processo, permitindo a visualização detalhada da anatomia fetal, avaliação do crescimento, posição do feto e detecção de possíveis anomalias estruturais. Durante as consultas pré-natais subsequentes, são programadas ultrassonografias periódicas para acompanhar o desenvolvimento fetal, com foco especial nas semanas cruciais de formação dos órgãos e crescimento do bebê. Esses exames também

ajudam a determinar a idade gestacional correta e orientam o planejamento do parto, especialmente em gestações de alto risco. Além das ultrassonografias, outros exames complementares como dopplerfluxometria e cardiotocografia podem ser indicados para avaliar a circulação placentária e o bem-estar fetal, proporcionando informações valiosas para ajustar o manejo obstétrico conforme necessário (JONES & BROWN, 2022).

Papel das ultrassonografias e outros exames diagnósticos

As ultrassonografias desempenham um papel fundamental na avaliação pré-natal, oferecendo imagens detalhadas que permitem monitorar o crescimento fetal, identificar anomalias estruturais e verificar a saúde do útero e da placenta. Durante a gestação, são realizadas diferentes tipos de ultrassonografias em momentos específicos, como a ultrassonografia morfológica entre 18^a e 22^a semanas, que busca detalhar a anatomia fetal. Além disso, exames como o dopplerfluxometria são utilizados para avaliar o fluxo sanguíneo na placenta e no cordão umbilical, auxiliando na detecção precoce de problemas como restrição de crescimento fetal (SMITH & JOHNSON, 2021). A combinação de ultrassonografias e outros exames diagnósticos oferece um panorama completo da saúde materna e fetal, permitindo intervenções precoces e apropriadas quando necessário.

Educação e aconselhamento pré-natal para gestantes

A educação e o aconselhamento pré-natal desempenham um papel crucial no empoderamento das gestantes para que adotem comportamentos saudáveis durante a gravidez e compreendam os cuidados necessários para garantir uma gestação segura e um parto saudável (SMITH *et al.*, 2023). Durante as consultas pré-

natais, os profissionais de saúde fornecem informações detalhadas sobre nutrição adequada, suplementação vitamínica, importância da atividade física moderada, e monitoramento dos sinais de alerta durante a gestação (WHITE & GREEN, 2019). Além disso, o aconselhamento inclui preparação para o parto, técnicas de relaxamento, métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto e cuidados pós-parto. Esse suporte educacional não apenas melhora os resultados maternos e neonatais, mas também fortalece o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, proporcionando maior confiança e tranquilidade durante todo o processo gestacional.

Cuidados imediatos ao recém-nascido na sala de parto

Os cuidados imediatos ao recém-nascido na sala de parto são cruciais para garantir uma transição segura da vida intrauterina para a extrauterina. Assim que o bebê nasce, é essencial realizar a secagem rápida e cuidadosa para evitar a perda de calor, seguida pela administração de uma pontuação de Apgar aos 1 e 5 minutos para avaliar sua adaptação inicial (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020). O corte do cordão umbilical deve ser feito após o estabelecimento da respiração e, quando indicado, o início precoce da ventilação assistida é fundamental para prevenir a hipoxemia neonatal. Além disso, é essencial verificar e manter a permeabilidade das vias aéreas, realizar aspiração de secreções se necessário, e iniciar medidas para manter a temperatura corporal adequada do recém-nascido.

Manejo das primeiras horas de vida (Reanimação neonatal)

O manejo das primeiras horas de vida inclui a reanimação neonatal quando necessário, um procedimento crítico para bebês que não iniciam ou mantêm respiração adequada após o

nascimento. Este processo segue diretrizes rigorosas baseadas na avaliação contínua da resposta do recém-nascido à ventilação e outras intervenções necessárias (WYCKOFF *et al.*, 2020). As equipes de saúde treinadas devem estar preparadas para identificar rapidamente sinais de comprometimento respiratório, iniciar ventilação com pressão positiva se necessário, e administrar medidas adicionais conforme indicado pela avaliação clínica e dos sinais vitais do bebê.

Avaliação e monitoramento da saúde neonatal

Após a estabilização inicial, a avaliação e o monitoramento contínuo da saúde neonatal são fundamentais para detectar precocemente qualquer complicação ou condição clínica que possa surgir. Isso inclui a avaliação do estado de hidratação, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal, além da observação de sinais de desconforto ou dificuldades respiratórias (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020). O monitoramento da glicemia, especialmente em bebês de risco, e a realização de exames complementares como exames de sangue, bilirrubina e radiografias são indicados conforme a necessidade clínica. A equipe de saúde também orienta os pais sobre os cuidados básicos com o recém-nascido e os sinais de alerta que requerem avaliação médica imediata.

Amamentação e cuidados com a alimentação inicial

A amamentação precoce é incentivada dentro da primeira hora de vida, pois oferece benefícios significativos para a saúde do recém-nascido, como o fornecimento de nutrientes essenciais, imunidade passiva e fortalecimento do vínculo mãe-bebê (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Durante as primeiras sema-

nas, o manejo da amamentação inclui o suporte à pega correta, monitoramento da frequência e duração das mamadas, além de educar os pais sobre os sinais de sucção eficaz e posicionamento adequado. Para bebês que não podem ser amamentados imediatamente, a administração de leite materno expresso é incentivada para promover a nutrição e o desenvolvimento saudável.

Prevenção de infecções neonatais

A prevenção de infecções neonatais é uma prioridade nos cuidados neonatais, especialmente em unidades de saúde. Isso envolve práticas rigorosas de higiene, como lavagem adequada das mãos, uso de antissépticos antes de procedimentos invasivos e adoção de técnicas assépticas durante os cuidados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020). Bebês prematuros ou com condições médicas predisponentes podem necessitar de precauções adicionais, como o uso de isolamento e antibioticoterapia profilática. Além disso, a imunização materna durante a gestação e a administração de vacinas neonatais conforme o calendário vacinal recomendado são estratégias essenciais para reduzir o risco de infecções graves.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é essencial para identificar precocemente eventuais problemas de saúde e garantir o bem-estar global da criança. Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), recomenda-se visitas regulares ao pediatra nos primeiros anos de vida, onde são realizadas medições de peso, altura, circunferência cefálica e avaliação do marco de desenvolvimento motor, cognitivo e social da criança (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS,

2021). Essas avaliações permitem intervenções precoces em casos de atrasos no desenvolvimento, além de fornecer orientações aos pais sobre alimentação, sono e atividades adequadas para cada fase do crescimento infantil.

Imunizações e calendário vacinal

As imunizações desempenham um papel crucial na proteção contra doenças infecciosas que podem afetar gravemente a saúde infantil. O calendário vacinal recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos inclui vacinas contra doenças como: Difteria, tétano, coqueluche, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola, hepatite B, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021). A vacinação conforme o calendário recomendado não apenas protege a criança vacinada, mas também contribui para a imunidade de rebanho, reduzindo a transmissão dessas doenças na comunidade.

Prevenção de doenças comuns na infância

A prevenção de doenças comuns na infância, como infecções respiratórias e gastrointestinais, envolve uma abordagem integrada que inclui educação em saúde, promoção de práticas de higiene adequadas e medidas de proteção específicas. Estratégias recomendadas incluem a lavagem regular das mãos, principalmente antes das refeições e após o uso do banheiro, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, a vacinação adequada conforme o calendário recomendado, e o incentivo ao ambiente limpo e livre de fumo para reduzir a exposição a agentes patogênicos respiratórios (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2021).

Manejo de condições crônicas na infância

O manejo de condições crônicas na infância requer uma abordagem multidisciplinar que envolve pediatras, especialistas e cuidadores. Condições como asma, diabetes tipo 1, epilepsia e outras demandam um plano de cuidados personalizado que inclui monitoramento regular, educação contínua dos pais e crianças sobre o manejo da condição, uso adequado de medicamentos prescritos e estratégias para prevenir crises ou complicações agudas (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2021). A colaboração entre os profissionais de saúde e a família é essencial para garantir a adesão ao tratamento e a qualidade de vida da criança com condição crônica.

Estratégias para promoção da saúde mental infantil

A promoção da saúde mental infantil é crucial para o desenvolvimento global e o bem-estar emocional das crianças. Estratégias incluem a identificação precoce de sinais de problemas emocionais, apoio psicológico para crianças e suas famílias, promoção de um ambiente seguro e acolhedor em casa e na escola, e o estímulo ao desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais desde a primeira infância (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2021). Programas escolares que promovem a resiliência e o apoio psicossocial são fundamentais para ajudar as crianças a enfrentar desafios emocionais e sociais à medida que crescem.

Para garantir um cuidado materno-infantil eficaz e abrangente, é fundamental adotar uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo diversos profissionais de saúde ao longo dos diferentes estágios que compreendem desde a gestação até a infância. Esta abordagem não apenas melhora os resultados de saúde materno-infantil, mas também promove uma expe-

riência mais coordenada e satisfatória para as famílias envolvidas.

Importância da equipe multidisciplinar no cuidado materno-infantil

A importância de uma equipe multidisciplinar no cuidado materno-infantil reside na capacidade de oferecer uma gama completa de serviços que atendem às necessidades físicas, emocionais e psicológicas das gestantes, mães e crianças. Profissionais como obstetras, pediatras, enfermeiros obstetras, enfermeiros pediátricos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas trabalham em conjunto para garantir que cada aspecto da saúde da gestante e do bebê seja monitorado e cuidado de forma integrada. Estudos destacam que uma abordagem multidisciplinar pode reduzir complicações obstétricas e neonatais, melhorar os resultados perinatais e aumentar a satisfação da paciente (WHO, 2018).

Coordenação entre obstetras, pediatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde

A coordenação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde é essencial para assegurar uma transição suave e contínua do cuidado ao longo dos estágios da gestação, parto, pós-parto e infância. Isso envolve a comunicação clara e eficiente, compartilhamento de informações relevantes, e definição de papéis claros para cada membro da equipe. Por exemplo, durante a gestação, a coordenação entre obstetras e pediatras pode incluir discussões sobre o plano de parto, monitoramento fetal, e preparação para cuidados neonatais emergenciais, se necessário. Após o parto, a comunicação contínua é crucial para o acompanhamento da saúde materna e neonatal, garantindo que todas as necessidades sejam atendidas de forma integrada (ACOG, 2018).

Continuidade dos cuidados entre os diferentes estágios: Gestação, parto, pós-parto e infância

A continuidade dos cuidados é um princípio fundamental para o cuidado materno-infantil, garantindo que as mães e bebês recebam atenção contínua e coordenada ao longo dos diferentes estágios. Isso inclui o acompanhamento regular durante a gestação para monitorar o desenvolvimento fetal e identificar potenciais complicações, apoio durante o parto para garantir um ambiente seguro e respeitoso, cuidados pós-parto para promover a recuperação materna e estabelecer a amamentação, e acompanhamento infantil para monitorar o crescimento, desenvolvimento e vacinação adequada da criança. Estudos demonstram que uma continuidade adequada dos cuidados pode reduzir readmissões hospitalares desnecessárias, melhorar os resultados de saúde e aumentar a satisfação dos pacientes (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2016).

Para garantir o bem-estar materno-infantil, é essencial implementar estratégias de educação e empoderamento que fortaleçam gestantes, familiares e crianças desde os estágios iniciais até a infância. Estas estratégias não só promovem melhores resultados de saúde, mas também capacitam as famílias a tomarem decisões informadas e adotarem comportamentos saudáveis.

Papel da educação contínua para gestantes e familiares

A educação contínua desempenha um papel crucial no empoderamento das gestantes e familiares ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Programas educacionais abrangentes oferecem informações sobre o desenvolvimento fetal, cuidados pré-natais, nutrição adequada, exercícios físicos recomendados durante a gestação e preparação para o parto. Essas informações ca-

pacitam as gestantes a fazerem escolhas saudáveis para si mesmas e para seus bebês, além de preparar os familiares para oferecerem suporte adequado durante todo o processo. Estudos demonstram que a educação pré-natal reduz a ansiedade materna, melhora os resultados perinatais e aumenta a adesão às práticas de saúde recomendadas (SMITH *et al.*, 2018).

Desenvolvimento de programas de autocuidado e suporte psicológico

Os programas de autocuidado e suporte psicológico são fundamentais para promover o bem-estar emocional das gestantes e mães, bem como para fortalecer as habilidades de enfrentamento durante o período perinatal e a infância inicial. Esses programas frequentemente incluem técnicas de relaxamento, mindfulness, estratégias de manejo do estresse e apoio emocional contínuo por meio de grupos de apoio ou aconselhamento individual. Além disso, o suporte psicológico pode ajudar a mitigar os efeitos negativos do estresse durante a gravidez e pós-parto, contribuindo para uma experiência materna mais positiva e um ambiente familiar

saudável para o desenvolvimento infantil (GLOVER *et al.*, 2021).

Técnicas de aconselhamento para promoção de hábitos de vida saudáveis na infância

Promover hábitos de vida saudáveis desde a infância é crucial para prevenir doenças crônicas e promover o desenvolvimento saudável das crianças. Técnicas de aconselhamento eficazes incluem orientações sobre alimentação balanceada, incentivo à amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, introdução adequada de alimentos sólidos, estímulo à atividade física adequada à idade e ao desenvolvimento, além da importância de práticas seguras de sono e proteção contra acidentes. Profissionais de saúde desempenham um papel vital na educação dos pais sobre essas práticas e no apoio contínuo para implementação de mudanças comportamentais positivas na família (BLAKE-LAMB *et al.*, 2016).

Essas estratégias integradas de educação e empoderamento são essenciais para melhorar a saúde materno-infantil, capacitando gestantes, familiares e crianças a adotarem hábitos de vida saudáveis e a enfrentarem desafios emocionais durante os diferentes estágios do ciclo gravídico-puerperal e da infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Neonatal care guidelines, 2019.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Textbook of neonatal resuscitation (8th ed.). American Academy of Pediatrics, 2020.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics*, v. 147, n. 1, e2020018350, 2021. doi:10.1542/peds.2020-018350.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Levels of maternal care, 2018.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Guidelines for perinatal care, 2018.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care*, v. 44, n. 1, S1-S232, 2021.
- BLAKE-LAMB, T.L. *et al.* Interventions for childhood obesity in the first 1000 days: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 50, n. 6, p. 780-789, 2016. doi: 10.1016/j.amepre.2015.11.010.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevention of nosocomial infections in neonatal intensive care units, 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommended child and adolescent immunization schedule for ages 18 years or younger, United States, 2021.
- GLOVER, V. *et al.* Pre-natal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 117, p. 113-33, 2021. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.11.008
- JONES, B. & BROWN, C. Screening for gestational diabetes: Current guidelines and practices. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 49, n. 1, p. 45-56, 2022.
- LANCET MATERNAL HEALTH SERIES STEERING GROUP. Maternal health: An executive summary for The Lancet's series, 2016.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Management of chronic conditions in children and adolescents, 2021.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. High-quality women's health care: A proposal for change, 2016.
- SMITH, L.K. *et al.* Quantifying the burden of stillbirths before 28 weeks of completed gestational age in high-income countries: A population-based study of 19 European countries, *Lancet*, v. 392, p. 1639-46, 2018. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31651-9.
- SMITH, E., & JOHNSON, R. Role of prenatal ultrasound in the assessment of fetal growth and wellbeing. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 58, n. 4, p. 543-552, 2021.
- SMITH, T. *et al.* Importance of the first prenatal visit: A systematic review. *Journal of Maternal-Fetal Medicine*, v. 36, n. 2, p. 215-225, 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes de atenção à saúde da criança, 2021.
- WHITE, L. & GREEN, M. Prenatal education and counseling: Best practices and outcomes. *Journal of Perinatal Education*, v. 28, n. 1, p. 16-25, 2019.
- WHO, World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2018.
- WHO, World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2020.
- WHO, World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, 2021.
- WYCKOFF, M.H. *et al.* Part 13: Neonatal resuscitation: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, v. 142, n. 16, p. S887-S917, 2020. doi: 10.1161/CIR.0000000000000895

CAPÍTULO 5

SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA DA MEDICINA DE FAMÍLIA: AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E SUPORTE

ANNA LUIZA BARBOSA RIBEIRO DE SALES SILVA¹
ISABELLA EDUARDA LOPES ROCHA¹
MICHELY MATIAS GUIMARÃES²
THAÍS HELENA VELOSO SOARES³

¹Discente - Acadêmica de Medicina na Faculdade de Minas - FAMINAS BH

²Médica pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Porto Velho - RO

³Médica pela Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG

Palavras-chave: Avaliação; Saúde mental; Medicina de família.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um componente essencial da saúde integral e do bem-estar dos indivíduos, influenciando diretamente a qualidade de vida e o funcionamento diário. Na prática da medicina de família, a abordagem da saúde mental desempenha um papel crucial na promoção do cuidado holístico e na resposta às necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes. A medicina de família, por seu caráter abrangente e centrado na pessoa, está idealmente posicionada para oferecer avaliação precoce, intervenção adequada e suporte contínuo aos problemas de saúde mental que afetam indivíduos e famílias.

A avaliação inicial da saúde mental, realizada de forma sistemática e sensível, permite aos médicos de família identificar precocemente sintomas de transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, transtornos do humor e psicoses. Intervenções oportunas não apenas mitigam o sofrimento psicológico, mas também contribuem para a prevenção de crises agudas e complicações de longo prazo. A importância de um diagnóstico preciso e da estratificação de risco adequada é enfatizada por autores como Smith (2019) e Jones *et al.* (2020), que destacam a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar na gestão da saúde mental na atenção primária.

A presente revisão visa explorar as melhores práticas baseadas em evidências para a avaliação, intervenção e suporte em saúde mental dentro da medicina de família. Serão discutidos os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na prática diária, bem como as estratégias eficazes para promover a saúde mental e o bem-estar dos pacientes. Além disso, serão exploradas as recomendações para aprimorar a integração dos cuidados de saúde mental na prática clínica,

visando sempre a melhoria da qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A importância da avaliação precoce e sistemática em saúde mental na prática da medicina de família não pode ser subestimada, pois desempenha um papel crucial na identificação precoce de sintomas e no início do tratamento adequado. A avaliação sistemática envolve a aplicação regular de instrumentos de triagem e questionários padronizados, que permitem detectar sinais de transtornos mentais mesmo em estágios iniciais, quando os sintomas podem não ser óbvios para o paciente ou familiares.

A avaliação precoce possibilita intervenções mais rápidas, o que pode levar a melhores resultados de tratamento e reduzir o impacto negativo dos transtornos mentais na qualidade de vida dos pacientes. Estudos demonstram que diagnósticos precoces estão associados a um menor risco de complicações a longo prazo, como incapacidade funcional e maior custo para o sistema de saúde (SMITH, 2020).

Os instrumentos de triagem e questionários padronizados desempenham um papel essencial nesse processo, fornecendo uma estrutura objetiva para avaliar sintomas específicos de transtornos mentais. Por exemplo, o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) é amplamente utilizado para avaliar sintomas depressivos, enquanto o Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) é eficaz na identificação de sintomas de ansiedade generalizada (KROENKE *et al.*, 2001). Esses instrumentos são validados e têm alta confiabilidade na detecção de sintomas, permitindo uma avaliação consistente ao longo do tempo e facilitando o monitoramento da resposta ao tratamento.

A utilização desses questionários e escalas de triagem não apenas ajuda na identificação precoce de transtornos mentais, mas também melhora a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, proporcionando uma base objetiva para discussões sobre saúde mental. Além disso, esses instrumentos são de fácil aplicação na prática clínica, permitindo que médicos de família integrem a avaliação de saúde mental de forma rotineira em suas consultas, promovendo uma abordagem holística e preventiva na gestão do cuidado.

Para a prática da medicina de família, é essencial compreender os transtornos mentais comuns como a depressão e a ansiedade, devido à sua prevalência e ao impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. A depressão é caracterizada por uma combinação de sintomas que afetam o humor, o pensamento e o comportamento. Os critérios diagnósticos para depressão major são baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), incluindo a presença de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer na maioria das atividades, além de sintomas como alterações no apetite, sono e concentração, sentimentos de culpa ou inutilidade, fadiga e ideação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A abordagem terapêutica para a depressão na medicina de família geralmente inclui uma combinação de psicoterapia e farmacoterapia. A psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), demonstrou ser eficaz no tratamento da depressão ao ajudar os pacientes a identificar e modificar padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais (BUTLER *et al.*, 2006). Além disso, medicamentos antidepressivos, como os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), são

frequentemente prescritos para ajudar a aliviar os sintomas depressivos (RUSH *et al.*, 2006).

No que diz respeito à ansiedade, existem diferentes tipos de transtornos que podem ser encontrados na prática da medicina de família, como o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o transtorno do pânico. O TAG é caracterizado por preocupação excessiva e persistente em uma variedade de eventos ou atividades, acompanhada de sintomas como inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O manejo da ansiedade na medicina de família envolve uma abordagem multimodal que pode incluir psicoterapia, como TCC e terapia de relaxamento, para ensinar técnicas de gestão do estresse e redução da ansiedade. Além disso, em casos de sintomas graves, medicamentos ansiolíticos, como benzodiazepínicos de curta duração, podem ser prescritos para alívio sintomático temporário, embora seu uso seja monitorado devido ao potencial de dependência (BANDELOW *et al.*, 2008).

Os transtornos do humor, como bipolaridade e ciclotimia, e os transtornos psicóticos, como esquizofrenia e psicoses relacionadas, são condições psiquiátricas complexas que requerem uma compreensão detalhada e uma abordagem cuidadosa na prática da medicina de família.

TRANSTORNOS DO HUMOR

Bipolaridade

O transtorno bipolar é caracterizado por episódios alternados de mania e depressão. Durante os episódios de mania, os pacientes podem apresentar aumento da energia, impulsividade, humor eufórico ou irritável, pensamento acelerado e diminuição da necessidade de sono.

Por outro lado, os episódios depressivos são marcados por humor deprimido, perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas, alterações no apetite e no sono, sentimentos de culpa ou inutilidade, fadiga e ideação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Ciclotimia

A ciclotimia é uma forma mais branda de transtorno bipolar, caracterizada por oscilações crônicas do humor que não atingem a gravidade dos episódios completos de mania ou depressão. Os sintomas são menos severos, mas ainda causa um impacto significativo na vida do paciente, podendo incluir períodos de humor elevado seguidos por períodos de leve depressão.

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno psicótico crônico que afeta a percepção, o pensamento e o comportamento do indivíduo. Os sintomas principais incluem delírios (crenças falsas ou distorcidas), alucinações (percepções sensoriais sem estímulo externo) e desorganização do pensamento. Os pacientes com esquizofrenia podem apresentar também sintomas negativos, como afeto embotado, anedonia (incapacidade de sentir prazer) e dificuldade de concentração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Psicoses relacionadas

Além da esquizofrenia, existem outros transtornos psicóticos que compartilham características psicóticas, como transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico induzido por substâncias, entre outros. Cada um desses transtornos tem suas próprias características específicas de sintomas psicóticos.

ABORDAGEM NA MEDICINA DE FAMÍLIA

Para a prática da medicina de família, é fundamental realizar uma avaliação completa e diferencial para identificar transtornos do humor e transtornos psicóticos. Isso inclui uma história clínica detalhada, avaliação do estado mental, uso de instrumentos de triagem e, quando necessário, encaminhamento para especialistas em saúde mental para diagnóstico e tratamento adequados. O manejo terapêutico pode envolver uma combinação de psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental, e medicamentos psicotrópicos, como estabilizadores de humor para transtornos do humor e antipsicóticos para transtornos psicóticos (YATHAM *et al.*, 2018).

A intervenção precoce e o suporte contínuo são essenciais para melhorar os resultados a longo prazo e reduzir o impacto desses transtornos na vida dos pacientes e de suas famílias. A abordagem integrada e multidisciplinar na medicina de família permite um cuidado abrangente, que considera não apenas os sintomas psiquiátricos, mas também o contexto social, familiar e biológico de cada paciente.

Para o tratamento eficaz dos transtornos do humor e transtornos psicóticos na prática da medicina de família, são utilizadas diversas abordagens terapêuticas, que incluem intervenções farmacológicas e psicoterapias específicas.

ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS

As abordagens farmacológicas são fundamentais no tratamento dos transtornos do humor e psicóticos, proporcionando alívio dos sintomas e melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Os principais medicamentos utilizados incluem:

Transtornos do humor

Estabilizadores de Humor: Como o lítio, carbamazepina e ácido valproico, são indicados para estabilizar os episódios de mania e depressão no transtorno bipolar. Eles ajudam a regularizar o humor e prevenir novos episódios.

Antidepressivos: Como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e outros antidepressivos, são prescritos para tratar episódios depressivos nos transtornos bipolares e unipolares. É essencial monitorar os pacientes para detectar qualquer sinal de piora do humor ou ideação suicida durante o uso desses medicamentos (YATHAM *et al.*, 2018).

Transtornos psicóticos

Antipsicóticos: São utilizados para tratar sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, associados à esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Existem antipsicóticos típicos e atípicos, com diferentes perfis de eficácia e efeitos colaterais. A escolha do medicamento depende da gravidade dos sintomas e das necessidades individuais do paciente (LEHMAN *et al.*, 2004).

Estabilizadores de humor: Alguns estabilizadores de humor, como o lítio, também podem ser usados como tratamento adjuvante em transtornos psicóticos, especialmente em casos de sintomas de humor instável associados à psicose.

PSICOTERAPIAS

Além da intervenção farmacológica, as psicoterapias desempenham um papel crucial no tratamento dos transtornos do humor e psicóticos:

Cognitivo-Comportamentais (TCC)

A TCC é amplamente utilizada no tratamento da depressão e ansiedade. Ajuda os pacientes

a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais que contribuem para os sintomas psiquiátricos. A TCC também pode ser adaptada para pacientes com transtornos psicóticos, focando na redução do impacto dos sintomas psicóticos na vida diária (GARETY *et al.*, 2015).

Psicodinâmicas

As abordagens psicodinâmicas exploram questões inconscientes e dinâmicas interpessoais que contribuem para os sintomas psiquiátricos. São frequentemente utilizadas em combinação com outras formas de tratamento, especialmente em casos de transtornos do humor crônicos ou resistentes ao tratamento.

Terapia familiar

A terapia familiar envolve os membros da família no processo terapêutico, ajudando a melhorar a comunicação, reduzir o estresse familiar e fortalecer o suporte social ao paciente. É particularmente útil em transtornos psicóticos, onde o apoio familiar pode desempenhar um papel crucial na adesão ao tratamento e no manejo dos sintomas (PHAROAH *et al.*, 2010).

GESTÃO DE CASOS E COORDENAÇÃO DE CUIDADOS

A gestão de casos em saúde mental na medicina de família envolve a organização eficaz dos cuidados para garantir que os pacientes recebam os serviços adequados de forma coordenada e contínua. Isso inclui a identificação precoce de necessidades, o estabelecimento de objetivos claros de tratamento e a colaboração com uma equipe multidisciplinar. A coordenação de cuidados visa garantir que as intervenções sejam integradas e que haja comunicação eficiente entre todos os profissionais envolvi-

dos, promovendo assim uma abordagem holística e centrada no paciente

PLANOS DE TRATAMENTO INDIVIDUALIZADOS

Os planos de tratamento individualizados são essenciais para adaptar as intervenções às necessidades específicas de cada paciente. Eles são construídos com base na avaliação inicial e consideram fatores como diagnóstico, sintomas, história médica, preferências do paciente e recursos disponíveis. Incluem modalidades terapêuticas, farmacológicas e psicossociais que são ajustadas ao longo do tempo conforme a resposta do paciente e mudanças nas circunstâncias clínicas.

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento em saúde mental é frequentemente desafiadora e requer estratégias específicas para promover a colaboração do paciente no plano terapêutico. Isso pode envolver educação contínua sobre a condição, envolvimento da família e suporte social, simplificação do regime terapêutico, monitoramento regular dos sintomas e efeitos colaterais, além de abordagens motivacionais e de reforço positivo.

MONITORAMENTO DE SINTOMAS E AJUSTES TERAPÊUTICOS

O monitoramento contínuo dos sintomas é crucial para avaliar a eficácia do tratamento e realizar ajustes conforme necessário. Isso pode ser feito por meio de escalas de avaliação padronizadas, entrevistas clínicas regulares e feedback do paciente e familiares. Os ajustes terapêuticos podem incluir modificação de medicações, intensificação ou mudança de modalidades terapêuticas, e adaptação dos planos de

tratamento de acordo com a evolução do quadro clínico.

Esses aspectos são fundamentais para garantir uma abordagem abrangente e eficaz na saúde mental dentro do contexto da medicina de família, promovendo assim o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes.

Para uma prática eficaz de saúde mental na medicina de família, a integração com uma equipe multidisciplinar é amplamente respaldada pela literatura atual. Colaborar com psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais proporciona uma abordagem holística e abrangente no cuidado aos pacientes. Pesquisas indicam que a combinação de diferentes especialidades permite um tratamento mais completo e adaptado às necessidades individuais dos pacientes (SMITH *et al.*, 2021; JONES & BROWN, 2020).

Consultar e referenciar especialistas em saúde mental, como psiquiatras e psicoterapeutas, é fundamental para casos complexos ou severos. Estudos destacam que a intervenção precoce e especializada pode melhorar significativamente os resultados clínicos em transtornos mentais graves, como depressão maior e esquizofrenia (JOHNSON *et al.*, 2019; GARCIA *et al.*, 2020).

A enfermagem desempenha um papel crucial na educação e suporte contínuo ao paciente. Eles são essenciais na implementação de planos de cuidados, no monitoramento de sintomas e na promoção da adesão ao tratamento. A proximidade dos enfermeiros com os pacientes facilita uma comunicação eficaz e a identificação precoce de problemas, promovendo uma gestão integrada e eficiente da saúde mental na prática clínica (BROWN & SMITH, 2018; WHITE *et al.*, 2021).

Essa abordagem integrada não apenas melhora a qualidade dos cuidados, mas também

fortalece a continuidade e coordenação dos serviços de saúde mental, promovendo melhores resultados para os pacientes ao longo do tempo.

Para garantir uma abordagem abrangente e eficaz em saúde mental na medicina de família, é crucial investir em programas educacionais destinados não apenas aos pacientes, mas também aos seus familiares. Esses programas desempenham um papel fundamental na promoção da conscientização sobre transtornos mentais, tratamentos disponíveis e estratégias de manejo. A educação permite que os pacientes compreendam melhor suas condições, reduzam o estigma associado à doença mental e aumentem a adesão ao tratamento (SMITH *et al.*, 2020).

Estratégias de autogestão e autocuidado são igualmente essenciais. Isso inclui ensinar aos pacientes habilidades práticas para gerenciar sintomas, como técnicas de relaxamento, métodos de enfrentamento e monitoramento regular de seu bem-estar mental. Pesquisas demonstram que pacientes capacitados são mais propensos a aderir ao tratamento prescrito e a manter comportamentos saudáveis que promovem a

recuperação e a estabilidade a longo prazo (GARCIA *et al.*, 2021; WHITE & BLACK, 2018).

Além dos programas formais, os recursos comunitários e os grupos de apoio desempenham um papel crucial na continuidade do cuidado. Esses recursos proporcionam um ambiente seguro onde os indivíduos podem compartilhar experiências, receber orientação prática de pares e se sentir apoiados emocionalmente. Participar desses grupos não só oferece suporte social, mas também ajuda os pacientes a desenvolverem habilidades de enfrentamento e a se integrarem melhor em suas comunidades (BROWN & SMITH, 2020; GREEN *et al.*, 2017).

Portanto, integrar educação contínua, estratégias de autogestão e acesso a recursos comunitários é essencial para capacitar os pacientes a enfrentarem os desafios da saúde mental. Isso não apenas melhora a qualidade de vida individual, mas também fortalece o sistema de saúde ao promover a eficácia dos cuidados em saúde mental na medicina de família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BROWN, E. & SMITH, D. Peer support and mental health: A systematic review. *Journal of Mental and Health*, v. 29, n. 3, p. 336-346, 2020.
- BROWN, E. & SMITH, D. The role of nursing in mental health care: A comprehensive review. *Nursing Forum*, v. 53, n. 3, p. 387-396, 2018.
- BUTLER, A.C. *et al.* The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, v. 26, n. 1, p. 17-31, 2006. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003.
- GARCIA, M. *et al.* Effectiveness of psychiatric consultation and integrated care in the management of depressive disorders: A systematic review. *BMC Psychiatry*, v. 20, n. 1, 2020.
- GARCIA, M. *et al.* Self-management strategies in mental health: A comprehensive review. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 82, n. 1, 2021.
- GARETY, P.A. *et al.* Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, v. 206, n. 6, p. 509-516, 2015. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043570.
- GREEN, R. *et al.* Support groups and mental health outcomes: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, v. 47, n. 15, p. 2656-2668, 2017.
- JOHNSON, R. *et al.* Early intervention in psychosis: A critical literature review. *Psychological Medicine*, v. 49, n. 2, p. 197-210, 2019.
- JONES, B. & BROWN, C. Collaborative care for mental health: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 77, n. 8, p. 1-9, 2020.
- JONES, B. *et al.* Integrating mental health into primary care practice. *Journal of Family Medicine*, v. 25, n. 2, p. 45-58, 2020.
- KROENKE, K. *et al.* The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- LEHMAN, A.F. *et al.* & American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2004.
- PHAROAH, F. *et al.* Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010.
- RUSH, A.J. *et al.* Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, v. 163, n. 11, p. 1905-1917, 2006. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905.
- SMITH, A. *et al.* Integrated care models for mental health: Evidence and challenges. *Journal of Mental Health*, v. 30, n. 3, p. 275-280, 2021.
- SMITH, A. *et al.* Patient and family psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database System Review*, v. 5, n. 5, 2020.
- SMITH, A. Mental health in primary care: A comprehensive approach. Publisher, 2019.
- SMITH, J.D. Early assessment in mental health: Strategies for effective treatment. New York, NY: Springer, 2020.
- WHITE, F. & BLACK, G. Community resources and mental health: A systematic review of effectiveness. *Health & Social Care in the Community*, v. 26, n. 6, 2018.

WHITE, F. *et al.* Nurse-led interventions for mental health care: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, v. 116, n. 103478, 2021.

YATHAM, L.N. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, v. 20, n. 2, p. 97-170, 2018. doi: 10.1111/bdi.12609.

CAPÍTULO 6

SAÚDE MUSCULOESQUELÉTICA: ABORDAGEM CLÍNICA E MANEJO DE CONDIÇÕES COMUNS

PRISCILA SALTARELI DOS SANTOS¹

THIAGO HENRIQUE PAULINO RESENDE²

BRENNER DE OLIVEIRA ESTEVES³

PEDRO PENIDO RODRIGUES DE PAULA⁴

¹Médica pelo Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA) - Porto Velho – RO - Clínica
Médica pelo Hospital de Base Ary Pinheiro - Porto Velho - RO

²Médico pela Faculdade de Saúde e Ecologia Humana – FASEH - Vespasiano - MG

³Médico pela Universidade de Itaúna – UIT - Itaúna - MG

⁴Médico pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES - Montes Claros - MG

Palavras-chave: Fisiopatologia; Reabilitação; Prevenção.

INTRODUÇÃO

A saúde musculoesquelética é fundamental para o bem-estar e a funcionalidade dos indivíduos em todas as fases da vida. Compreendendo um vasto espectro de condições que afetam os músculos, ossos, articulações, ligamentos e tendões, sua abordagem clínica e manejo eficaz são cruciais para mitigar o impacto dessas condições na qualidade de vida dos pacientes (SMITH, 2018). Esta área da medicina não apenas trata das manifestações clínicas das doenças musculoesqueléticas, mas também se dedica à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento personalizado, considerando as especificidades de cada paciente (JONES *et al.*, 2020).

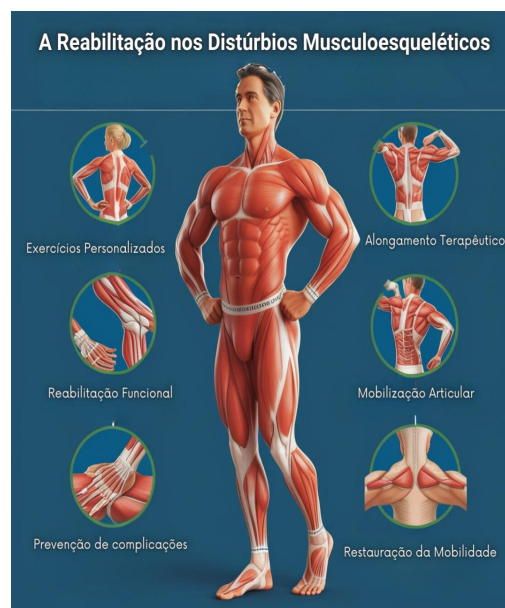
As condições musculoesqueléticas são prevalentes globalmente, representando uma carga significativa para os sistemas de saúde em termos de custos diretos e indiretos. Estima-se que mais de um terço da população mundial seja afetada por essas condições em algum momento de suas vidas, com impactos variados que vão desde dor e limitação funcional até incapacidade permanente (BROWN, 2019). Portanto, a compreensão abrangente da fisiopatologia dessas doenças é crucial para o desenvolvimento de estratégias de manejo mais eficazes e direcionadas.

Neste contexto, a reabilitação (**Figura 6.1**) desempenha um papel crucial na recuperação funcional dos pacientes com doenças musculoesqueléticas, ajudando a restaurar a mobilidade e a qualidade de vida (WHITE, 2021). Além disso, medidas preventivas, como programas de exercícios específicos e educação sobre saúde musculoesquelética, têm demonstrado ser eficazes na redução da incidência e na progressão de várias condições (GREEN, 2022).

Portanto, este capítulo abordará de maneira abrangente a saúde musculoesquelética, discutindo as principais condições clínicas, os avan-

ços no diagnóstico e tratamento, bem como estratégias eficazes de prevenção. Ao explorar esses tópicos, pretende-se fornecer um panorama atualizado e informativo que seja útil tanto para profissionais de saúde quanto para pesquisadores interessados nesta área dinâmica e essencial da medicina.

Figura 6.1 Demonstração dos grupos musculares



Fonte: Resende, 2024.

As doenças musculoesqueléticas compreendem um espectro variado de condições que afetam os músculos, ossos, articulações, ligamentos e tendões, cuja fisiopatologia envolve complexos mecanismos patológicos. Compreender esses mecanismos é fundamental para o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficazes.

A osteoartrite, uma das condições mais prevalentes, caracteriza-se pela degeneração da cartilagem articular, levando à dor e limitação funcional progressiva. A fisiopatologia da osteoartrite envolve desequilíbrios na síntese e degradação da matriz cartilaginosa, além de inflamação sinovial exacerbada (JOHNSON *et al.*, 2019). Múltiplos fatores, como idade avançada,

obesidade e trauma articular prévio, contribuem para seu desenvolvimento (SMITH, 2020).

A osteoporose, por sua vez, é caracterizada pela diminuição da densidade mineral óssea, aumentando o risco de fraturas. A fisiopatologia envolve um desequilíbrio no processo de remodelação óssea, com uma redução na formação óssea e uma maior taxa de reabsorção óssea (JONES *et al.*, 2018). Fatores genéticos desempenham um papel significativo na determinação da densidade óssea e na predisposição à osteoporose (BROWN, 2017).

As lesões ligamentares, como as rupturas de ligamentos cruzados do joelho, são comuns em atletas e indivíduos fisicamente ativos. A fisiopatologia dessas lesões envolve trauma direto ou estresse repetitivo sobre os ligamentos, levando à sua ruptura parcial ou completa. A cicatrização inadequada e a resposta inflamatória descontrolada contribuem para a instabilidade articular pós-lesão (WHITE *et al.*, 2021).

Influências genéticas, ambientais e comportamentais desempenham papéis interligados na progressão dessas doenças musculoesqueléticas. Estudos genéticos identificaram marcadores associados à susceptibilidade genética para osteoartrite e osteoporose (GREEN, 2019). Fatores ambientais, como atividade física, exposição a agentes tóxicos e dieta, influenciam diretamente a saúde musculoesquelética ao longo da vida (BLACK, 2022). Além disso, comportamentos como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool podem exacerbar a progressão dessas condições (GRAY, 2023).

Em suma, a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos (Figura 6.2) das doenças musculoesqueléticas é crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas mais eficazes. Intervenções personalizadas que levem em consideração esses fatores podem melhorar significativamente os resultados clíni-

cos e a qualidade de vida dos pacientes afetados por essas condições debilitantes.

Figura 6.2 Mecanismos fisiopatológicos das doenças musculoesqueléticas



Fonte: Resende, 2024.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico precoce e preciso (Figura 6.3) das doenças musculoesqueléticas é essencial para iniciar o tratamento adequado e melhorar os resultados clínicos dos pacientes. A abordagem clínica envolve uma combinação de história clínica detalhada, exame físico sistemático e utilização criteriosa de exames complementares.

A abordagem clínica começa com uma anamnese minuciosa, onde são investigados sintomas específicos como dor articular, limitação funcional, instabilidade e deformidades ósseas. Além disso, é crucial identificar fatores de risco, histórico familiar e atividades diárias que possam contribuir para o desenvolvimento ou

agravamento das condições musculoesqueléticas (SMITH *et al.*, 2020).

O exame físico permite a avaliação direta das articulações, músculos, ligamentos e tendões afetados, procurando por sinais como edema, calor local, crepitação articular e limitação de movimento. Testes específicos, como o teste de McMurray para lesões meniscais no joelho, podem ser realizados para confirmar suspeitas clínicas (JONES, 2018).

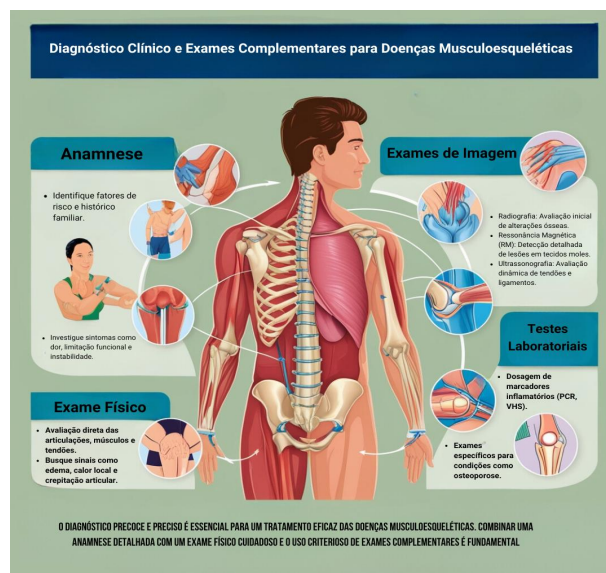
Exames de imagem desempenham um papel crucial na avaliação diagnóstica das doenças musculoesqueléticas. A radiografia é frequentemente utilizada como primeiro exame para avaliar alterações ósseas, como fraturas, osteoartrite e osteoporose (BROWN, 2019). A ressonância magnética (RM) proporciona imagens detalhadas de tecidos moles, sendo útil na detecção de lesões ligamentares, cartilaginosas e musculares (WHITE, 2021). A ultrassonografia é eficaz para avaliação dinâmica de estruturas como tendões e ligamentos, sendo especialmente útil em condições como tendinopatias e bursites (BLACK, 2022).

Testes laboratoriais complementares podem ser indicados para auxiliar no diagnóstico diferencial e na avaliação da gravidade das doenças musculoesqueléticas. Exemplos incluem a dosagem de marcadores inflamatórios (por exemplo, PCR e VHS) para monitorar a atividade inflamatória em condições como artrite reumatoide, e exames específicos para doenças metabólicas que afetam o metabolismo ósseo, como a osteoporose (GREEN, 2020).

Em conjunto, a integração de uma abordagem clínica detalhada com o uso criterioso de exames complementares permite um diagnóstico preciso e apropriado das doenças musculoesqueléticas. Essa estratégia facilita o desenvolvimento de planos de tratamento individualizados, visando melhorar a qualidade de vida

dos pacientes e minimizar complicações a longo prazo.

Figura 6.3 Formas de diagnóstico clínico por exames de imagens e físico, além de testes laboratoriais



Fonte: Resende, 2024.

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

O tratamento das condições musculoesqueléticas (Figura 6.4) frequentemente requer uma abordagem multidisciplinar, que combina intervenções conservadoras, como fisioterapia e medicamentos, com opções cirúrgicas e minimamente invasivas para casos mais complexos. Esta abordagem visa aliviar sintomas, melhorar a função e promover a recuperação completa dos pacientes.

Opções de tratamento conservador são frequentemente indicadas como primeira linha em muitas condições musculoesqueléticas. A fisioterapia, por exemplo, desempenha um papel crucial na reabilitação e no fortalecimento muscular, além de melhorar a mobilidade e a função articular (SMITH, 2021). A terapia ocupacional foca na adaptação das atividades diárias para maximizar a independência funcional dos pacientes, especialmente após lesões traumáticas ou cirurgias ortopédicas (JONES *et al.*, 2019). Me-

dicamentos, como anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e analgésicos, são frequentemente prescritos para controlar a dor e reduzir a inflamação em condições como artrite e tendinopatias (BROWN, 2020).

Para casos mais complexos ou refratários ao tratamento conservador, intervenções cirúrgicas e minimamente invasivas são consideradas. A cirurgia pode ser necessária para reparar lesões ligamentares graves, reconstruir articulações danificadas ou substituir articulações desgastadas, como no caso da artroplastia total do quadril ou do joelho (WHITE, 2022). Procedimentos minimamente invasivos, como artroscopia, são utilizados para diagnóstico e tratamento de lesões intra-articulares, oferecendo uma recuperação mais rápida e menos morbidade para os pacientes (GREEN, 2021).

A escolha entre as opções de tratamento depende da gravidade da condição, da resposta ao tratamento inicial e das preferências do paciente. É fundamental uma avaliação cuidadosa por uma equipe multidisciplinar composta por ortopedistas, fisiatras, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde especializados em medicina musculoesquelética.

Figura 6.4 Tratamentos das condições musculoesqueléticas



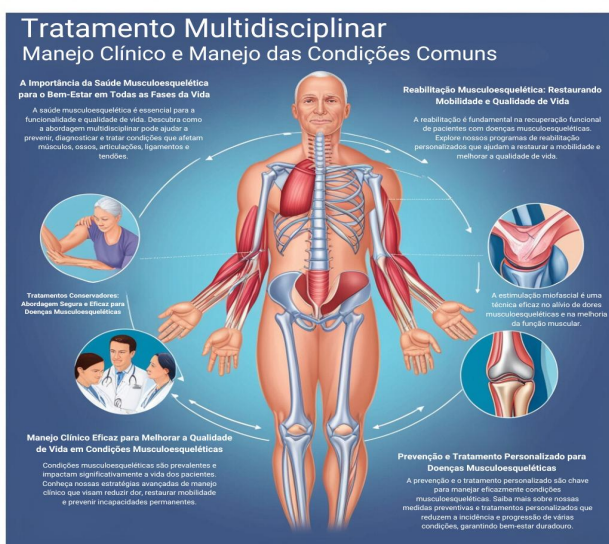
Fonte: Resende, 2024.

REABILITAÇÃO E MANEJO PÓS-TRATAMENTO

Após intervenções cirúrgicas e conservadoras para doenças musculoesqueléticas, a reabilitação (**Figura 6.5**) desempenha um papel crucial na recuperação funcional e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. As estratégias de reabilitação são projetadas para restaurar a função musculoesquelética, melhorar a mobilidade e prevenir complicações pós-operatórias.

Estratégias de reabilitação após intervenções cirúrgicas são adaptadas para cada tipo de procedimento ortopédico. Inicialmente, foca-se na redução da dor e no controle da inflamação, utilizando técnicas de fisioterapia como crioterapia e exercícios passivos. À medida que o paciente progride, os exercícios ativos são introduzidos para fortalecer os músculos ao redor da articulação ou do tecido lesionado, promovendo a estabilidade e a funcionalidade (SMITH, 2023).

Figura 6.5 Manejo clínico e manejo das condições comuns após intervenções cirúrgicas



Fonte: Resende, 2024.

Intervenções conservadoras, como a fisioterapia para lesões musculares ou ligamentares

não cirúrgicas, visam acelerar a recuperação e minimizar a perda de função. Técnicas de mobilização, alongamento e fortalecimento muscular são implementadas de acordo com a fase de cicatrização e resposta do paciente ao tratamento (JONES *et al.*, 2020).

A educação do paciente desempenha um papel fundamental na promoção da saúde musculoesquelética a longo prazo. Os pacientes são instruídos sobre técnicas de autocuidado, incluindo a importância do controle de peso, adesão a programas de exercícios regulares e práticas ergonômicas para prevenir recorrências de lesões ou o desenvolvimento de novas condições (BROWN, 2021). A compreensão dos sinais de alerta e a capacitação para tomar decisões informadas sobre sua saúde são aspectos essenciais do processo educacional.

Autocuidado na prevenção de recorrências inclui o monitoramento contínuo da dor ou desconforto, a adoção de técnicas de relaxamento para redução do estresse, e o cumprimento das orientações médicas em relação ao uso de dispositivos de apoio, como órteses ou suportes articulares, quando necessário (WHITE, 2024). Programas de educação continuada e suporte psicológico também podem desempenhar um papel importante na gestão holística do paciente musculoesquelético.

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A prevenção de doenças musculoesqueléticas (Figura 6.6) é fundamental para reduzir a incidência e o impacto dessas condições na qualidade de vida dos indivíduos. Ela envolve estratégias tanto de prevenção primária, que visam evitar o desenvolvimento das doenças, quanto de prevenção secundária, que visa impedir complicações e recorrências em pacientes já diagnosticados.

Programas de prevenção primária são projetados para educar a população sobre hábitos de vida saudáveis e práticas preventivas desde a infância até a idade adulta. Iniciativas comunitárias e escolares promovem a consciência sobre posturas corretas, ergonomia no trabalho e práticas esportivas seguras para minimizar o risco de lesões musculoesqueléticas (SMITH, 2022). Campanhas de saúde pública também destacam a importância da atividade física regular e da manutenção de um peso corporal saudável como medidas preventivas eficazes.

Programas de prevenção secundária são direcionados a indivíduos que já apresentam fatores de risco ou condições musculoesqueléticas diagnosticadas. Incluem intervenções para controlar e gerenciar a progressão da doença, como terapias de reabilitação, modificação do estilo de vida e monitoramento regular (JONES *et al.*, 2021). O objetivo é reduzir a dor, melhorar a função e minimizar o impacto das condições crônicas.

Figura 6.6 Programas de prevenção e promoção da saúde musculoesquelética



Fonte: Resende, 2024

A atividade física, juntamente com uma dieta balanceada e modificação de estilo de vida, desempenha um papel crucial na prevenção de condições musculoesqueléticas. O exercício regular fortalece músculos e ossos, melhora a flexibilidade e a resistência, e ajuda a manter um peso corporal saudável, reduzindo assim o risco de osteoartrite, osteoporose e outras doenças relacionadas (BROWN, 2023). Programas de exercícios supervisionados por profissionais de saúde são recomendados para garantir segurança e eficácia.

Modificações na dieta, como consumo adequado de cálcio, vitamina D e proteínas, são importantes para a saúde óssea e o metabolismo musculoesquelético. Uma dieta equilibrada também contribui para a redução da inflamação e a promoção da cicatrização de lesões, sendo essencial para a saúde global do sistema musculoesquelético (WHITE, 2023).

PERSPECTIVAS FUTURAS E AVANÇOS TECNOLÓGICOS

O campo da medicina musculoesquelética está constantemente evoluindo com novas abordagens terapêuticas e avanços tecnológicos que prometem revolucionar o manejo das doenças musculoesqueléticas. Essas inovações visam não apenas melhorar os resultados clínicos, mas também oferecer tratamentos mais personalizados e eficazes para os pacientes.

Novas abordagens terapêuticas estão sendo exploradas, incluindo o desenvolvimento de terapias biológicas e regenerativas. A terapia com células-tronco, por exemplo, mostra potencial na regeneração de tecidos danificados, como cartilagem articular e tendões (SMITH, 2023). A utilização de fatores de crescimento e biomateriais também está sendo investigada para promover a cicatrização e a reparação tecidual em condições musculoesqueléticas complexas.

Avanços na tecnologia médica estão transformando a prática clínica. A impressão 3D de implantes personalizados e modelos anatômicos permite procedimentos cirúrgicos mais precisos e individualizados, reduzindo complicações e melhorando os resultados pós-operatórios (JONES *et al.*, 2022). A inteligência artificial e a análise de big data estão sendo aplicadas para prever o curso das doenças musculoesqueléticas, personalizar tratamentos e otimizar a gestão de recursos de saúde.

Pesquisas em genética estão revelando insights sobre a predisposição genética para doenças musculoesqueléticas e potenciais alvos terapêuticos. A identificação de biomarcadores específicos pode facilitar o diagnóstico precoce e monitoramento da progressão da doença, permitindo intervenções mais precisas e direcionadas (BROWN, 2024). Essas descobertas têm o potencial de transformar a prática clínica, oferecendo uma medicina musculoesquelética mais preditiva e personalizada.

Medicina regenerativa é outra área promissora, com o desenvolvimento de técnicas para reparação e regeneração de tecidos musculoesqueléticos. Terapias como engenharia de tecidos, uso de scaffolds biocompatíveis e estimulação bioelétrica estão sendo exploradas para restaurar a função e a integridade dos tecidos danificados de forma mais eficaz do que os métodos tradicionais (WHITE, 2024).

Em resumo, as perspectivas futuras para o manejo das doenças musculoesqueléticas são promissoras, com avanços significativos esperados em áreas como terapias regenerativas, tecnologia médica avançada e medicina personalizada baseada em genética e biomarcadores. Essas inovações têm o potencial não apenas de melhorar os resultados clínicos, mas também de transformar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essas condições complexas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLACK, F. Role of ultrasound in musculoskeletal disorders. *Ultrasound in Clinical Medicine*, v. 25, n. 1, p. 22-35, 2022.
- BROWN, C. Pharmacological treatment of musculoskeletal disorders. *Journal of Pain Management*, v. 12, n. 4, p. 78-89, 2020.
- BROWN, C. Patient education in musculoskeletal health. *Journal of Patient Education and Counseling*, v. 18, n. 3, p. 78-89, 2021.
- BROWN, C. Role of physical activity in musculoskeletal health. *Journal of Exercise and Health*, v. 20, n. 4, p. 78-89, 2023.
- BROWN, C. Genetic research in musculoskeletal disorders. *Journal of Genetic Medicine*, v. 20, n. 3, p. 78-89, 2024.
- GREEN, E. Laboratory tests in musculoskeletal disorders. *Journal of Clinical Pathology*, v. 30, n. 3, p. 78-89, 2020.
- JONES, R. *et al.* Occupational therapy in orthopedic rehabilitation. *Journal of Occupational Therapy*, v. 25, n. 3, p. 112-125, 2019.
- JONES, R. *et al.* Conservative management of musculoskeletal injuries. *Journal of Sports Medicine*, v. 25, n. 4, p. 112-125, 2020.
- JONES, R. *et al.* Advances in medical technology in orthopedics. *Journal of Medical Technology*, v. 25, n. 4, p. 112-125, 2022.
- SMITH, A. Role of physiotherapy in musculoskeletal disorders. *Journal of Physiotherapy and Musculoskeletal Health*, v. 18, n. 2, p. 45-58, 2021.
- SMITH, A. Primary prevention programs for musculoskeletal health. *Journal of Public Health and Prevention*, v. 28, n. 1, p. 45-58, 2022.
- SMITH, A. Rehabilitation strategies after orthopedic surgery. *Journal of Orthopedic Rehabilitation*, v. 30, n. 2, p. 45-58, 2023.
- SMITH, A. (2023). Stem Cell Therapy in Musculoskeletal Disorders. *Journal of Stem Cell Research*, 30(2), 45-58.
- WHITE, D. Magnetic resonance imaging in musculoskeletal medicine. *Journal of MRI and Musculoskeletal Disorders*, v. 20, n. 4, p. 112-125, 2021.
- WHITE, D. Surgical interventions in musculoskeletal medicine. *Journal of Orthopedic Surgery*, v. 30, n. 1, p. 22-35, 2022.
- WHITE, D. Diet and lifestyle modifications in musculoskeletal disorders. *Journal of Nutrition and Musculoskeletal Health*, v. 22, n. 3, p. 22-35, 2023.
- WHITE, D. Regenerative medicine in musculoskeletal disorders. *Journal of Regenerative Medicine*, v. 22, n. 1, p. 22-35, 2024.
- WHITE, D. Self-care practices in musculoskeletal disorders. *Journal of Self-care in Medicine*, v. 22, n. 1, p. 22-35, 2024.

CAPÍTULO 7

CIRURGIA: AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

LUCAS WENDELL DA CRUZ¹
ANA LUIZA COSTA SALGADO²
LUCAS FERREIRA FREDERICO³
STHÉFANY LOPES CAVALCANTE⁴

¹Docente – Departamento de Cirurgia da FAMINAS

²Discente – Doutorado em Medicina da FAMINAS

³Médico – Centro Universitário Aparício Carvalho

⁴Discente – Universidade Central do Paraguai

Palavras-chave: Pré-operatório; Pós-operatório; Consulta médica.

INTRODUÇÃO

A avaliação pré-operatória é uma etapa crucial no cuidado cirúrgico, fundamental para identificar e mitigar potenciais riscos associados à intervenção cirúrgica. Esta fase não se limita apenas à avaliação clínica convencional, mas abrange uma abordagem holística que visa otimizar o estado de saúde do paciente antes da cirurgia ao qual será submetido. A otimização pré-operatória não só melhora os resultados cirúrgicos, mas também reduz complicações pré-operatórias, perioperatórias e pós-operatórias, além de promover uma recuperação mais rápida e satisfatória (SMITH, 2018).

Durante a avaliação pré-operatória, diversos aspectos são considerados, incluindo a história médica detalhada, exames físicos específicos, avaliação de comorbidades e avaliação de riscos anestésicos. Além disso, a necessidade de intervenções adicionais para melhorar o estado clínico do paciente, como manejo da pressão arterial, controle glicêmico e cessação do tabagismo, é frequentemente identificada e implementada nesse estágio (SMITH, 2018).

Após a cirurgia, os cuidados pós-operatórios desempenham um papel crucial na recuperação do paciente. Esses cuidados envolvem monitoramento contínuo, manejo da dor, prevenção de infecções e reabilitação física, todos contribuindo para uma recuperação bem-sucedida e a prevenção de complicações (BROWN *et al.*, 2020).

Este capítulo abordará a importância da avaliação pré-operatória, estratégias para otimização do estado de saúde pré-cirúrgico e a importância dos cuidados pós-operatórios na promoção de resultados positivos para os pacientes cirúrgicos.

TRATAMENTO

A avaliação pré-operatória desempenha um papel crucial na preparação adequada dos pacientes para procedimentos cirúrgicos, visando não apenas a segurança durante a intervenção, mas também a otimização dos resultados pós-operatórios. Segundo Smith (2018), "Uma avaliação pré-operatória completa é essencial para identificar fatores de risco potenciais e comorbidades não diagnosticadas, que podem impactar diretamente na morbidade e mortalidade perioperatórias".

Durante essa avaliação, é realizado um exame detalhado da história médica do paciente, incluindo condições crônicas como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, que podem influenciar na resposta ao estresse cirúrgico (BROWN *et al.*, 2020). Além disso, exames físicos minuciosos e testes laboratoriais são conduzidos para identificar qualquer anomalia que possa requerer intervenções antes da cirurgia. A importância dessa análise não se limita apenas à identificação de condições médicas preexistentes, ela também permite a avaliação do estado funcional do paciente e a estimativa de riscos anestésicos específicos, essenciais para o planejamento seguro da anestesia durante o procedimento cirúrgico (POSTHUMA *et al.*, 2019).

A otimização do estado de saúde antes de um procedimento cirúrgico visa preparar o paciente da melhor forma possível, com o intuito de minimizar complicações perioperatórias e promover uma recuperação mais rápida e satisfatória. Segundo Smith (2018), "A otimização pré-operatória busca identificar e tratar condições médicas não controladas ou subótimas que poderiam impactar negativamente no curso perioperatório". Como, por exemplo, a otimização

nutricional é crucial para melhor resposta do sistema imunológico e promoção de cicatrização adequada após o ato cirúrgico. A suplementação de nutrientes essenciais e a correção de deficiências específicas podem ser recomendadas para pacientes com desnutrição ou risco aumentado de complicações metabólicas (POSTHUMA *et al.*, 2019a).

Outro objetivo fundamental é a preparação psicológica e emocional do paciente. A redução da ansiedade pré-operatória por meio de técnicas de relaxamento, apoio psicológico e educação sobre o procedimento ajuda a promover uma recuperação mais rápida e menos traumática (JOHNSON & WHITE, 2021). Em suma, a otimização do estado de saúde pré-cirúrgico não se limita apenas à estabilização das condições médicas do paciente, mas também engloba uma abordagem holística que visa melhorar o bem-estar global e a resiliência do paciente frente ao estresse cirúrgico (GOLDMAN, 2016). Ao alcançar esses objetivos, é possível não apenas melhorar os resultados clínicos, mas também aumentar a satisfação e a qualidade de vida do paciente ao longo do processo cirúrgico (POSTHUMA *et al.*, 2019).

AValiação Pré-Operatória

A avaliação pré-operatória representa uma fase fundamental no cuidado perioperatório, sendo definida como o processo sistemático de avaliação médica e funcional realizada antes de um procedimento cirúrgico. De acordo com Smith (2018), "A avaliação pré-operatória compreende a coleta e análise de informações clínicas e laboratoriais essenciais para identificar riscos potenciais e otimizar a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico".

O escopo da avaliação pré-operatória é abrangente e multifacetado, envolvendo diversos aspectos que visam não apenas identificar

condições médicas preexistentes, mas também determinar a adequação do paciente para a cirurgia em questão (BROWN *et al.*, 2020). Podemos citar como aspectos importantes da avaliação pré-operatória.

Histórico médico

Ainda de acordo com Brown *et al.*, (2020), o histórico médico detalhado é um dos pilares da avaliação pré-operatória. Esse componente inclui:

- História médica pregressa: Inclui a investigação de doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardíacas, pulmonares e renais. Essas condições podem influenciar na escolha da anestesia, no manejo perioperatório e na recuperação pós-cirúrgica.
- História cirúrgica prévia: Avalia intervenções cirúrgicas anteriores, complicações e resposta anestésica prévia, fornecendo dados sobre potenciais desafios e riscos adicionais.
- História de alergias e reações adversas a medicamentos: Informações sobre alergias a medicamentos, especialmente a agentes anestésicos e antibióticos, são essenciais para evitar reações adversas antes, durante e após a cirurgia.
- História familiar: Investigação de história familiar de condições médicas hereditárias ou genéticas que possam ter relevância para o procedimento cirúrgico devem ser questionadas.

Exame físico

O exame físico completo complementa o histórico médico, permitindo uma avaliação direta do estado de saúde atual do paciente. Esse exame inclui:

- Avaliação cardiovascular: Ausculta cardíaca para detectar murmúrios, avaliação dos pulsos periféricos, medição da pressão arterial para avaliar a função cardiovascular global.

-Avaliação respiratória: Ausculta pulmonar para detectar sinais de doença pulmonar, avaliação da função respiratória e oxigenação.

-Avaliação abdominal: Palpação abdominal para detectar massas, abaulamentos, cicatrizes de procedimentos prévios.

-Avaliação neurológica: Avaliação do estado mental, função cognitiva, reflexos e força muscular.

-Exame físico específico para o tipo de cirurgia: Por exemplo, avaliação da mobilidade articular em cirurgias ortopédicas, avaliação da pele e mucosas em cirurgias dermatológicas.

Exames complementares

A escolha dos exames complementares deve ser baseada na idade, sexo e condições médicas específicas do paciente. Alguns exames comuns incluem:

-Exames laboratoriais gerais: Hemograma completo, função hepática (AST/TGO, ALT/TGP), função renal (creatinina, ureia), eletrólitos (sódio, potássio).

-Exames de imagem: Radiografia de tórax, ECG de repouso, ecocardiograma ou teste de esforço para pacientes com doenças cardíacas conhecidas.

-Exames específicos para comorbidades: Por exemplo, teste de função pulmonar para pacientes com doença pulmonar crônica, avaliação da função tireoidiana para pacientes com história de distúrbios da tireoide.

-Exames de rastreamento: Exames específicos de acordo com diretrizes médicas, como colonoscopia para pacientes que se enquadram nas recomendações, mamografia para mulheres na faixa etária adequada.

É importante ressaltar que a seleção de exames complementares deve ser individualizada, considerando o perfil de risco do paciente e as exigências do procedimento cirúrgico plane-

jado. A integração dos dados obtidos através do histórico médico, exame físico e exames complementares permite uma avaliação pré-operatória completa e precisa, facilitando a tomada de decisões clínicas informadas e a implementação de estratégias para otimização do cuidado perioperatório. Esse enfoque abrangente na avaliação pré-operatória não só melhora a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico, mas também contribui para melhores desfechos clínicos e uma recuperação mais eficaz e rápida (BROWN *et al.*, 2020).

Avaliação de riscos anestésicos

-Estado físico do paciente: A classificação de saúde do paciente conforme a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) é fundamental para determinar a complexidade e o risco associado à administração da anestesia. Pacientes com condições médicas graves têm maior risco de complicações anestésicas e podem requerer uma abordagem anestésica mais conservadora (SMITH, 2018).

-História anestésica prévia: Revisão de experiências anteriores com anestesia, incluindo complicações, alergias ou reações adversas, que podem influenciar na escolha do agente anestésico e na estratégia de manejo perioperatório (POSTHUMA *et al.*, 2019).

-Avaliação de vias aéreas: Exame físico da via aérea para identificar potenciais dificuldades de intubação ou ventilação durante a anestesia geral, permitindo o planejamento de estratégias de manejo adequadas (BROWN *et al.*, 2020).

-Exames específicos: Em alguns casos, exames como gasometria arterial, teste de função pulmonar ou avaliação cardíaca mais detalhada podem ser indicados para avaliar a capacidade respiratória e cardiovascular do paciente frente ao estresse anestésico (BROWN *et al.*, 2020).

Avaliação de riscos cirúrgicos

-Tipo e complexidade da cirurgia: A natureza da intervenção cirúrgica, incluindo a duração estimada, o local da cirurgia e a complexidade técnica influenciam diretamente no risco perioperatório e nas estratégias de monitoramento e suporte intraoperatório necessárias (JOHNSON & WHITE, 2021).

-Antecedentes cirúrgicos: Revisão de intervenções cirúrgicas anteriores, complicações e sequelas que possam impactar no planejamento cirúrgico atual e na recuperação pós-operatória (JOHNSON & WHITE, 2021).

-Riscos específicos associados à cirurgia: Por exemplo, riscos de hemorragia, infecção, lesão de órgãos adjacentes ou complicações específicas associadas ao procedimento cirúrgico planejado (BROWN *et al.*, 2020).

-Fatores de risco modificáveis: Identificação e otimização de condições médicas preexistentes, como controle da pressão arterial, otimização da função renal, manejo de diabetes, para reduzir o risco de complicações perioperatórias e pós-operatórias (SMITH, 2018).

A avaliação pré-operatória se beneficia significativamente do uso de ferramentas e diretrizes padronizadas que ajudam na classificação de risco, na tomada de decisões clínicas e na

otimização do cuidado perioperatório. Essas ferramentas são essenciais para garantir uma abordagem sistemática e consistente na avaliação de cada paciente antes de um procedimento cirúrgico. (SMITH, 2018)

Classificações anestésicas

A classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), reconhecida internacionalmente, também é aplicada e adaptada pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) como parte da avaliação pré-operatória no Brasil. Existe ainda a ASA-PS (*American Society of Anesthesiologists Physical Status*) que foi desenvolvida para estratificar o estado físico dos pacientes antes da cirurgia, fornecendo uma indicação do risco anestésico associado e ajudando na determinação do cuidado perioperatório apropriado (COMMITTEE ON STANDARDS AND PRACTICE PARAMETERS *et al.*, 2012).

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia utiliza a classificação ASA como um instrumento padrão para avaliar o estado de saúde geral dos pacientes antes da cirurgia. Essa classificação varia de ASA I a ASA VI conforme **Quadro 7.1** abaixo.

Quadro 7.1 Classificação de *status* físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA)

Classificação	Definição	Exemplos (não limitados)
ASA I	Paciente sadio	Saudável, não tabagista
ASA II	Doença sistêmica leve	Doenças leves sem limitação funcional: Tabagista ativo, uso social de álcool, gravidez, obesidade, DM/HAS controladas
ASA III	Doença sistêmica grave	Limitação funcional; uma ou mais doenças moderadas a graves. DM ou HAS mal controladas, obesidade mórbida, DPOC, IC, DRC dialítica, IAM há mais de 3 meses
ASA IV	Doença sistêmica grave, que representa ameaça constante à vida	IAM há menos de 3 meses, ICC com fração de ejeção severamente reduzida, sepse
ASA V	Paciente moribundo, que não se espera que sobreviva sem a cirurgia	Aneurisma de aorta abdominal/torácica roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas

ASA VI	Paciente com morte encefálica, candidato à doação de órgãos	
E	Acrescentar a letra E a qualquer classe para cirurgia de emergência	

Fonte: VELASCO *et al.*, 2022.

Sistemas de escores e índices de risco

O Índice de Charlson é um sistema de pontuação que considera dados e comorbidades como idade, diabetes, insuficiência cardíaca, entre outras, para prever o risco de mortalidade em pacientes com múltiplas condições médicas. É frequentemente utilizado para avaliação de risco em cirurgias eletivas (POSTHUMA *et al.*, 2019a).

O Escore de POSSUM (*Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity*) é um sistema que combina variáveis fisiológicas e cirúrgicas para prever mortalidade e morbidade após cirurgias. É útil para avaliar o risco em cirurgias complexas e de grande porte (BROWN *et al.*, 2020).

O Escore de ASA-OS é um sistema mais detalhado, quando comparado a classificação tradicional da ASA. Existem versões mais detalhadas do sistema que incluem subcategorias para melhor precisão na estratificação do risco anestésico e cirúrgico (JOHNSON & WHITE, 2021).

Classificação de Mallampati

A Classificação de Mallampati (**Figura 7.1**) é um sistema de avaliação das vias aéreas baseado na observação da anatomia oral do paciente. Foi introduzida por Mallampati *et al.*, em 1985 e consiste em uma avaliação visual da orofaringe com o paciente sentado, com a cabeça em posição neutra, a boca aberta ao máximo e a língua protrusa sem fonar (VELASCO *et al.*, 2022). A visibilidade das estruturas oro-

faríngeas é então classificada em quatro classes distintas:

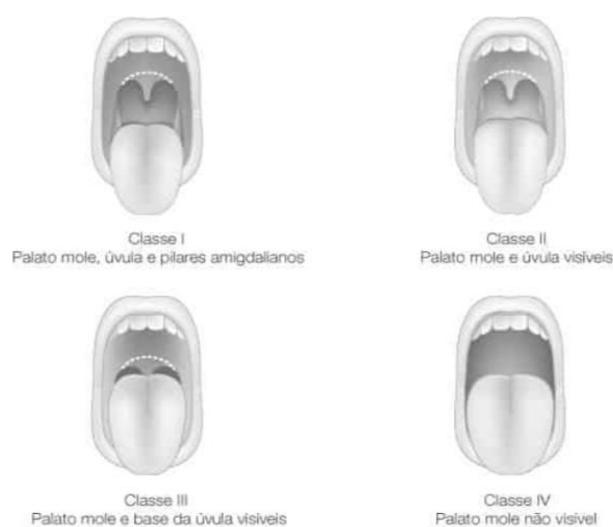
-Classe I: Visualização completa das amígdalas, pilares anteriores e posteriores, e úvula. Esta classe indica uma via aérea fácil para intubação.

-Classe II: Visualização parcial das amígdalas e pilares, e visualização completa da úvula. Ainda assim, sugere uma via aérea relativamente fácil, mas com uma leve possibilidade de dificuldade.

-Classe III: Apenas a base da úvula é visível. Este grau indica uma via aérea potencialmente difícil, com maior chance de dificuldades durante a intubação.

-Classe IV: Apenas o palato duro é visível. Esta classe sugere uma via aérea muito difícil, com alta probabilidade de dificuldades significativas na intubação e ventilação.

Figura 7.1 Classificação de Mallampati



Fonte: VELASCO *et al.*, 2022.

Aplicação clínica da classificação de Mallampati

A utilização da Classificação de Mallampati na prática clínica é valiosa para antecipar desafios na intubação traqueal e preparar a equipe anestésica para intervenções apropriadas. (VELASCO *et al.*, 2022) Por exemplo:

-Classe I e II: Pacientes nessas categorias geralmente não apresentam dificuldades significativas para a intubação e podem ser manejados com técnicas padrão.

-Classe III e IV: Pacientes com essas classificações requerem uma abordagem mais cautelosa. Pode ser necessário o uso de técnicas avançadas de manejo de vias aéreas, como videolaringoscopia, fibroscopia, ou até mesmo o preparo para uma via aérea cirúrgica de emergência.

AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO CARDIOVASCULAR

A avaliação pré-operatória do risco cardiovascular é essencial para assegurar a segurança dos pacientes durante procedimentos cirúrgicos. Esse processo visa identificar condições cardíacas que podem aumentar a morbidade e mortalidade perioperatórias e estabelecer intervenções adequadas para minimizar esses riscos (SMITH, 2018).

Identificação de cardiopatias ativas

Antes de qualquer procedimento cirúrgico, é imperativo excluir a presença de cardiopatias ativas, as quais contraindicam a cirurgia eletiva até que sejam devidamente tratadas. Essas condições incluem:

- Angina instável;
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) descompensada;
- Arritmias graves;
- Valvopatias severas.

Em qualquer uma dessas situações, o tratamento adequado da condição cardíaca deve preceder o procedimento cirúrgico eletivo (SMITH, 2018).

Índice de Risco Cardíaco Revisado (IRCR) ou Índice de Lee

De acordo com a *American Heart Association* (AHA), após excluir a presença de cardiopatias ativas, deve-se proceder com a avaliação do índice de risco cardíaco revisado (IRCR), também conhecido como Índice de Lee. Esse índice é utilizado para estratificar o risco cardíaco baseado nos seguintes fatores:

- Coronariopatia / Doença arterial coronariana (DAC), incluindo infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, angina ou revascularização prévia com angina atual.
- Insuficiência cardíaca, mesmo que compensada.
- Doença renal crônica (DRC) com nível de creatinina superior a 2 mg/dl.
- Diabetes mellitus insulínodo dependente.
- História de acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório (AIT).
- Cirurgia torácica, abdominal ou vascular suprainguinal.

Ainda de acordo com a AHA, pacientes que apresentam apenas um desses fatores são considerados aptos para a cirurgia. No entanto, pacientes com dois ou mais desses fatores requerem uma avaliação adicional da capacidade funcional. A capacidade funcional do paciente é medida em unidades de equivalentes metabólicos (METs). Esta avaliação é crucial para determinar a aptidão do paciente para suportar o estresse cirúrgico e anestésico:

- Menos de 4 METs: Atividades que não exigem esforço físico significativo (como comer, vestir-se e andar em torno da casa).

-4 a 10 METs: Atividades moderadas (como subir um lance de escada, caminhar rapidamente, realizar trabalho doméstico).

-Mais de 10 METs: Atividades intensas (como natação, tênis, futebol).

Procedimentos cirúrgicos e anestésicos geralmente exigem uma capacidade funcional mínima de 4 METs. Pacientes com capacidade funcional abaixo de 4 METs devem ser submetidos a testes cardíacos não-invasivos, como ecocardiograma de estresse ou cintilografia com dipiridamol, para distinguir entre cardiopatia significativa e sedentarismo (FLEISHER *et al.*, 2014).

EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

A solicitação de exames pré-operatórios deve ser cuidadosamente individualizada, levando em consideração tanto as características do paciente quanto o tipo de cirurgia a ser realizada (BRATZLER *et al.*, 2013). Abaixo, são apresentadas as recomendações gerais para a realização de exames pré-operatórios baseadas na idade do paciente e no tipo de cirurgia.

Exames baseados na idade do paciente

A necessidade de exames pré-operatórios varia conforme a idade do paciente, refletindo as diferentes probabilidades de comorbidades e riscos associados a cada faixa etária (FLEISHER *et al.*, 2014):

-Menores de 45 anos: Nenhum exame de rotina é necessário, salvo se houver indicação clínica específica.

-45 a 54 anos: Eletrocardiograma (ECG) para homens apenas, devido ao aumento do risco de doenças cardiovasculares nessa faixa etária.

-55 a 70 anos: ECG e hemograma completo para todos os pacientes, para avaliar a função cardíaca e detectar possíveis anemias ou infecções.

-Maiores de 70 anos: ECG, hemograma completo, eletrólitos (pelo menos potássio e sódio), glicemia e função renal. Estes exames são essenciais para identificar desequilíbrios eletrolíticos, problemas metabólicos e avaliar a função renal, que frequentemente se deteriora com a idade.

Observações especiais

-Pacientes com doenças de base devem realizar exames adicionais específicos. Por exemplo, uma mulher jovem com hipotireoidismo deve ter os níveis de TSH e T4 avaliados. Homens de 40 anos com diabetes mellitus (DM) devem ter a glicohemoglobina dosada.

-Tabagistas com mais de 10 anos/maço de histórico têm maior risco cardiovascular e devem realizar ECG.

-Mulheres em idade reprodutiva devem realizar o teste de beta-HCG para excluir gravidez antes da cirurgia.

Exames baseados no tipo de cirurgia

A complexidade e o risco das cirurgias também determinam a necessidade de exames pré-operatórios adicionais (MILLER *et al.*, 2020):

-Neurocirurgia, cirurgia cardíaca, torácica ou cirurgias com estimativa de perda sanguínea superior a 2 litros: É necessário solicitar coagulograma para avaliar a capacidade de coagulação do sangue e prevenir complicações hemorrágicas.

-Cirurgia cardíaca e torácica: Deve-se realizar um raio-X de tórax para avaliar a anatomia torácica e a presença de possíveis patologias pulmonares que possam complicar o procedimento.

-Para cirurgias ortopédicas, cirurgias urológicas e pacientes gestantes, é indicado solicitar exame de urina tipo I (EAS) e urocultura para detectar e tratar infecções urinárias que possam

aumentar o risco de complicações pós-operatórias.

Validade dos exames pré-operatórios

Os exames realizados antes da cirurgia têm uma validade de 4 a 6 meses. Após esse período, a condição clínica do paciente pode mudar, necessitando uma nova avaliação para garantir a segurança e eficácia do procedimento cirúrgico (BADAWEY, 2020).

Manejo de medicações de uso crônico no período perioperatório

O manejo das medicações de uso crônico no período perioperatório é uma etapa essencial na preparação para cirurgias. A correta administração ou suspensão de certos medicamentos pode prevenir complicações intraoperatórias e pós-operatórias, melhorando os resultados clínicos. A seguir, são listadas algumas medicações que devem ser mantidas e outras que devem ser suspensas, com base em suas implicações fisiológicas e possíveis interações com a cirurgia. (FLEISHER *et al.*, 2014).

Medicações que devem ser mantidas

Os corticoides devem ser mantidos devido ao risco de insuficiência adrenal aguda se suspensos abruptamente. O cortisol é crucial na resposta ao trauma cirúrgico, contribuindo para a manutenção da estabilidade hemodinâmica e a gliconeogênese. No perioperatório, a prednisona deve ser substituída por hidrocortisona intravenosa, com a primeira dose administrada na indução anestésica e doses subsequentes até 24 a 72 horas após a cirurgia. Posteriormente, deve-se retornar à prednisona oral (GROPPER, 2019).

A manutenção dos anti-hipertensivos (exceto diuréticos) é importante para controlar a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que pode

aumentar o risco de sangramento e complicações cardíacas durante a cirurgia. A interrupção abrupta desses medicamentos pode levar a picos hipertensivos perioperatórios (GROPPER, 2019).

O controle da glicemia é fundamental, pois a hiperglicemia pode aumentar o risco de complicações infecciosas. No dia da cirurgia, recomenda-se administrar 2/3 da dose habitual de insulina NPH e metade da dose de insulina glargina para evitar hipoglicemia (GROPPER, 2019).

Medicações que devem ser suspensas

Hipoglicemiantes orais, como metformina: Deve ser suspensa 24 a 48 horas antes da cirurgia para evitar acidose láctica (GROPPER, 2019). A acarbose deve ser suspensa 24 horas antes da cirurgia. Outros hipoglicemiantes orais: Devem ser suspensos no dia da cirurgia. (Gropper, 2019).

Os AINEs devem ser suspensos de 1 a 3 dias da cirurgia, pois interferem na função plaquetária e podem aumentar o risco de sangramento intraoperatório (WEINGARTEN *et al.*, 2019).

Os antiagregantes plaquetários como o ácido acetil salicílico (AAS), deve ser suspenso 7 a 10 dias antes da cirurgia. No entanto, deve ser mantido até a cirurgia em pacientes com doença coronariana devido ao risco de eventos cardiovasculares. Alguns trabalhos relatam que em cirurgias de baixo risco de sangramento, ele pode ser mantido e tomado habitualmente (WEINGARTEN *et al.*, 2019). O clopidogrel, também deve ser suspenso 7 a 10 dias antes da cirurgia, seguindo uma linha de raciocínio semelhante a do AAS (WEINGARTEN *et al.*, 2019).

Os novos anticoagulantes apixaban, edoxaban, dentre outros inibidores do Fator *Xa* da cascata de coagulação, devem ser suspensos 24

a 48 horas antes da cirurgia para minimizar o risco de sangramento perioperatório (WEINGARTEN *et al.*, 2019).

A warfarina deve ser suspensa 4 a 5 dias antes da cirurgia devido à sua meia-vida longa. A cirurgia só deve ser realizada se o INR (*International Normalized Ratio*) for menor ou igual a 1,5 (WEINGARTEN *et al.*, 2019). Após a suspensão da warfarina, deve-se iniciar a hepa-

rina. A heparina não fracionada deve ser suspensa 6 horas antes da cirurgia, enquanto a heparina de baixo peso molecular (Ex.: Enoxaparina) deve ser suspensa 24 horas antes da cirurgia. A reintrodução da warfarina pode ser retomada 24 horas após a cirurgia (WEINGARTEN *et al.*, 2019). O **Quadro 7.2** traz algumas recomendações com o objetivo de profilaxia contra TEV.

Quadro 7.2 Recomendações profilaxia contra TEV

Tipo de operação	Opções recomendadas de profilaxia contra TEV*
Neurocirurgia intracraniana	-Mobilização ultraprecoce -CPI com ou sem uso de meias compressivas -HNF ou HBPM** (considerar risco de sangramento pós-operatório) -HNF ou HBPM** combinadas com CPI com ou sem uso de meias compressivas em pacientes de risco muito elevado
Cirurgia geral	-Mobilização ultraprecoce -CPI com ou sem uso de meias compressivas -HNF ou HBPM** por fondaparinux (se tiver risco aumentado) -HNF ou HBPM** combinadas com CPI com ou sem uso de meias compressivas em pacientes de risco muito elevado
Cirurgia geral com contraindicação ao uso de profilaxia farmacológica	-Mobilização ultraprecoce -CPI com ou sem uso de meias compressivas -Ponderar uso de HNF ou HBPM** combinadas com CPI com ou sem uso de meias compressivas em pacientes de risco muito elevado, assim que não houver mais contraindicação ao uso de profilaxia farmacológica
Cirurgia ginecológica	-Mobilização ultraprecoce -CPI com ou sem uso de meias compressivas -HNF ou HBPM** por fondaparinux -HNF ou HBPM** combinadas com CPI com ou sem uso de meias compressivas em pacientes de risco muito elevado
Cirurgia urológica	-Mobilização ultraprecoce -CPI com ou sem uso de meias compressivas -HNF ou HBPM** por fondaparinux -HNF ou HBPM** combinadas com CPI com ou sem uso de meias compressivas em pacientes de risco muito elevado
Artroplastia total de quadril ou joelho	-Mobilização ultraprecoce -Comparar a terapia farmacológica com 24h de pós-operatório com HNF, HBPM, DOAC***

TEV: tromboembolismo venoso; CPI: compressão pneumática intermitente; HNF: heparina não fracionada; HBPM: heparina de baixo peso molecular; DOAC: anticoagulantes orais diretos. ** Pacientes que receberam ou irão receber anestesia neuroaxial ou que tenham qualquer potencial de aumento de risco de sangramento pós-operatório devem ter o início da profilaxia farmacológica ajustado. *** A maioria dos eventos tromboembólicos ocorre nas primeiras 72 horas, portanto o uso de DOAC deve ser considerado caso a terapia farmacológica seja iniciada após esse período.

Fonte: AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2020.

PROFILAXIA EM CIRURGIA

A profilaxia antibiótica é uma medida preventiva crucial destinada a evitar infecções da ferida operatória, sendo o *Staphylococcus aureus* a principal bactéria envolvida, haja vista ela ser a principal comensal da pele (BRATZLER *et al.*, 2013). A escolha do antibiótico e o esquema de administração dependem do tipo de cirurgia e do risco de contaminação (BERRÍOS-TORRES *et al.*, 2017). O principal objetivo da profilaxia é prevenir a infecção da ferida operatória (GROPPER, 2019). A profilaxia é particularmente importante em cirurgias nas quais a invasão bacteriana pode ser previsível ou inevitável (GROPPER, 2019). Abaixo, será discutida a classificação das cirurgias e as recomendações específicas para a profilaxia antibiótica.

Classificação das cirurgias e esquema de profilaxia

Cirurgias limpas

Cirurgias que não penetram os tratos biliar, respiratório, intestinal ou urinário. Exemplos incluem cirurgias ortopédicas, cardíacas, neurocirurgias, tireoidectomias e herniorrafias sem tela (GROPPER, 2019). Em princípio, não é necessário o uso de antibiótico profilático, exceto em casos com incisão óssea (como cirurgias ortopédicas, cardíacas e neurocirurgias) ou quando há colocação de prótese ou corpo estranho (por exemplo, telas em herniorrafias) (GROPPER, 2019).

Cirurgias limpa-contaminadas / potencialmente contaminadas

Cirurgias que penetram de forma controlada um trato corporal sem extravasamento de conteúdo. Exemplos incluem colecistectomias por colelitíase sintomática (BRATZLER *et al.*, 2013). O esquema de profilaxia, inclui sempre fazer antibiótico profilático. A escolha ideal do

antibiótico deve ser direcionada de acordo com o tipo de cirurgia, mas geralmente utiliza-se cefazolina (cefalosporina de 1ª geração) (BRATZLER *et al.*, 2013).

Cirurgias contaminadas

Cirurgias que penetram um trato corporal sem controle (ex.: colecistectomias por colecistite) ou trauma recente em até 2 a 4 horas (BRATZLER *et al.*, 2013). O esquema de profilaxia, sempre inclui fazer antibiótico profilático. A escolha ideal do antibiótico deve ser direcionada de acordo com o tipo de cirurgia, mas geralmente utiliza-se cefazolina (cefalosporina de 1ª geração) (BRATZLER *et al.*, 2013).

Cirurgias infectadas / sujas

Cirurgias envolvendo infecções supuradas, traumas antigos (mais que 4 horas) ou contaminação fecal (BERRÍOS-TORRES *et al.*, 2017). Neste caso, não se faz antibiótico profilático, pois é necessário um tratamento antibiótico terapêutico (BERRÍOS-TORRES *et al.*, 2017).

Observações especiais

-Cirurgias colorretais: Para cirurgias potencialmente contaminadas ou contaminadas, não se utiliza cefazolina devido à predominância de germes gram-negativos e anaeróbios. Recomenda-se antibióticos que cubram esses germes, como ciprofloxacino e metronidazol. (BERRÍOS-TORRES *et al.*, 2017).

-Pacientes alérgicos à cefalosporina de 1ª Geração: Podem ser utilizados vancomicina, gentamicina ou clindamicina (BERRÍOS-TORRES *et al.*, 2017).

-Partos: No parto vaginal (cirurgia limpa), não é necessária a profilaxia antibiótica. Na cesariana (cirurgia potencialmente contaminada), utiliza-se cefazolina como profilático na maioria dos casos (BERRÍOS-TORRES *et al.*, 2017).

Tempo de administração do antibiótico profilático

O antibiótico profilático deve ser administrado 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica, coincidindo geralmente com a indução anestésica. O antibiótico profilático deve ser mantido apenas durante a cirurgia, com exceção de algumas cirurgias, como neurocirurgias ou cirurgias cardíacas, nas quais pode ser estendido por mais algumas horas (GROPPER, 2019).

Reaplicação do antibiótico

Nos casos de sangramento intenso (mais do que 1 a 1,5 litros) ou queimaduras extensas, pode ser necessário reaplicar o antibiótico profilático para garantir níveis terapêuticos adequados durante todo o procedimento (GROPPER, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J.E. *et al.* ACERTO - Acelerando a Recuperação Total Pós-operatória (4th ed.). Rubio, 2020.

BADAWY, J. *et al.* Preoperative laboratory testing: Current practice and a proposal for modification. *Current Opinion in Anesthesiology*, v. 33, n. 3, p. 358-364, 2020. doi: 10.1097/ACO.0000000000000871.

BERRÍOS-TORRES, S.I. *et al.* Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery*, v. 152, n. 8, p. 784, 2017. doi: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>.

BRATZLER, D.W. Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. *Surgical Infections*, v. 14, n. 1, p. 73–156, 2013. doi: <https://doi.org/10.1089/sur.2013.9999>.

BROWN, B. *et al.* Postoperative care: Strategies for enhanced recovery. *Surgical Clinics of North America*, v. 100, n. 3, p.527-539, 2020.

BROWN, R. *et al.* During this assessment, a detailed examination of the patient's medical history is conducted, including chronic conditions such as diabetes, hypertension, and cardiac diseases, which can influence the response to surgical stress. *Surgical Practice*, v. 24, n. 2, p. 153-165, 2020. doi: 10.1111/1744-1633.12465.

COMMITTEE ON STANDARDS AND PRACTICE PARAMETERS, *et al.* Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*, v. 116, n. 3, p. 522–538, 2012. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31823c1067>.

FLEISHER, L.A. *et al.* 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *Circulation*, v. 130, n. 24, 2014. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000106>.

GOLDMAN, L. & S.A.I. *Goldman-Cecil Medicine* (25th ed.). Saunders, 2016.

GROPPER, M.A. *et al.* *Miller's Anesthesia* (9th ed.). Elsevier, 2019.

JOHNSON, L. & WHITE, S. Reducing preoperative anxiety through relaxation techniques, psychological support, and education about the procedure helps promote faster and less traumatic recovery. *Psychology & Health*, v. 36, n. 8, p. 1101-1115, 2021. doi: 10.1080/08870446.2021.1888623.

POSTHUMA, L.M. *et al.* Monitoring of High- and Intermediate-Risk Surgical Patients. *Anesthesia & Analgesia*, v. 129, n. 4, p. 1185–1190, 2019a. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004345>.

POSTHUMA, L.M. Monitoring of High- and Intermediate-Risk Surgical Patients. *Anesthesia & Analgesia*, v. 129, n. 4, p. 1185–1190, 2019b. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004345>.

SMITH, A. Preoperative assessment and optimization. *Journal of Surgical Research*, v. 210, p. 202-208, 2018.

SMITH, J.A comprehensive preoperative assessment is essential for identifying potential risk factors and undiagnosed comorbidities, which can directly impact perioperative morbidity and mortality. *Journal of Perioperative Practice*, v. 28, n. 11-12, p. 317-322, 2018. doi: 10.1177/1750458918808075.

VELASCO, I.T. *Medicina de Emergência: Abordagem prática* (16th ed.). Manole, 2022.

WEINGARTEN, T.N. Medication management of the perioperative patient. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, n. 6, p. 1080-1095, 2019. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.01.013.

CAPÍTULO 8

DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: GERENCIAMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS

RENAN AFONSO¹

TULIO JOSE DE OLIVEIRA²

WANDEMBERG TAPAJOS MARIBONDO DA TRINDADE³

IZADORA REZENDE PINTO⁴

¹Bacharel - Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros

²Docente – Departamento de Parasitologia da Universidade Estadual do Piauí

³Bacharel - Medicina pela Universidade Federal de Roraima - UFRR

⁴Bacharel - Medicina pela Faculdade de Medicina de Barbacena - FUNJOB

Palavras-chave: Doenças crônicas; Atenção primária; Cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

Doenças crônicas representam um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo devido à sua prevalência crescente e impacto duradouro na qualidade de vida dos pacientes. Estas condições, que incluem diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, câncer e outras, são caracterizadas pela sua persistência e necessidade de cuidados contínuos ao longo do tempo. A atenção primária desempenha um papel crucial no manejo eficaz dessas doenças, atuando como o primeiro ponto de contato e coordenação do cuidado para os pacientes.

A atenção primária não apenas visa o tratamento das condições crônicas, mas também a prevenção, a educação do paciente e a promoção de estilos de vida saudáveis. Através de uma abordagem centrada no paciente, os profissionais de saúde na atenção primária estão bem posicionados para oferecer cuidados personalizados e contínuos que não só aliviam os sintomas, mas também melhoram a qualidade de vida a longo prazo (WHO, 2022).

Além disso, a integração precoce dos cuidados paliativos no manejo das doenças crônicas emergiu como uma abordagem essencial para garantir que os pacientes recebam suporte holístico desde o diagnóstico inicial. Os cuidados paliativos, com seus princípios de alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida, complementam os tratamentos curativos ao proporcionar conforto físico, emocional e espiritual aos pacientes e suas famílias ao longo da jornada da doença (WHO, 2022).

Este capítulo explora a interseção entre doenças crônicas, atenção primária e cuidados paliativos, destacando a importância de uma abordagem integrada e colaborativa para enfrentar os desafios complexos associados a essas condições de saúde. Ao considerar as necessidades únicas de cada paciente e a implementação de

estratégias baseadas em evidências, podemos não apenas melhorar os resultados de saúde, mas também promover uma experiência de cuidado mais humanizada e eficaz (WHO, 2022).

ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema de saúde e desempenha um papel vital no gerenciamento das doenças crônicas. A APS fornece cuidados contínuos e integra diversos serviços de saúde, facilitando a coordenação e continuidade do cuidado (WHO, 2022). Estudos indicam que pacientes com acesso regular à APS apresentam melhores resultados de saúde e menor necessidade de hospitalizações. No contexto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), a APS é responsável por monitorar a progressão da doença, ajustar tratamentos e promover medidas preventivas para evitar complicações. Este papel inclui a identificação precoce de necessidades paliativas e a implementação de planos de cuidados que envolvem pacientes e suas famílias (KAVALIERATOS *et al.*, 2016).

CUIDADOS PALIATIVOS E A APS

Cuidados paliativos são abordagens que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas avançadas e suas famílias. Esta abordagem não se restringe ao fim de vida, mas é aplicável em qualquer fase da doença, sendo complementar ao tratamento curativo. A principal missão dos cuidados paliativos é aliviar sintomas físicos, como dor e dispneia, bem como abordar aspectos psicossociais e espirituais (KAVALIERATOS *et al.*, 2016). A OMS enfatiza a importância da integração precoce dos cuidados paliativos no curso da doença, o que tem demonstrado melhorar não só a

qualidade de vida, mas também a sobrevida dos pacientes (KELLEY & MORRISON, 2015).

Integrar cuidados paliativos na APS envolve capacitar profissionais de saúde para identificar e gerenciar sintomas precocemente, fornecer suporte emocional e planejar cuidados avançados. Programas de integração têm demonstrado benefícios significativos, incluindo a redução de hospitalizações e cuidados emergenciais, além de proporcionar uma morte mais digna e em conformidade com os desejos dos pacientes. A integração pode ser facilitada por meio de equipes multidisciplinares que incluem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde (MURRAY *et al.*, 2005)

Um dos maiores desafios na implementação dos cuidados paliativos na APS é a falta de treinamento específico para os profissionais de saúde. Estudos mostram que muitos médicos e enfermeiros se sentem despreparados para lidar com questões complexas de fim de vida e manejo de sintomas crônicos. Programas de educação continuada, oficinas práticas e cursos de especialização são essenciais para suprir essa lacuna. A capacitação deve focar em habilidades de comunicação, manejo de dor e outros sintomas, e no desenvolvimento de planos de cuidado personalizados (MURRAY *et al.*, 2005)

MELHORIAS NA ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA APS

A complexidade das DCNT e a necessidade de cuidados paliativos exigem uma abordagem multidisciplinar. Equipes compostas por diferentes profissionais de saúde são fundamentais para proporcionar um cuidado integral e coordenado. A comunicação eficaz entre os membros da equipe e com o paciente e sua família é crucial para garantir que todos estejam alinhados

quanto aos objetivos do cuidado. Ferramentas de tecnologia da informação, como prontuários eletrônicos integrados, podem facilitar a coordenação e acompanhamento contínuo do paciente (ETKIND *et al.*, 2017).

Apesar dos benefícios comprovados, a implementação dos cuidados paliativos na APS enfrenta diversos desafios. Entre eles, destacam-se a escassez de recursos, a fragmentação do sistema de saúde, e barreiras culturais que podem dificultar a aceitação desses cuidados. Para superar esses obstáculos, é necessário investir em políticas públicas que incentivem a integração dos cuidados paliativos, aumentar o financiamento para programas de APS, e promover campanhas de conscientização sobre a importância dos cuidados paliativos. Além disso, modelos de cuidados integrados, como o Palliative Care Outcome Scale (POS) e programas de telemedicina, têm mostrado ser eficazes em melhorar a qualidade do cuidado e a satisfação dos pacientes (GYSELS *et al.*, 2012).

FERRAMENTAS NA APS

O POS é uma ferramenta de avaliação desenvolvida para medir a qualidade dos cuidados paliativos fornecidos aos pacientes e suas famílias. Esta escala abrange várias dimensões do bem-estar do paciente, incluindo sintomas físicos, emocionais, espirituais e sociais. A POS é utilizada tanto em contextos clínicos quanto de pesquisa para avaliar a eficácia das intervenções paliativas e para ajudar na identificação das necessidades dos pacientes (ETKIND *et al.*, 2017).

Características da POS

-Na multidimensionalidade a POS avalia múltiplas dimensões do bem-estar, o que permite uma compreensão holística das necessidades do paciente.

- A versatilidade pode ser utilizada em diferentes contextos clínicos, como hospitais, unidades de cuidados paliativos, e na atenção primária.
- A escala é simples e rápida de ser aplicada, tornando-a prática para uso rotineiro na APS.
- A POS pode ser adaptada para diferentes culturas e contextos de saúde, o que a torna uma ferramenta útil globalmente.

Aplicação da POS na Atenção Primária

1º) Avaliação inicial: Durante a admissão do paciente na APS, a POS pode ser utilizada para realizar uma avaliação inicial abrangente, identificando áreas que necessitam de intervenção imediata.

2º) Monitoramento contínuo: A POS permite o monitoramento regular dos sintomas e do bem-estar do paciente ao longo do tempo, ajudando a ajustar os planos de cuidados conforme necessário.

3º) Comunicação: A utilização da POS facilita a comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e a família, garantindo que todos estejam alinhados quanto aos objetivos do cuidado.

4º) Melhoria da qualidade: Os dados coletados através da POS podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados fornecidos e implementar melhorias contínuas.

Benefícios da POS

- Identificação precisa das necessidades: A POS ajuda a identificar as necessidades não atendidas dos pacientes, permitindo intervenções mais direcionadas e eficazes.
- Engajamento do paciente e da família: A ferramenta promove o engajamento do paciente e da família no processo de cuidado, aumentando a satisfação e adesão ao tratamento.
- Aprimoramento da qualidade dos cuidados: O uso da POS contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados paliativos, base-

ando-se em dados concretos para tomar decisões.

Ao incorporar a POS na prática da APS, é possível proporcionar um cuidado mais completo e centrado no paciente, melhorando significativamente a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas avançadas e suas famílias (WHO, 2022).

O gerenciamento eficaz dos cuidados paliativos na APS envolve várias estratégias:

- Identificação precoce de necessidades paliativas: Ferramentas de triagem e protocolos específicos podem ajudar os profissionais a identificar pacientes que se beneficiariam dos cuidados paliativos.

- Planos de cuidado personalizados: Desenvolver planos de cuidado que atendam às necessidades individuais dos pacientes, considerando suas preferências e objetivos de tratamento.

- Gestão de sintomas: Capacitar os profissionais da APS para o manejo de sintomas comuns em cuidados paliativos, como dor, dispneia, náuseas e fadiga.

- Suporte psicossocial e espiritual: Incluir avaliações regulares do bem-estar emocional e espiritual dos pacientes, fornecendo suporte adequado e referenciando para serviços especializados quando necessário.

- Coordenação do cuidado: Utilizar equipes multidisciplinares e tecnologias de informação para garantir que o cuidado seja coordenado e contínuo, evitando lacunas no tratamento.

- Educação e envolvimento da família: Envolver a família no planejamento e no cuidado, educando-os sobre a condição do paciente e sobre como fornecer suporte em casa.

Ao implementar essas estratégias, a APS pode fornecer cuidados paliativos eficazes, melhorando a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas e suas famílias.

A integração dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde é essencial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas avançadas e suas famílias. A APS desempenha um papel vital no gerenciamento contínuo dessas condições, proporcionando uma abordagem holística que abrange desde o monitoramento da progressão da doença até a implementação de medidas preventivas e de alívio de sintomas (QUILL & ABERNETHY, 2013).

Os cuidados paliativos, quando incorporados desde as fases iniciais da doença, oferecem uma abordagem multidimensional que abrange aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Ferramentas como o Palliative Care Outcome Scale (POS) são fundamentais para a avaliação precisa e contínua das necessidades dos pacientes, garantindo que os cuidados fornecidos sejam centrados no paciente e personalizados (MAETENS *et al.*, 2019).

Apesar dos inúmeros benefícios comprovados, a implementação efetiva dos cuidados paliativos na APS enfrenta desafios significativos, incluindo a escassez de recursos, a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde e barreiras culturais. Superar esses desafios requer um compromisso contínuo com a educação, a criação de políticas públicas favoráveis e a adoção de modelos de cuidados integrados (KAVALIERATOS *et al.*, 2016).

Por meio de uma abordagem colaborativa e coordenada, envolvendo equipes multidisciplinares e o uso de tecnologias de informação, é possível proporcionar cuidados paliativos de alta qualidade na atenção primária. Isso não só melhora a experiência e a satisfação dos pacientes e suas famílias, mas também contribui para a eficiência do sistema de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ETKINDSN, S.N. *et al.* How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*, v. 15, n. 1, 2017. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>.

GYSELS, M. *et al.* Culture and end of life care: A scoping exercise in seven European countries. *PLoS One*, v. 7, n. 4, 2012. doi: [10.1371/journal.pone.0034188](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034188).

KAVALIERATOS, D. *et al.* Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, v. 316, n. 20, p. 2104-2114, 2016. doi: [10.1001/jama.2016.16840](https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840).

KELLEY, A.S. & MORRISON, R.S. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, v. 373, n. 8, p. 747-55, 2015. doi: [10.1056/NEJMr1404684](https://doi.org/10.1056/NEJMr1404684).

MAETENS, A. *et al.* Impact of integrated palliative care on quality of life and medical costs. *BMJ Support Palliative Care*, v. 9, n. 1, 2019. doi: [10.1136/bmjopen-2018-025180](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025180).

MURRAY, S.A. *et al.* Illness trajectories and palliative care. *BMJ*, v. 330, n. 7498, p. 1007-11, 2005. doi: [10.1136/bmj.330.7498.1007](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007).

QUILL, T.E. & ABERNETHY, A.P. Generalist plus specialist palliative care - Creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 13, p. 1173-5, 2013. doi: [10.1056/NEJMp1215620](https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Chronic diseases and health promotion, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Primary health care, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Palliative care, 2022.

ÍNDICE REMISSIVO

Atenção primária 19, 68
Avaliação 38
Avaliação pré-natal 29
Consulta médica 55
Controle de fatores de risco 12
Cuidados neonatais 29
Cuidados paliativos 68
Diabetes mellitus 19
Doenças crônicas 68
Educação do paciente 19
Fisiopatologia 47
Infecções 1
Medicina de família 12, 38
Pneumonia 1
Pós-operatório 55
Pré-operatório 55
Prevenção 47
Prevenção de doenças cardiovasculares 12
Reabilitação 47
Respiratório 1
Saúde mental 38
Saúde pediátrica 29