



Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família

*Assistência Médica
por Ciclos de Vida*

Módulo Optativo 7

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira



Assistência Médica por Ciclos de Vida

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 42/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cézar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

A848 Assistência médica por ciclos de vida / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
292 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-357-5

Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Saúde Pública – Brasil. 2. Assistência médica – Brasil. . I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II. Kodhaoglanian, Vera Lúcia. III. Vieira, Cristiano Costa Argemon. IV. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.10981



Assistência Médica por Ciclos de Vida

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ADERALDO LUIZ KRAUSE CHAVES
adechaves@hotmail.com

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

Ao propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde de Mato Grosso do Sul a UNA/FIOCRUZ/UFMS vem satisfazer uma necessidade desses profissionais com o CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, na modalidade a distância em nosso estado.

As equipes de Saúde da Família desenvolvem um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação voltados aos problemas de saúde de maior frequência e relevância nos distintos ciclos de vida, envolvendo a criança, o adolescente, o adulto e o idoso.

Visando à ampliação do conhecimento nessas áreas, os autores desenvolvem, de forma didática, um trabalho voltado para os princípios básicos da Estratégia de Saúde da Família, comprometidos, em primeiro lugar, com a pessoa, e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças, ou técnica especial. Esse comprometimento, que não se limita ao tipo de problema de saúde, possibilita ao profissional de Saúde da Família disponibilidade para resolução de qualquer problema de homens e mulheres de qualquer idade.

Para as crianças, este manual sobre OS CICLOS DA VIDA propõe acompanhar o crescimento e desenvolvimento, o calendário vacinal, as doenças mais prevalentes e a alimentação, nutrição e suas carências, entre outras condições.

Para os adolescentes e adultos, também faz o acompanhamento da situação vacinal, alimentação e nutrição, além do controle da hipertensão, diabetes e obesidade, da saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na saúde da mulher (prevenção da neoplasia de colo e mama, planejamento familiar, pré-natal e climatério), saúde do homem e do trabalhador e prevenção de agravos.

Referente à saúde do idoso, o trabalho desenvolvido é voltado para todas as nuances presentes nesta faixa, levando em consideração todo tipo de debilidades físicas e mentais, bem como para o idoso saudável, trabalhando na área da prevenção e promoção da saúde.

Parabenizo os autores por colocar à disposição dos profissionais de Saúde da Família uma obra para enriquecer os seus conhecimentos e fortalecer o seu processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Ivo Alves de Freitas
Especialista em Medicina de Família
ASMEFAC-PRESIDENTE (2010-2012)

Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessem diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.

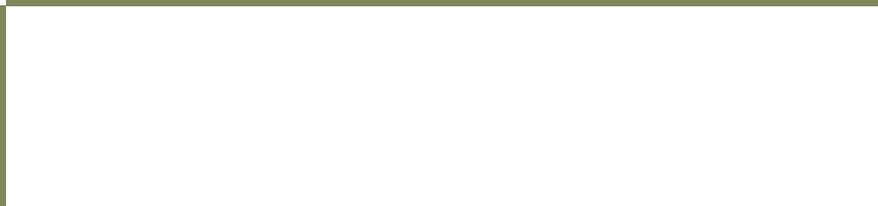


Módulo Optativo 7 Assistência Médica por Ciclos de Vida

Prefácio do Módulo	15
Apresentação Módulos Optativos	17
Apresentação do Módulo	22
Introdução	23
Capítulo 1 - Atenção Médica à Saúde da Criança	27
Apresentação	28
Seção 1 - Alimentação nos primeiros dois Anos de Vida	30
Seção 2 - Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento	36
Seção 3 - Patologias mais comuns das Vias Aéreas.	39
Seção 4 - Asma.	50
Seção 5 - Patologias Gastrointestinais mais comuns	56
Seção 6 - Infecção do Trato Urinário (ITU).	64
Seção 7 - Doenças Infecciosas que merecem destaque quanto ao seu Caráter Epidemiológico em nosso Estado.	67
Seção 8 - Doenças Exantemáticas	78
Seção 9 - Cefaleia na Infância.	88
Seção 10 - Temas em Neonatologia	91
Seção 11 - Temas comuns de Cirurgia Pediátrica.	97
Seção 12 - Prevenção de Acidentes na Infância	99
Seção 13 - Maus-Tratos	103
Referências.	109
Capítulo 2 - Atenção Médica à Saúde do Adolescente	113
Apresentação	114
Seção 1 - O Adolescente	115
Seção 2 - Puberdade - Crescimento e Desenvolvimento	117
Seção 3 - Ginecologia Infanto-Puberal	121
Seção 4 - Depressão na Adolescência	129
Seção 5 - Acne.	132
Referências.	135

Capítulo 3 - Saúde Mental	137
Apresentação	138
Seção 1 - Saúde Mental na Atenção Primária	139
Seção 2 - Tratamento na Atenção Primária	162
Referências	186
Capítulo 4 - Saúde do Adulto	137
Apresentação	192
Seção 1 - A Atenção Centrada no Indivíduo	193
Seção 2 - Assistência à Saúde da Mulher	199
Seção 3 - Atenção à Saúde do Homem	219
Seção 4 - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	224
Seção 5 - Doenças Infectoparasitárias	257
Referências	270
Capítulo 5 - Atenção Médica à Saúde do Idoso	277
Apresentação	278
Seção 1 - Assistência Médica à Saúde do Idoso	279
Referências	292

MÓDULOS OPTATIVOS



MÓDULO OPTATIVO 7

ASSISTÊNCIA MÉDICA POR CICLOS DE VIDA

AUTORES

Aderaldo Luiz Krause Chaves

Hamilton Lima Wagner

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta

Rodrigo Ferreira Abdo



APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

O módulo de Assistência Médica por Ciclos de Vida aborda o trabalho específico do Médico de Família, pontuando as particularidades desta especialidade na Estratégia de Saúde da Família.

Constituído por cinco capítulos, este módulo apresentará a você aspectos da assistência médica voltados aos ciclos de vida do indivíduo, abrangendo: a criança, o adolescente, o adulto, o idoso e saúde mental.

Como não temos a pretensão de discorrer a respeito de todo o conteúdo médico, abordaremos as patologias mais frequentes na atenção primária à saúde e sua condução para garantir a integralidade da atenção ao indivíduo, família e comunidade.

Objetivos:

- Diagnosticar e tratar as principais patologias por faixa etária;
- Construir com o paciente, família e comunidade atitudes de promoção à saúde, prevenção de doenças e recuperação;
- Desenvolver ações fundamentadas nos agravos mais prevalentes em seu território;
- Desenvolver ações para melhorar as condições de vida de sua população.

Ao final deste módulo, esperamos que você seja capaz de prestar atenção integral à sua população, de forma longitudinal.

Bons estudos!

As competências de um Médico de Família necessárias para atuação na estratégia de saúde da família, extrapolam seu núcleo de formação, geralmente voltadas à resolução de patologias instaladas e com pouca ênfase na promoção à saúde dos indivíduos.

Para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, exigem-se do profissional médico outras habilidades e conhecimentos, para que possa aprender a administrar seu tempo ao realizar as ações indicadas no Pacto de Atenção à Saúde, planejar e gerenciar as ações voltadas às situações de risco à saúde, avaliar essas ações. Além disso precisa desenvolver competências para trabalhar em equipe, partilhando responsabilidades e decisões.

Caro especializando, você, ao longo deste curso, teve a oportunidade de se apropriar de diversos conceitos, tais como Processos de Trabalho, Planejamento e Vigilância em Saúde, Ferramentas de Abordagem Familiar, Técnicas de Promoção à Saúde entre outros. Desse modo, procuramos instrumentalizá-lo para que adquira competências necessárias à prestação de assistência qualificada à sua população, segundo as diretrizes vigentes do SUS.

Papel do Médico de Família

Ao ingressar na estratégia, o Médico de Família passa a ter a responsabilidade sobre um território definido. Convém lembrar que, para isto, é preciso conhecer quem o habita, as condições de moradia e trabalho de sua população, como esta se organiza, quais são os riscos existentes no local e quais são os recursos disponíveis para auxílio à comunidade nos casos de necessidade. É importante, também, conhecer as patologias mais frequentes em sua comunidade.

Elabore, junto à sua equipe, o perfil epidemiológico de sua área, você aprendeu como construí-lo. Lembre-se de que, em se tratando de um documento que vai determinar as ações de sua equipe, ele precisa ser reavaliado anualmente.

A partir do conhecimento de seu território, é preciso organizar sua agenda para assistir esta população. Você conhece os indicadores de saúde definidos pelo Ministério da

Saúde, portanto procure conhecer quais os indicadores que seu município pactuou, as necessidades e prioridades de sua população. A partir desses dados, deve organizar sua agenda. Para planejar tanto as ações intra como extramuros da unidade, você deve fazer uso de seus conhecimentos de planejamento e de vigilância em saúde. A análise dos dados do SIAB lhe permitirá conhecer as doenças e agravos prevalentes em sua comunidade, otimizando as ações de atenção e assistência à saúde realizadas por você e sua equipe de saúde.

Ao organizar sua agenda, defina um período para realizar as visitas domiciliares - você pode utilizar o perfil epidemiológico de sua área para otimizar seu tempo para as visitas .

Sendo responsável por um território com uma população de 4.500 pessoas, não é possível visitar todos os indivíduos ou atender a todas as solicitações de visitas domiciliares. Para evitar os transtornos de visitas sem indicações técnicas, é necessário que você e sua equipe conversem a respeito dos critérios dessas visitas domiciliares. Procure priorizar visita a pacientes portadores de doenças crônicas com incapacidade, pacientes em situação de risco, famílias em que ocorram casos de violência doméstica, maus-tratos de idosos e crianças, enfim, defina os critérios segundo o perfil de sua área de abrangência e necessidades discutidas com sua equipe.

Antes de sair para uma visita domiciliar, defina os objetivos desta, sem esquecer que ela não deve ser de natureza invasiva, mas com ênfase no respeito à família e ao domicílio. Providencie em seguida o registro criterioso dos resultados alcançados.

É importante ressaltar ainda que a promoção à saúde, tanto realizada coletivamente quanto individualmente, também é sua função. Esta ação, pouco frequente, é um dos instrumentos que você tem para modificar a saúde de sua população. Não é possível pensar em melhorar as condições de saúde sem fazer promoção em saúde, assim como não basta atender o doente portador de dengue, é preciso investir sua força de trabalho, seus conhecimentos e sua habilidade para prevenir os surtos de dengue em sua comunidade.

E o que o que fazer para resolver as demandas? Planejar é essencial para dar resolutividade ao seu trabalho; somente

atender à demanda apresentada na unidade de saúde não vai melhorar as condições de saúde de sua população. Torna-se essencial analisar as ações que você e sua equipe têm desenvolvido, usando para isto os relatórios mensais, a ficha A, o registro de procedimentos, os dados do SIAB, os indicadores pactuados e o perfil epidemiológico. O processo de avaliação pode indicar necessidade de mudanças em suas práticas. Utilize seus conhecimentos prévios.

Estabeleça um cronograma com sua equipe e avalie os indicadores de saúde, procurando conhecer quais as doenças prevalentes em sua comunidade e os determinantes que podem influenciar no processo de saúde e doença de sua população. Somente com avaliações continuadas dos resultados que você e sua equipe têm obtido com o trabalho será possível a mudança do perfil epidemiológico da sua população.

Sobre os Autores:

Aderaldo Luiz Krause Chaves

Graduação Universidade Federal de Santa Maria, RS. Residência em Pediatria pelo Hospital de Clínicas em Porto Alegre, RS. Médico de Família.

Hamilton Lima Wagner

Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC); e em Saúde Coletiva (ênfase em Saúde da Família pela Universidade Federal do Paraná - UFPR; e ênfase em Gerência de Unidades de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, (PUC-PR). Mestre em Princípios da Cirurgia pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Médica, pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), especialista em Saúde da Família, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). Coordenação Pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. FIOCRUZ Cerrado Pantanal/UFMS. Especialista em Medicina do Trabalho, pela Universidade de São Paulo.

Maise Fernandes de Oliveira Rotta

Médica formada pela Uniderp, Residência em Pediatria pelo Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Professora do Curso de Medicina da Universidade Anhangüera-Uniderp, Preceptora da Residência de Pediatria da Santa Casa de Campo Grande, Tutora Especialista do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família - Fiocruz/UFMS.

Rodrigo Ferreira Abdo

Médico Psiquiatra, cujas áreas de atuação abrangem Psiquiatria da Infância e Adolescência e Psiquiatria Forense. Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela UNIDERP; Doutorando em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste pela UFMS. Psicoterapeuta de Orientação Analítica, Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande/ MS.

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO MÉDICA À SAÚDE DA CRIANÇA

Caro especializando, neste capítulo, temos como meta abordar temas em pediatria relativos a casos frequentes assistidos em sua prática clínica diária durante o atendimento à saúde da comunidade. Assim, esperamos fortalecer, ainda mais, a base para o entendimento da atenção médica à criança no nível primário de atenção, realizado por vocês, profissionais médicos de família.

A criança não é um adulto em miniatura; a infância é um período que possui suas particularidades e, portanto, exige uma abordagem diferenciada e qualificada por parte do profissional médico.

Em cada consulta, devemos dar atenção global à condição de saúde da criança, para que, desta forma, identifiquemos qualquer condição que possa afetá-la negativamente.

Os programas do Ministério da Saúde, direcionados para atenção à saúde da criança, ajudam a fortalecer a capacidade de planejamento e resolução do nível primário de atenção, colocando à disposição dos profissionais de saúde conhecimentos que proporcionem a realização de medidas de prevenção de doenças, bem como a resolução adequada dos problemas mais frequentes que afetam a saúde do infante.

Diante do exposto acima, esperamos que, ao final deste capítulo, vocês atinjam os seguintes objetivos:

- **Conceituar puericultura**, compreender a importância da mesma na atenção integral à saúde da criança, a fim de estar apto a realizar uma consulta de puericultura completa e adequada.
- **Conhecer as patologias mais comuns** que acometem as crianças nas diferentes fases de seu desenvolvimento, compreendendo a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento de cada uma delas.
- **Saber orientar quanto às medidas preventivas** para as doenças mais comuns da infância que, de alguma forma, sejam preveníveis.

- **Conhecer os testes de triagem neonatal**, compreender as patologias que possam ser detectadas e saber dar seguimento, de acordo com seu nível de competência, a um caso com alguma alteração nos testes de triagem neonatal.
- **Estar apto a diagnosticar** situações de maus-tratos à criança e saber conduzi-las.

Seção 1 - ALIMENTAÇÃO NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA

Esta seção tratará da alimentação nos primeiros anos de vida, ressaltando a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e complementar até 2 anos ou mais e orientando a respeito da introdução de outros alimentos aos 6 meses, do uso de fórmulas infantis, quando necessárias, e dos passos para uma alimentação saudável para a criança.

Ao final desta seção, espera-se que você esteja apto a orientar uma alimentação adequada à criança em suas consultas de puericultura.

1.1 Aleitamento materno

A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de vida e complementar até os 2 anos ou mais. A alimentação complementar é aquela cuja finalidade é complementar o leite materno e não substituí-lo, por meio de alimento sólido ou semilíquido oferecido à criança, concomitantemente ao aleitamento materno.

O aleitamento materno, além de promover um maior vínculo afetivo entre mãe e filho, reduz, para a criança, a morbidade por diarreia e infecção respiratória, a incidência de alergias e de obesidade, bem como fornece uma melhor nutrição ao RN e promove melhor desenvolvimento cognitivo e melhor desenvolvimento da cavidade bucal. Não há dispêndio financeiro para nutrir o bebê até os 6 meses quando se amamenta exclusivamente ao seio e, ainda, existe o efeito anticoncepcional para a mãe.



VAMOS SABER MAIS!

Comparado ao leite materno, o leite de vaca apresenta diversas desvantagens: possui uma quantidade maior de solutos, proteínas e gorduras, podendo acarretar sobrecarga renal no lactente até 1 ano, em especial até os 6 meses de vida, e uma menor biodisponibilidade de ferro para absorção intestinal, favorecendo a ocorrência anemia ferropriva. Já as fórmulas infantis, apesar de tentarem se aproximar da composição e das características do leite materno, não possuem as propriedades imunológicas que este último possui.

A técnica de amamentação, sobretudo a que se refere ao posicionamento da mãe e do bebê e à pega do bebê ao seio, é fundamental para a saída efetiva do leite durante a mamada e para a proteção dos mamilos da mãe. Alguns pontos-chave a seguir são recomendáveis a uma boa técnica de amamentação: posicionar o corpo do bebê próximo da mãe, com cabeça e tronco alinhados, de forma que o rosto fique de frente para a mama, com o nariz em oposição ao mamilo, a aréola um pouco mais visível, acima da boca bem aberta do bebê, o lábio inferior virado para fora e o queixo tocando a mama.

Em relação à frequência, é comum um bebê, em aleitamento materno, exclusivo mamar de 8 a 12 vezes por dia. O ideal é recomendar o aleitamento materno em livre demanda, ou seja, de acordo com a necessidade do bebê; isso favorece a “descida do leite”, a estabilização dos níveis de glicemia da criança e a recuperação mais rápida do peso de nascimento - lembrando que o recém-nascido pode perder até 10% do peso de nascimento e deve recuperá-los até o décimo dia de vida.

É sempre importante frisar para a mãe que não existe leite fraco e lembrar, também, que o leite do final é o leite mais rico

em calorias, portanto a mãe deve deixar esvaziar totalmente uma mama durante a mamada antes de passar o bebê para a outra mama e, na próxima mamada, oferecer o seio em que a criança mamou por último.

O aleitamento materno só é contraindicado de forma absoluta em caso de mãe HIV+ e mãe com infecção pelo vírus HTLV.

1.2 Introdução de Novos Alimentos para Crianças

Para as crianças alimentadas exclusivamente ao seio materno, a introdução de alimentos complementares, em geral, se faz aos 6 meses de vida. Se a alimentação é introduzida precocemente, antes dos 4 meses, pode acarretar aproveitamento inadequado dos nutrientes devido à imaturidade do intestino, com possível ocorrência de sobrecarga de solutos e valor nutricional inferior ou maior que o necessário.

Na impossibilidade de se proporcionar aleitamento materno exclusivo no primeiro ano de vida, devem-se utilizar fórmulas infantis para lactentes, adequadas para a idade do bebê para substituir e/ou suplementar o aleitamento materno, já que o leite de vaca não é um alimento apropriado para a criança menor de 1 ano de idade.

Se a criança está em aleitamento materno exclusivo, não há necessidade de oferta de água. Porém, se a criança está em uso de fórmulas, a água deve ser oferecida nos intervalos das mamadas.

Quando forem introduzidos os alimentos complementares, deve-se atentar para os seguintes pontos:

- Oferecer quantidade de alimento que seja suficiente para satisfazer o apetite da criança, ou seja, a alimentação deve atender às necessidades quantitativas.
- Apresentar proporções adequadas das diversas classes de alimentos, conforme a proporção = 3:1:1:1, na

seguinte ordem: 1. cereais e tubérculos: arroz, milho, macarrão, batata, mandioca; 2. leguminosas: feijão, soja, ervilha lentilha, grão de bico; 3. proteína animal: carne, frango, ovos, peixe; 4. hortaliças: legumes e verduras.

- Variar os alimentos tanto quanto for possível.
- Corresponder à capacidade digestiva nos vários períodos do desenvolvimento.
- Introduzir alimentos novos de modo progressivo, tanto em termos de consistência, quanto em termos de qualidade dos alimentos.
- Equilibrar a tendência laxante e constipante dos alimentos.

Tabela 1 - Recomendação para introdução de novos alimentos ao lactente.

Mês	LM exclusivo + exposição solar
2º mês	LM exclusivo + exposição solar
3º mês	LM exclusivo + exposição solar
4º mês	LM exclusivo + exposição solar
5º mês	LM exclusivo + exposição solar
6º mês	Idem + suco + papa de fruta + papa salgada. 1ª papa salgada (entre 6-7 meses)
7º mês	Idem + 2ª papa salgada - janta (entre 7-8 meses)
8º mês	Idem
9º mês	Idem 8º mês - gradativamente passar para a comida da família
10º - 12º mês	Refeição da família

6-8 meses: 2-3 refeições ao dia

9-24 meses: 3-4 refeições ao dia

> 12 meses: lanches adicionais

Criança em aleitamento artificial: 5x/dia.

Outras observações importantes:

Os sucos não precisam ser adoçados e todas as frutas podem ser utilizadas; devem ser oferecidos após as refeições e o volume não deve exceder 100ml/dia.

- Não se deve oferecer mel até 1 ano de idade (risco de botulismo).
- Deve-se temperar a papa salgada com pouco sal e, após o cozimento, acrescentar 3 a 5 ml de óleo (soja, milho, girassol).
- Todos as classes de alimentos devem ser introduzidas na papa salgada desde o princípio, inclusive a carne.
- Não retardar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos, como ovo, carne de peixe e de porco. A orientação atual do departamento de nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria é introduzi-los entre o 6º e 7º mês de vida.
- Inicialmente, a papa salgada deve ser amassada com o garfo, até que, aproximadamente entre os 10 e 12 meses, a criança já comece a se alimentar da comida da família.
- O horário de administração das refeições de sal deve ser o mais compatível possível com os hábitos alimentares da família.
- Evitar alimentos industrializados até os 2 anos de idade.

1.3 Suplementação de Ferro na Criança

Até os 2 anos de vida, a criança passa por uma fase de crescimento rápido, estando potencialmente sujeita à carência de ferro, principalmente se associados a alguns fatores, como desmame precoce, alimentação inadequada e verminose.

A suplementação de ferro na criança é indicada nas seguintes situações e da seguinte forma:

- Para todas as crianças de termo e com peso adequado ao nascimento, a partir dos 6 meses de vida, ou a partir da introdução de alimentos complementares, se esta ocorrer primeiro. A dose é de 1mg/kg/dia e deve ser mantida até completar 2 anos de idade.
- Para os prematuros e com baixo peso ao nascimento, iniciar a partir de 30 dias de vida, na dose de 2mg/kg/dia até 1ano de vida e, após, 1mg/kg/dia até completar 2 anos.

Na formulação fornecida pelo SUS, a dose é de 25 mg de Ferro (Fe) elementar por ml do medicamento, ou seja, 20 gotas=25mg de Fe elementar.



VAMOS SABER MAIS!

O sulfato ferroso deve ser administrado entre 30 minutos e 1 hora antes da refeição, em 1 dose diária, puro, misturado com água ou com suco cítrico. Orientar à mãe que limpe os dentes da criança após a administração com gaze embebida em água filtrada, para evitar a impregnação da substância no esmalte do dente.

Atentar para o fato de que essa é a dose de suplementação e não de tratamento e que crianças em uso de fórmula infantil, que são enriquecidas com ferro, não necessitam de suplementação.

Seção 2 - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Esta seção abordará o crescimento e desenvolvimento da criança, considerando fatores envolvidos e crescimento e desenvolvimento normal.

Ao final, espera-se que você conheça o desenvolvimento normal da criança, reconheça fatores que possam intervir positiva ou negativamente no processo e saiba detectar e conduzir, dentro dos limites de sua competência, os desvios da normalidade.

Vários fatores estão relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança, tanto na esfera biológica, quanto na psicológica e social.

O Ministério da Saúde recomenda um calendário mínimo de consultas nos primeiros cinco anos de vida: a primeira antes dos 15 dias de vida e as subsequentes com 1, 2, 4, 6, 9, e 12 meses de idade; no 2º ano, deve fazer ao mínimo 2 consultas e, a partir de 3 anos, uma consulta anualmente.

Na avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde adota as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o uso de curvas de referência (curvas da OMS propostas em 2006/2007).

A avaliação do **peso para idade** expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado na avaliação do estado nutricional, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança, principalmente na avaliação do baixo peso. É muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança, mas não diferencia o comprometimento nutricional atual (ou agudo) dos progressos (ou crônicos). Por isso, é importante complementar essa avaliação com outro índice antropométrico.

O índice de **peso para estatura** dispensa dados sobre a idade e expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e

estatura. É utilizado tanto para identificar o emagrecimento, quanto o excesso de peso da criança.

Já o **índice de massa corporal (IMC) para idade** expressa relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura. Utilizado principalmente para identificar o excesso de peso entre crianças e adolescentes, tem a vantagem de ser um índice empregado em outras fases da vida. O IMC é usado como indicador de gordura corporal total nos percentis superiores.

A **estatura para idade** expressa o crescimento linear, destacando-se a evidência de que uma criança classificada entre os percentis 3 e 15 ou com escore $z < -2$ requer atenção especial do profissional de saúde quanto à vigilância de baixo peso e baixa estatura. Na condição de índice que melhor aponta o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança, é considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população. Está presente na Caderneta de Saúde da Criança e também na Caderneta de Saúde do Adolescente.

Deve-se dar atenção à evolução do crescimento da criança. Se a linha de crescimento, no gráfico, for descendente ao longo dos atendimentos, trata-se de um sinal de alerta, já que a criança está próxima de uma situação de baixo peso ou de baixa estatura para idade.

Os traçados horizontais e descendentes podem estar relacionados a carências nutricionais ou a outros agravantes, como doenças. Exceções podem ocorrer, como, por exemplo, o caso de bebês grandes e filhos de pais baixos, que, com 9 a 18 meses, desaceleram o crescimento para assumir a estatura que traduz o perfil genético herdado dos pais.

Uma criança que tem tamanho aquém do seu padrão familiar também deve ser avaliada quanto a um crescimento deficiente. Podemos calcular a estatura alvo pelo perfil genético através da seguinte fórmula:

Emãe+Epai - 13 / 2 (+/-5) p/ meninas
Emãe + Epai+13 / 2 (+/-5) p/ meninos

Algumas observações que ainda merecem destaque:

- Nos primeiros dias de vida, ocorre perda de até 10% de peso, que devem ser recuperados até o 10º dia de vida;
- Nos prematuros, deve-se levar em consideração a idade gestacional até os 12 meses de vida, ou seja, deve-se marcar no gráfico a idade corrigida, ou seja, a idade cronológica menos o tempo que faltou para a criança atingir 40 semanas de idade gestacional;
- Atentar para a verificação do perímetro cefálico, principalmente nos menores de 3 anos, colocando as medidas no gráfico de percentil e acompanhando a cada consulta.

A vigilância do desenvolvimento da criança é fundamental em toda consulta de puericultura. O profissional deve estar familiarizado com o processo de desenvolvimento normal da criança, bem como com os possíveis fatores de risco que podem interferir negativamente no processo.

A caderneta da criança traz uma tabela com os principais marcos do desenvolvimento da criança e sinais de alerta para o atraso do mesmo.

Seção 3 - PATOLOGIAS MAIS COMUNS DAS VIAS AÉREAS

Esta seção tratará das patologias mais comuns das vias aéreas nas crianças, principais motivos de procura de atendimento médico na faixa etária pediátrica.

Ao final, espera-se que você esteja apto a realizar um diagnóstico adequado das principais patologias das vias aéreas nas crianças e saiba conduzir cada caso adequadamente.

3.1 Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS)

As IVAS são as doenças mais frequentes na criança e a causa de metade a dois terços das consultas.

O trato respiratório acaba sendo uma superfície de contato com o meio ambiente (vírus, bactérias, fungos, partículas de poeira...), portanto naso e orofaringe são constantemente colonizadas. O sistema imunológico e o movimento ciliar são os que mantêm a laringe estéril.

Infecções das vias aéreas ocorrem quando o micro-organismo consegue ultrapassar as barreiras locais de proteção imunológica, quando estas apresentam lesões causadas anteriormente por vírus, facilitando a penetração por bactérias.

As crianças com idade entre 6 meses a 2 anos apresentam uma suscetibilidade a infecções devido à imaturidade do sistema imunológico.

3.1.1 Resfriado e Gripe

Ambas as infecções, IVAS e resfriado comum, possuem geralmente caráter benigno e autolimitado. O período de incubação gira em torno de 2 a 4 dias, e a cura espontânea, independente do tratamento, ocorre em cerca de 7 dias, se não houver complicações.

Nos primeiros anos de vida, as crianças têm em média de 6 a 10 episódios de gripe ou resfriado por ano.

Mais de 200 sorotipos diferentes de vírus podem causar a gripe e o resfriado, dentre eles, os causadores mais comuns do resfriado são: rinovírus, coronavírus, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e, mais raramente, influenza, parainfluenza, adenovírus e enterovírus. Da gripe, os principais causadores são: vírus influenza (A,B,C), além do parainfluenza, adenovírus, VSR, Echovírus, Coxsackie. A transmissão ocorre através de aerossóis e fômites.

Quanto às manifestações do resfriado comum, estas são mais restritas ao nariz e à faringe: coriza, obstrução nasal, irritação conjuntival, espirros, cefaleia, pouca tosse e às vezes odinofagia. A febre geralmente é ausente ou baixa. Na gripe, a febre geralmente é mais intensa e a repercussão sobre o estado geral é maior.

Ao avaliar uma criança com gripe, devemos estar atentos, no intuito de afastar o diagnóstico de pneumonia. Na criança com tosse e febre, atentar para a evolução da doença; se ela já vem com um quadro anterior de infecção de vias aéreas superiores e esta evoluiu, com surgimento de febre ou agravo da mesma, piora da tosse e do estado geral, devemos estar atentos para a possibilidade de pneumonia, então se deve realizar um bom exame físico, atentando para a frequência respiratória, que é considerada um parâmetro muito importante, principalmente em crianças menores e, mais ainda, em recém-natos, que, por vezes, não possuem ausculta de ruídos adventícios, mas já apresentam taquipneia.

A frequência respiratória normal até os 2 meses de idade é de até 60ipm; maiores que 2 meses e até 12 meses, de até 50ipm; de 1 ano até 4 anos, normal até 40ipm; e de 5 a 8 anos, até 30ipm.

Neste contexto, outra situação para a qual devemos estar atentos é a ocorrência de gripe ou resfriado com broncoespasmo.

A criança apresentará taquipneia, porém o comprometimento do quadro respiratório se deverá ao quadro de broncoespasmo. Desta forma, é importante, antes de pensar em um provável diagnóstico de pneumonia devido ao quadro de taquipneia, afastar a febre e/ou o broncoespasmo como causa da alteração do padrão respiratório.

O tratamento consiste em hidratar bem a criança, administrar analgésicos e antitérmicos se necessário, realizar higiene nasal com soro fisiológico e orientar e tranquilizar os pais quanto ao processo da doença.

3.1.2 Faringite e Tonsilite

Pelo menos metade das faringites ou tonsilites decorre de causa viral (adenovírus, influenza, parainfluenza, Coxsackie, Epstein Barr). Nos menores de 3 anos, 90% são virais. Nas de causa bacteriana, os principais agentes causadores são: *Streptococcus beta-hemolítico do grupo A (15 a 30%)*, outros *beta-hemolíticos B, C e G* e *Staphylococcus aureus*.

Faringite Viral

Mais comumente acomete a faixa etária dos 5 primeiros anos de vida (especialmente o lactente). Quanto à evolução, os sintomas desaparecem em 5 a 7 dias, salvo em casos de complicações bacterianas sobrepostas.

O quadro clínico é insidioso, caracterizado por febre elevada (máximo de 72 horas), astenia, anorexia e irritabilidade, dor muscular, vômitos, coriza, congestão, tosse, rouquidão e odinofagia. No exame de orofaringe, encontramos geralmente apenas a hiperemia de orofaringe e amígdalas.

Faringite Viral - Herpangina

Tem como causador o vírus Coxsackie, vírus A ou B. A clínica caracteriza-se por febre alta, cefaleia, disfagia, odinofagia e dor abdominal. Pode surgir exantema no 2° ou 3° dia de febre.

Na oroscopia, visualizam-se lesões vesiculares e ulcerativas (semelhantes a aftas) em pilares anteriores, palato mole, amígdala e região posterior da mucosa oral.

Faringite viral - Mononucleose Infecciosa

O agente causador é o vírus Epstein-Barr. A clínica é variável - de casos oligossintomáticos a casos graves. A febre pode ser mais prolongada, com ocorrência de odinofagia e, geralmente, de linfadenomegalia generalizada, podendo ainda ocorrer esplenomegalia. No hemograma, geralmente contemplamos a presença de linfócitos atípicos. Na oroscopia, podemos visualizar apenas uma hiperemia amigdaliana, mas em alguns casos está presente o exsudato amigdaliano em placas e hipertrofia folicular.

Tratamento das Faringites Virais

O tratamento é sintomático, com antitérmico-analgésico. Anti-inflamatórios, descongestionantes nasais e anti-histamínicos são ineficazes. O uso de antibióticos não interfere na evolução clínica e pode selecionar germes resistentes.

3.1.3 Tonsilite bacteriana - Amigdalites

A faixa etária mais acometida é a escolar. Tonsilites bacterianas são raras em crianças menores de 2 anos, devido ao pouco desenvolvimento do tecido linfoide (amígdalas). A clínica consiste de febre elevada, odinofagia, mal-estar

e calafrios, cefaleia, nuchalgia, halitose e prostração mais pronunciada, mesmo na ausência de febre, podendo também ocorrer dor abdominal e vômitos. Atentar para a ausência de coriza, obstrução nasal, rouquidão e tosse, como forma de diferenciação das infecções de origem viral. É comum presença de adenomegalia submandibular dolorosa.

Na oroscopia visualizamos, com frequência, enantema e petéquias em palato mole e um exsudato amigdaliano de cor amarela ou branca. Mas, devemos lembrar que nem sempre encontramos petéquias e placas, apenas hipertrofia e hiperemia.

Como tratamento, além de analgésico-antitérmico, é necessário administrar antibioticoterapia. Seguem abaixo os antibióticos utilizados:

- **Penicilina benzatina** - dose única, IM (600 mil U p/ crianças até 27kg e 1.200.000 U p/crianças com mais de 27kg).
- **Amoxicilina** - 50-90mg/kg/dia, de 8/8h, VO por 10 dias.
- **Eritromicina** - 30-50mg/kg/dia, de 6/6h ou 8/8h, VO por 10 dias (apenas como opção para alérgico às drogas acima).
- **Azitromicina** - 10-12mg/kg/d, VO 1xd por 3-5 dias.

3.1.4 Faringite Viral ou Bacteriana

Deve-se reduzir o uso de antibiótico para infecções virais, porém a ausência de tratamento com antibiótico para amigdalite bacteriana eleva risco de febre reumática nos pacientes suscetíveis; outrossim, a doença reumática pode ser evitada se iniciada a terapia com antibiótico até o 5º dia de doença; então, na dúvida, o mais prudente é acompanhar a evolução do paciente e iniciar a administração de antibiótico quando o diagnóstico de amigdalite estreptocócica for consistente.

3.1.5 Otite Média

É a infecção do ouvido médio, infecção bacteriana mais comum em crianças. Geralmente surge como complicação de uma gripe ou resfriado (disfunção e obstrução da tuba auditiva). São considerados como fatores favoráveis à sua instalação: mamar deitado, frequência à creche, hipertrofia de adenoide, tabagismo doméstico, DRGE. Os agentes etiológicos principais são: pneumococo, *Haemophilus Influenzae*, *Mycoplasma Pneumonie* (miringite bolhosa).

Devemos suspeitar de otite média em lactentes com gripe há alguns dias e que passaram a apresentar otalgia, febre, irritabilidade ou choro e recusa das mamadas ao seio. Lembrar que pelo menos metade dos casos flui sem febre.

O tratamento consiste em antibioticoterapia, além da administração de analgésico-antitérmico. Veja abaixo o esquema proposto:

Amoxicilina - 50mg/kg/d, VO em 3 doses, por 10 dias.

Ausência de melhora em 48-72h - opta-se por dobrar a dose de amoxicilina (até 90mg/kg/d), ou **Amoxicilina+Clavulanato** na dose de 40-90mg/kg/d, por 10 dias.

Se, mesmo assim, não houver melhora em 48-72h, opta-se por **Cefuroxima** - 30mg/Kg/d por 10 dias, ou **Cefaclor** - 20 a 40 mg/Kg/dia por 10 dias.

Ceftriaxone - 50mg/kg/d por 3d (SBP) em caso de falha terapêutica ou impossibilidade de ATB VO.

Mais de 85% das otites médias não tratadas evoluem para cura espontânea, porém, com evolução mais arrastada, há maior risco de perfuração timpânica, com supuração e lesão persistente do ouvido, por isso, geralmente, optamos por entrar com antibioticoterapia já no início do tratamento.

3.1.6 Sinusite

É a infecção aguda ou crônica dos seios da face (maxilares e etmoidais, presentes desde o nascimento, e esfenoidais e frontais, que pneumatizam-se mais tarde, entre 1-3 anos e entre 3-10 anos, respectivamente). Os fatores de risco são: resfriado comum, gripe, obstrução nasal, rinite alérgica, fibrose cística. Os agentes mais comuns são: *Streptococcus Pneumoniae* 30-40%; *Haemophilus Influenzae* 20%; *Moraxella Catarhalis* 20%; vírus (Parainfluenza e Adenovírus) 15%. Em casos crônicos, o *Staphylococcus Aureus* deve ser considerado.

A clínica constitui-se de tosse seca ou produtiva, que piora ao deitar, rinorreia, mucosa fluida ou mucopurulenta, obstrução nasal persistente, dor em seios da face (mais comum em escolares), cefaleia nas crianças maiores, podendo ocorrer febre e epistaxe.

Ao realizar exame físico, podemos observar pela rinoscopia anterior hiperemia da mucosa nasal e secreção escorrendo abaixo do corneto médio, bem como uma drenagem posterior na retrofaringe (gotejamento posterior).

O diagnóstico é clínico. Achados de RX, de velamento, nível hidroaéreo ou espessamento de mucosa acima de 4mm estão relacionados à sinusite em 70% dos casos, porém falta especificidade.

O tratamento é feito com amoxicilina: 50-90mg/kg/dia, de 8/8h, VO por 14-21 dias. Como 2ª opção: amoxicilina-clavulanato ou cefuroxima. Em caso de alergia grave à penicilina, pode-se usar azitromicina por 5 dias.

3.2 Infecções de Vias Aéreas Inferiores

3.2.1 Pneumonia

É a inflamação aguda do parênquima pulmonar, envolvendo as vias aéreas terminais e alvéolos de qualquer natureza.

A etiologia pode ser viral, bacteriana, fúngica, por micoplasma, protozoótica e por migrações larvárias. De acordo com a faixa etária, temos como agentes mais comuns:

- RN até 1 mês: gram negativos, Streptococcus do grupo B, E.Coli, Chlamydia, Staphylococcus Aureus, Ureaplasma, Citomegalovírus (CMV), vírus.
- De 2 meses até 5 anos: Streptococcus Pneumoniae (mais comum), Haemophilus Influenzae e Staphylococcus Aureus e vírus.
- > 5 anos: Streptococcus Pneumoniae, Micoplasma, Haemophilus, Chlamydia.

O quadro clínico se caracteriza por quadro inicial de infecção de vias aéreas superiores (resfriado comum, gripe...), evoluindo com agravo do estado geral, com surgimento ou persistência de febre e piora da tosse. Casos mais graves podem cursar com dispneia e dor abdominal, esta desencadeada pelo comprometimento pleural. No exame físico, temos como parâmetro importante para o diagnóstico a taquipneia e geralmente encontramos alterações no exame do tórax, a depender da síndrome pleuropulmonar que está acontecendo.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, porém um RX de tórax pode ajudar na confirmação do diagnóstico, sugerir provável etiologia e mostrar a extensão do comprometimento pneumônico.

O tratamento ambulatorial consiste em antibioticoterapia para as pneumonias com provável etiologia bacteriana e analgésico-antitérmico. O tratamento é empírico, baseado

no provável agente etiológico, de acordo com a faixa etária e apresentação clínica. Como, em geral, o principal agente é o pneumococo, podemos iniciar o tratamento com amoxicilina 50 a 100mg/Kg/dia e reavaliar o paciente em 48 horas, ou antes, em caso de piora clínica. Havendo melhora do quadro clínico, lembrando que a febre pode persistir até 72h após início da antibioticoterapia, mantemos a medicação. Não havendo melhora, ou ocorrendo piora clínica, devemos pensar inicialmente em duas possibilidades: 1) *Haemophilus Influenzae*, resistente pela produção de betalactamase - nesse caso, trocaremos o antibiótico por amoxicilina com clavulanato ou por cefaclor ou cefuroxima; 2) pneumococo resistente à amoxicilina (por mutação das proteínas ligadoras de penicilina), neste caso, opta-se por cefaclor ou cefuroxima. O tratamento é indicado por 10 dias.

Circunstâncias em que há indicação de internação:

- falha de tratamento ambulatorial;
- esforço respiratório (retração subcostal, batimento de asa nasal, gemência);
- toxemia;
- convalescentes de sarampo, varicela e coqueluche;
- baixa idade (RN e lactentes < 2 meses);
- doenças de base (ex: cardiopatia, nefropatia, pneumopatia grave);
- pneumonias complicadas (derrame pleural ou abscesso pulmonar);
- imunodeprimidos;
- desnutridos graves;
- dificuldade de ingerir o medicamento.

3.2.2 Bronquiolite

É uma infecção respiratória aguda de etiologia viral, causada principalmente pelo vírus Sincicial Respiratório, comprometendo bronquíolos através da inflamação (edema, tampões de restos celulares e secreções), causando um quadro obstrutivo. A obstrução das vias leva a um aumento da frequência respiratória para manter o volume-minuto. A principal faixa etária acometida vai dos 3 meses de vida aos 2 anos de idade (pico aos 6 meses).

O quadro clínico é caracterizado pela apresentação de tosse, rinorreia, *distress respiratório leve, moderado ou grave, baixo grau de febre (exceto nas infecções bacterianas secundárias como OMA), taquipneia e taquicardia, cianose (casos graves), sinais clínicos e radiológicos de hiperinsuflação, sibilos e finas creptações à ausculta.*

Quanto ao tratamento, destacamos os seguintes pontos:

- Isolamento e monitorização - lavar as mãos com frequência. Se não puder isolar, manter distância de 2 metros entre cada paciente;
- Hidratação oral;
- Broncodilatadores: alguns autores acham controverso;
- Corticoides: Não se usam. A beclometasona pode ter efeito posterior na bronquiolite, mas não virou consenso;
- Ribavarina: uso indicado somente em doentes crônicos, em casos graves da doença, lactentes menores que 6 meses previamente sadios ou prematuros, ou paciente sob ventilação mecânica;
- Antibióticos: são indicados a pacientes com sinais e sintomas sugestivos de pneumonia, sinusite ou outra complicação infecciosa;

Pacientes com esforço respiratório importante e sinais de hipóxia devem ser encaminhados para internação.

3.2.3 Laringites, Laringotraqueobronquites

A laringite ou laringotraqueobronquite aguda é uma infecção viral, causada principalmente pelos vírus influenza, parainfluenza, VSR e adenovírus. O quadro clínico manifesta-se por tosse ladrante, rouquidão, obstrução nasal, por vezes estridor. Pode haver febre ou não.

O tratamento é feito com antitérmico para a febre, se presente, soro fisiológico para lavagem nasal, vaporização (o ar umidificado é benéfico para o quadro obstrutivo), dexametasona IM 0,5 mg/Kg em dose única ou inalação com budesonida de 12/12 horas. Para os casos mais graves, com estridor e esforço respiratório, utilizamos inalação com adrenalina (1 a 3 ml, diluído em 4ml de SF₆,9%) por 5 a 10 minutos, podendo ser repetida após 20 minutos, se persistir esforço respiratório importante. Atentar para a possibilidade de efeito rebote em mais ou menos 3h após a inalação com adrenalina, portanto os pacientes devem permanecer em observação, mesmo que tenham apresentado cessação do esforço respiratório.



VAMOS SABER MAIS!

Como diagnóstico diferencial, deve-se considerar a epiglotite, quadro infeccioso bacteriano grave, que se caracteriza por instalação abrupta de obstrução alta com tosse ladrante, estridor, febre alta e toxemia. É uma emergência médica e necessita de internação imediata, de preferência em CTI.

Seção 4 - ASMA

Nesta seção o tema asma será abordado e, ao final da mesma, espera-se que você compreenda a fisiopatologia dessa doença, saiba diagnosticar e classificar a gravidade dela, bem como de sua crise e seja capaz de realizar um tratamento adequado e individualizado.

A asma é uma doença crônica, caracterizada por crises reversíveis de broncoespasmo, que é acompanhado de hipersecreção brônquica, edema e infiltração inflamatória local. A história familiar é importante.

Os agentes desencadeantes da crise podem ser: alérgenos respiratórios (ácaros, pólen, pelos de animais, odores fortes, fumaça...), processo infeccioso/inflamatório de vias aéreas superiores e inferiores, exercício físico, ar frio e medicamentos, como antiinflamatórios não esteroides (AINES).

A crise se manifesta por tosse seca e irritativa, seguida de dispneia e chiado, podendo evoluir para dificuldade respiratória em graus variados. A asma pode ser classificada segundo sua gravidade, ver quadro abaixo, retirado do IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.

Quadro 1 - Classificação da gravidade da asma

	Intermitente*	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	Raros	Semanais	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	Raros	Mensais	Semanais	Quase diários
Necessidade de beta-2 para alívio	Rara	Eventual	Diária	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Raras	Afeta atividades e o sono	Afeta atividades e o sono	Frequentes
VEF1 ou PFE	≥ 80% predito	≥ 80% predito	60-80% predito	≤ 60% predito
Variação VEF1 ou PFE	< 20%	< 20-30%	> 30%	> 30%

Classificar o paciente sempre pela manifestação de maior gravidade.
 *Pacientes com asma intermitente, mas com exacerbações graves, devem ser classificados como tendo asma persistente moderada.
 VEF1: volume expiratório forçado no primeiro segundo; PFE: pico de fluxo expiratório.

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.

O tratamento de manutenção baseia-se na classificação de gravidade que fora exposto. Veja o quadro a seguir, também extraído da VI Diretrizes para o Manejo da Asma.

Quadro 2 - Tratamento de manutenção inicial baseado na gravidade

Gravidade	Alívio	Primeira escolha	Alternativa	Uso de corticoide oral
Intermitente	Beta-2 de curta duração	Sem necessidade de medicamentos de manutenção		
Persistente leve	Beta-2 de curta duração	CI dose baixa	Montelucaste Cromonas*	Corticosteroide oral nas exacerbações graves
Persistente moderada	Beta-2 de curta duração	CI dose moderada* a alta Ou CI dose baixa a moderada, associado a LABA	Baixa a moderada, dose de CI associada a antileucotrieno ou teofilina	Corticosteroide oral nas exacerbações graves
Persistente grave	Beta-2 de curta duração	CI dose alta* CI dose alta + LABA	Alta dose de CI + LABA, associados a antileucotrieno ou teofilina	Cursos de corticoide oral a critério do médico, na menor dose para se atingir o controle

* Especialmente em crianças. CI: corticosteroide inalatório; LABA: beta-2 agonista de longa duração.

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.

Os pacientes com asma intermitente necessitam de acompanhamento regular e orientamos que o mesmo também seja acompanhado e tenha seu tratamento conduzido pelo especialista.

A crise de asma também é classificada quanto à gravidade:

Quadro 3 - Classificação da intensidade da crise de asma em adultos e crianças

Achado*	Muito grave	Grave	Moderada/leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispnéia	Grave	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas ou monossilábicas Lactente: maior dificuldade ao alimentar	Frases incompletas/parciais. Lactente: choro curto, dificuldade ao alimentar	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastoideas acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausentes com MV localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos
FR (irm)**	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
FC (bpm)	> 140 ou bradicardia	> 110	≤ 110
PFE (% melhor ou previsto)	< 30%	30-50%	> 50%
SaO ₂ (ar ambiente)	< 90%	91-95%	> 95%
PaO ₂ (ar ambiente)	< 60 mmHg	Ao redor de 60 mmHg	Normal
PaCO ₂ (ar ambiente)	> 45 mmHg	< 40 mmHg	< 40 mmHg

* A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indica a classificação geral da crise.

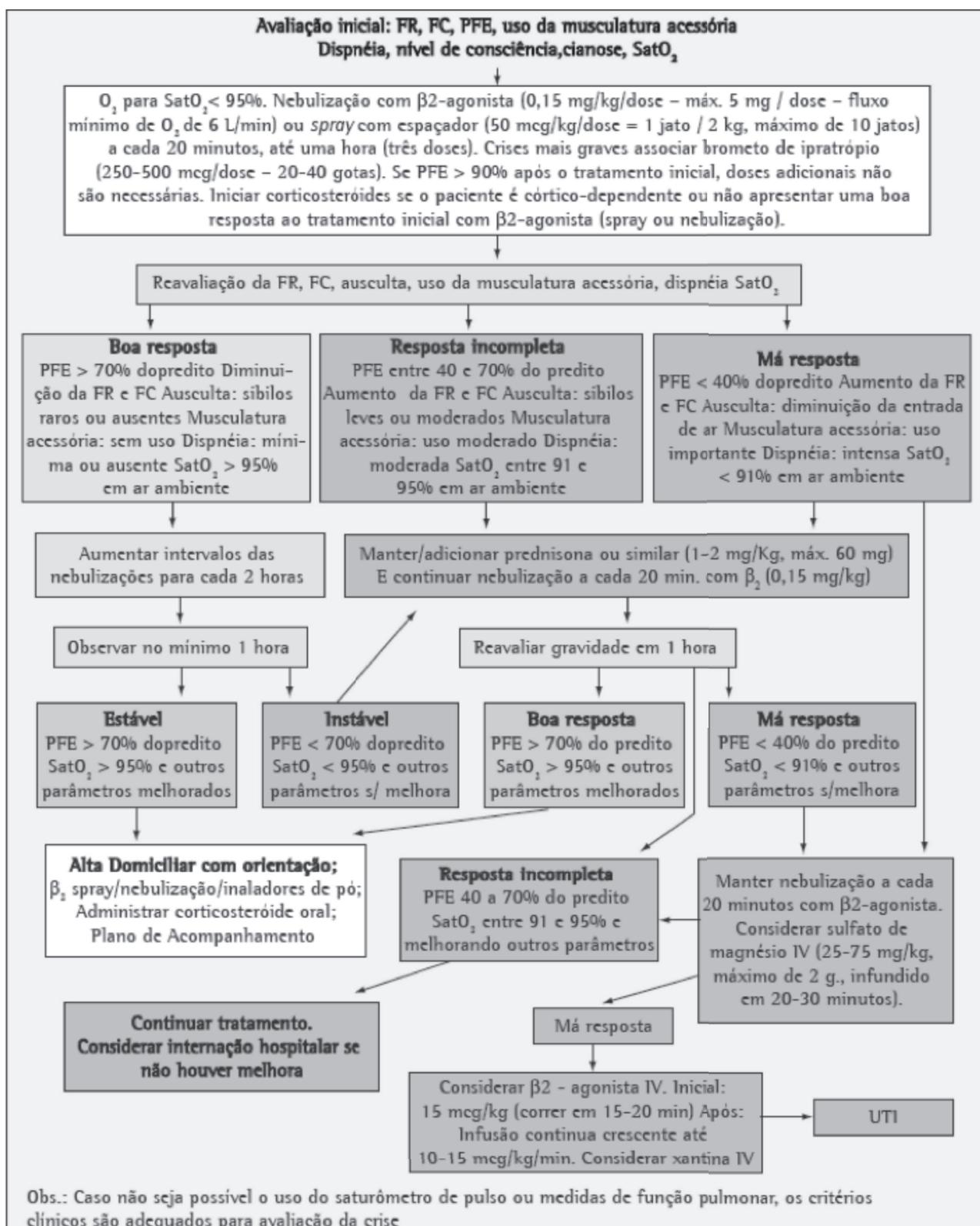
** FR em crianças normais: < 2 meses, < 60 /min; 2-11 meses, < 50/min; 1-5 anos, < 40 /min; 6-8 anos, < 30 /min; > 8 anos = adulto.

MV: murmúrio vesicular; FR: frequência respiratória; FC: frequência cardíaca; PFE: pico de fluxo expiratório.

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.

Abaixo segue o fluxograma do tratamento da crise de asma pela IV Diretrizes para o manejo da Asma.

Figura 1 - Fluxograma do tratamento da crise de asma



Fonte: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma.

Obs.: Fenoterol (berotec) - apresentação 1ml=5mg (20 gotas), ou seja, aproximadamente 1 gota de Fenoterol para cada 2 Kg de peso, com máximo de 5mg = 20 gotas.

Ao liberar o paciente, dar preferência, se possível, ao beta2 inalatório, pois este possui menos efeitos colaterais que os administrados por via oral, como o salbutamol xarope de que dispomos na rede pública. Para crianças, a dose recomendada do salbutamol é de 0,1 a 0,2 mg/Kg/dose (respectivamente 0,25 a 0,5 ml/kg do xarope), máximo de 4mg/dose, a cada 6 ou 8 horas.

Após a liberação, o broncodilatador deve ser mantido até que a criança permaneça 24h sem sintomas de broncoespasmo.

Quando indicado o uso de corticoide, como mostrado no fluxograma, podemos usar no lugar da prednisona, a prednisolona via oral na dose de 1 a 2 mg/kg/dia. Se o paciente for liberado com corticoide via oral, este deve ser prescrito por 3 a 7 dias. Atentar para o uso superior a 1-2 semanas, o qual requer retirada gradual.

Seção 5 - PATOLOGIAS GASTROINTESTINAIS MAIS COMUNS

Nesta seção serão abordadas as patologias gastrointestinais mais comuns na infância. São temas importantes, principalmente pela frequência com que os mesmos acontecem no dia a dia do atendimento à criança.

Ao final, espera-se que você esteja apto a: 1) realizar um diagnóstico adequado da diarreia e do grau de desidratação, bem como o tratamento adequado para cada situação; 2) realizar diagnóstico de constipação crônica, identificando os fatores relacionados e sabendo tratá-la adequadamente; 3) saber diferenciar o refluxo fisiológico do lactente da doença do refluxo gastroesofágico, orientando a conduta para cada situação identificada.

5.1 Diarreias

A síndrome diarreica manifesta-se por aumento do volume de fezes, diminuição da consistência das mesmas e aumento da frequência das evacuações.

As diarreias ou gastroenterites agudas geralmente são autolimitadas, durando de 7 a 10 dias. Os vômitos podem acompanhar o quadro, principalmente nos primeiros dias de evolução; dores abdominais também podem estar presentes. A morbimortalidade das gastroenterites está principalmente relacionada à desidratação, aos distúrbios hidroeletrólíticos e ao agravo do estado nutricional, principalmente em crianças previamente desnutridas.

Quanto à etiologia, os principais causadores são os vírus, principalmente o rotavírus e o adenovírus. Dentre as bactérias, destaca-se principalmente E.Coli, Shiguella e Salmonella.

Na abordagem, devemos considerar que

- a absorção de eletrólitos e glicose se mantém fisiologicamente;
- a manutenção da alimentação é benéfica, pois impede a deterioração do estado nutricional e favorece a regeneração do epitélio intestinal;
- um maior aporte nutricional durante a fase de convalescência deve ser parte integrante do tratamento.

A abordagem terapêutica visa prevenir ou corrigir a desidratação e manter ou recuperar o estado nutricional da criança, além de, durante o tratamento, realizar processo de educação para a saúde, enfatizando para a família o que causa a diarreia, como evitá-la e como tratá-la.

A - Hidratação

Utiliza-se a solução de reidratação oral preconizada pela Organização Mundial de Saúde e fornecida, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, ou então a reidratação venosa, dependendo do esquema terapêutico: plano A, plano B ou plano C.

PLANO A- A criança sem sinais de desidratação

Institui-se nestes casos o tratamento preventivo da desidratação, que consiste em:

- Orientar a família sobre a evolução esperada da doença, seus riscos eventuais e a conduta a seguir.
- Recomendar uma ingestão maior de líquidos, principalmente água, cereais cozidos, sopas e sucos.
- Administrar soro de reidratação oral na quantidade de 10ml/kg (total de 50 a 200ml) após cada episódio de evacuação diarreica ou vômito.
- Mostrar à família como reconhecer os sinais de

desidratação e como e onde procurar os Serviços de Saúde. Recomendar que, caso haja piora da diarreia ou apareçam sinais de desidratação, deve procurar o Serviço de saúde.

PLANO B- A criança com sinais de desidratação sem risco imediato de choque

A reidratação oral com os sais de reidratação oral (SRO) é o tratamento de escolha para estas crianças. Não devem ser usados refrigerantes, chás, outros líquidos ou alimentos, até o desaparecimento dos sinais de desidratação, com exceção dos lactentes alimentados ao seio, que deverão continuar a receber este alimento junto com a SRO. Essa fase de reidratação deverá ser realizada no Serviço de Saúde, com liberação da criança para o domicílio somente após o desaparecimento dos sinais de desidratação. Quando se alcança sucesso na reidratação (o que ocorre em cerca de 80 a 85% das vezes), a criança se hidrata em cerca de 4 a 5 horas. Algumas orientações devem ser consideradas:

- A quantidade de SRO ingerida dependerá mais da criança. Como parâmetro inicial, oferecer cerca de 20 a 30 ml/kg/hora, em volumes pequenos de cada vez, com intervalos de ingestão de cerca de 10 a 15 minutos.
- Se a criança vomitar, o volume administrado deve ser reduzido e a frequência de administração aumentada.
- Os sinais de desidratação desaparecem progressivamente, devendo as crianças ser reavaliadas periodicamente (no mínimo a cada hora).
- Ao desaparecerem os sinais de desidratação, iniciar a alimentação naquelas crianças que não fazem uso do leite humano. A partir daí, após cada evacuação líquida, oferecer SRO para a criança (de 50 a 200

ml após cada evacuação, dependendo de seu peso - podendo-se calcular 10ml/kg de peso).

- O aleitamento ao seio deverá ser mantido e estimulado durante o período de reidratação, com medidas concretas de apoio à mãe lactante.
- Para as crianças que recebem outros alimentos que não o leite humano, enfatizar a importância de maior aporte calórico durante o período de convalescência para acelerar a recuperação nutricional.
- A criança deve ser reavaliada no Serviço de Saúde após 24 horas da alta, e a família, orientada para sinais que indiquem recaídas do quadro clínico, como: sede intensa, vômitos, piora da diarreia, irritabilidade ou prostração e diminuição da diurese. Nestes casos, orientar para oferecer SRO à criança e procurar imediatamente Serviço de Saúde.

Algumas situações indicam o fracasso da terapia de reidratação oral, tais como:

- Perda de peso após as primeiras duas horas de uso adequado de SRO;
- Vômitos persistentes (4 ou mais vezes em uma hora) depois de iniciada a SRO;
- Distensão abdominal acentuada, que sugere a presença de íleo paralítico (o que revela a necessidade de, nas reavaliações periódicas da criança durante o processo de TRO, fazer exame físico completo da criança);
- Alteração no estado de consciência da criança.

PLANO C- A criança com sinais de desidratação grave

É conduta a ser realizada em ambiente hospitalar, motivo pelo qual as crianças que têm indicação da utilização deste plano de tratamento devem ser encaminhadas a hospitais.

Evidentemente, até a chegada da criança a esses locais, deverá ser oferecida a ela a SRO, na tentativa de diminuir o risco de choque hipovolêmico. Porém, lembrar que esta é uma situação de grande gravidade, não se podendo perder tempo. O plano C compõe de duas fases, a de expansão (fase rápida) e a de manutenção e reposição (realizadas em conjunto).

Fase de expansão - Na expansão, usamos SF0, 9% 20ml/Kg em 1 hora. E o restante do estimado da perda, com solução, com partes iguais de soro glicosado a 5% e soro fisiológico (NaCl a 0,9%). Manter a solução até o desaparecimento dos sinais de desidratação, quando se passa para a fase de manutenção e reparação. Essa fase rápida dura em torno de 4 a 5 horas.

Raramente há indicação de a criança continuar a receber líquidos por via venosa; após reidratar, habitualmente, passa a tolerar alimentos e líquidos por via oral. Portanto, após término da fase de expansão da reidratação venosa, testar a aceitação oral da criança, antes de prescrever soro venoso de manutenção e reposição.

B- Alimentação

É tão importante quanto a hidratação na abordagem da diarreia. O aleitamento materno, se realizado, deve ser mantido mesmo durante a reidratação. Para as outras crianças, assim que estiverem hidratadas, fornecer alimentação habitual.

C- Medicamentos

Geralmente o tratamento da diarreia aguda restringe-se à hidratação e nutrição da criança. Em algumas poucas situações, pode haver necessidade de uso de medicamentos, porém os medicamentos como antieméticos e antiespasmódicos não devem ser utilizados.

5.2 Constipação Intestinal Crônica

É definida como a ocorrência de duas ou mais das manifestações abaixo nas últimas 8 semanas: < 3 evacuações por semana; > 1 episódio de incontinência fecal por semana; fezes retidas no reto, ou por palpação ao exame do abdome; fezes calibrosas que obstruem o vaso sanitário; comportamento de retenção e/ou dor à evacuação.

A constipação intestinal crônica é uma das principais causas de dor abdominal recorrente na criança e, na grande maioria dos casos, a causa é funcional, devido à dieta pobre em fibras e ao hábito de “segurar as fezes”.

O tratamento consiste em ingerir muito líquido e orientar uma dieta adequada, evitando o excesso de leite de vaca e de soluções açucaradas e aumentando a ingestão de fibras vegetais (cereais integrais, leguminosas, legumes e verduras, azeitonas, ameixa preta, uva-passa, mamão, laranja e coco, farelo de trigo - 1 colher sobremesa 2x ao dia). Também é preciso recondicionar a criança, orientando-a para sentar-se no vaso após as refeições, por 5 a 10 minutos, manter os pés com apoio, e tentar evacuar (aproveitar o reflexo gastrocólico). Deve-se evitar a passagem de fezes calibrosas e endurecidas, que levarão à dor e, conseqüentemente, à retenção. De acordo com este último procedimento, se na primeira semana a criança não conseguir evacuar diariamente, aplicar enema de sorbitol. O enema deve ser diário, por 2 a 4 dias até obter evacuações amolecidas. Pode-se fazer também uma manutenção com óleo mineral (1,5ml/Kg 2x ao dia, longe das refeições) ou lactulose (1-3ml/Kg/dia 2x/dia), como tentativa de redução gradual da medicação após 4-6 semanas. Por vezes, o tratamento psicológico é necessário.

A conduta indicada em caso de impactação de fezes é o clister glicerinado a 12% ou SF0,9%, morno (10ml/Kg), no máximo

150ml, assim administrado na criança em decúbito lateral esquerdo: introduzir a sonda, forçando o fecaloma, segurar as duas nádegas e, após a passagem do líquido, juntar as nádegas, apertando-as até a criança sentir vontade de evacuar.

As causas não funcionais são as de origem orgânica: secundária a fissuras, ânus ectópico anterior, estenose e atresia anal, doenças medulares espinhais (mielomeningocele), paralisia cerebral, Hirschprung, pseudo-obstrução intestinal crônica, hipotireoidismo, acidose tubular renal, fenitoína, imipramina, fenotiazida, codeína, alergia a proteína do leite de vaca. A constipação orgânica normalmente já surge na primeira infância. Pensar em causa orgânica quando houver hipodesenvolvimento pondero-estatural, evidências de desnutrição, distensão abdominal importante, reto vazio ao toque retal, estenose anal, alterações neurológicas e motoras.

Fazer também diagnóstico diferencial com a pseudoconstipação em crianças menores de 6 meses, principalmente naquelas em aleitamento materno exclusivo, pois, se ficarem até 5-6 dias sem evacuar nesta faixa etária, não requerem tratamento, contanto que, ao evacuarem, não apresentem esforço, fezes endurecidas ou dor.

5.3 Refluxo Gastroesofágico

Na maioria dos casos, o refluxo é fisiológico. É um quadro frequente nos primeiros meses de vida, entre o nascimento e os 3 meses, com regurgitação geralmente pós-alimentar imediata. A criança apresenta curva ponderal apropriada, sem manifestações respiratórias ou compatíveis com esofagite. Os episódios diminuem por volta dos 8-12 meses, quando a criança já se mantém ereta ou sentada e a alimentação passa a ser mais sólida.

O refluxo patológico pode ser relacionado a uma disfunção do esfíncter esofágico inferior, a uma patologia do trato

digestivo ou fora dele. O quadro clínico se caracteriza por: regurgitação e vômitos, ganho de peso inadequado, esofagite, choro, irritabilidade, cólicas, Síndrome de Sandifer (jogar a cabeça para trás, na tentativa que diminuir a dor), ocorrência de sangue oculto nas fezes, anemia ferropriva refratária ao uso de ferro, pneumonia de repetição, broncoespamo, tosse crônica, estridor, rouquidão e otite de repetição.

O diagnóstico é basicamente clínico, devendo-se partir para exames complementares nos casos duvidosos ou que necessitem de investigação mais aprofundada.

Devemos explicar para a família que o RGE tem caráter autolimitado e orientar medidas gerais posturais: reposicionar para mamar, evitar roupas apertadas, evitar deitar logo após alimentação (20 a 30 minutos) e posições, como sentada e supino, diminuir o volume, aumentando a frequência das mamadas.

Os objetivos do tratamento são diminuir o refluxo e aumentar o pH do material refluído. Geralmente utiliza-se um antiácido (inibidor de H₂ ou inibidor da bomba de prótons). Atentar para o fato de que o procinético não apresenta eficácia comprovada em seu uso e, frequentemente, surgem efeitos colaterais associados, como sedação, irritabilidade e constipação; portanto, em geral, o tratamento restringe-se ao uso do antiácido associado a medidas posturais.

As indicações de tratamento cirúrgico (funduplicatura de Nissen) são restritas a estes casos: esofagite refratária ao tratamento, estenose esofágica refratária, esôfago de Barret, doenças respiratórias associadas a refluxo intratável, crises de apneia, quando não há resposta ao tratamento clínico, e vômitos persistentes com retardo ponderal.

Seção 6 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

Nesta seção será abordado o tema infecção do trato urinário. É importante que, ao final deste capítulo, você esteja apto a diagnosticar adequadamente um quadro de ITU, compreendendo-o quando solicitar exames complementares, além da urocultura, e sabendo tratar adequadamente cada caso.

Trata-se da proliferação de bactérias na urina, com manifestações inflamatórias das vias urinárias. Tem como principal agente causador a bactéria *E. Coli*, provinda do trato intestinal.

Deve ser dada muita atenção à ITU, pois ela pode significar uma uropatia obstrutiva ou refluxo vesico-ureteral, podendo, então, ocorrer pielonefrite, sepse e lesões renais irreversíveis e progressivas se não for feito o diagnóstico e tratamento correto.

Nas crianças menores de 2 anos, frequentemente as manifestações são inespecíficas, como febre, irritabilidade, anorexia e dores abdominais. Nas crianças maiores, as queixas são mais específicas, como disúria, polaciúria e urgência miccional. Febre, dor lombar ou em flanco, prostração, palidez e vômitos indicam evolução para pielonefrite.

Normalmente a confirmação é feita por um exame sumário de urina (Urina tipo I) e uma urocultura colhida adequadamente. Uma Urina tipo I sugestiva de infecção urinária é aquela que possui aumento de leucócitos >10 e bacteriúria, podendo ocorrer hematúria; já a presença de nitritos indica pielonefrite. O uso de antibioticoterapia interfere no resultado.

Devemos atentar para o fato de que nas coletas por saco ou copo coletor, a possibilidade de contaminação bacteriana externa é grande e, desta forma, a Urina tipo I revelará presença de bactérias, assim como na cultura - uroculturas com mais de 100.000 colônias, no exame em que a coleta é feita com saco ou

copo coletor, indicam ITU; se a coleta for por sondagem, valores maiores de 10.000 já sugerem ITU e, se a coleta for por punção suprapúbica, qualquer crescimento é considerado infecção. Outro ponto importante é que, nas infecções febris, mesmo em outro sítio que não urinário, pode ocorrer leucocitúria.

Sendo o quadro clínico muito sugestivo de ITU, podemos iniciar antibioticoterapia logo após a coleta de Urina tipo I e urocultura.

Opções de tratamento empírico por via oral, antes do resultado da cultura e antibiograma:

- SMZ+TMP: 50+8mg/Kg/dia ÷2 VO.
- Ácido nalidíxico: 60mg/kg/dia ÷4 VO.
- Nitrofurantoína: 5-7 mg/kg/dia ÷4 VO.
- Cefalexina: 50-100mg/Kg/dia ÷4 VO (acomete flora intestinal).

Crianças com suspeita de pielonefrite (ITU com febre) que apresentarem queda do estado geral ou vômitos devem ser encaminhadas para internação, pelo risco de sepse. Os menores de dois meses também devem ser internados.

Recomenda-se realizar propedêutica de imagem (US rins e vias urinárias e RX abdome) em toda criança após o primeiro episódio de ITU bem documentada.

A uretrocistografia miccional é obrigatória nos casos de recidiva e na suspeita de pielonefrite, e pode ser apenas realizada em 20 a 40 dias após término do tratamento da ITU, com a criança usando profilaxia com antibiótico e com resultado de urocultura negativo logo antes do exame.

A cintilografia renal deve ser solicitada nos casos em que os exames anteriores vierem alterados e nos casos de pielonefrite.

A profilaxia com antibiótico deve ser feita nos pacientes com recidivas e com pielonefrite, sendo iniciada logo após o término do tratamento e mantida até a realização dos exames

de imagem. No caso de alterações nos exames, manter profilaxia até a cirurgia ou resolução do quadro.

Podemos usar qualquer uma das medicações citadas anteriormente como profilaxia, a dose é $\frac{1}{4}$ da dose de tratamento, administrada 1x ao dia, à noite. Cefalosporinas (cefadroxil ou cefalexina) devem ser preferidos em crianças menores de 3 meses que toleram mal outras alternativas. Atentar para o fato de que as cefalosporinas acometem a flora intestinal, favorecendo recorrências.

Orienta-se que os pacientes com ITU complicada ou recidivas frequentes devam ser acompanhados juntamente com um nefropediatra.

Seção 7 - DOENÇAS INFECCIOSAS QUE MERECEM DESTAQUE QUANTO AO SEU CARÁTER EPIDEMIOLÓGICO EM NOSSO ESTADO

Esta seção tratará das doenças infecciosas, como leishmaniose visceral, dengue e tuberculose, elencadas devido a sua importância epidemiológica em nosso estado. Espera-se que, ao final desta seção, você esteja apto a diagnosticar a leishmaniose visceral, a dengue e a tuberculose, sabendo como tratá-las e quando encaminhar a criança para tratamento em um nível de maior complexidade. Espera-se, também, que a seção tenha ação sensibilizadora para realização de ações preventivas em relação a essas morbidades.

7.1 Leishmaniose Visceral

As leishmanioses são consideradas primariamente como uma zoonose, podendo acometer o homem quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito, transformando-se em uma antropozoonose. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo (TDR/WHO).

A leishmaniose visceral é causada por protozoários da família tripanosomatidae, do gênero *Leishmania*, com 3 espécies: *donovani*, *infantum* e *chagasi* (espécie causadora no Brasil). O parasita é intracelular obrigatório das células do sistema fagocítico mononuclear e apresenta-se com uma forma flagelada no tubo digestivo do vetor, e uma forma aflagelada nos tecidos dos vertebrados. O principal vetor no Brasil é o mosquito *Lutzomyia Longipalpis*.

A transmissão ocorre através da picada dos insetos vetores (*L. longipalpis* ou *L. cruzi*) infectados pela *Leishmania chagasi*. Não ocorre transmissão direta da LV de pessoa a pessoa. A

incidência da transmissão da LV é maior nos períodos logo após a estação chuvosa devido ao aumento da densidade populacional do inseto.

O período de incubação no homem vai de 10 dias a 24 meses, com média entre 2 a 6 meses, e no cão, de 3 meses a vários anos, com média de 3 a 7 meses.

A leishmaniose visceral, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados e crianças desnutridas, é considerada uma das doenças mais importantes da atualidade.

Fisiopatologicamente, ocorre uma marcante depressão da resposta imunológica do hospedeiro, com depressão da resposta mediada por linfócitos T e macrófagos com ativação policlonal de linfócitos B. Antígenos da *Leishmania* inibem a produção de IL-2, IL-12 e IFN-gama, e elevam os níveis de IL-4, IL-10 e TNF-alfa. Os pacientes que apresentam baixos níveis de IFN-gama e níveis elevados de TNF-alfa estão associados à doença mais grave. Imunocomplexos circulantes, contendo antígenos da *Leishmania*, podem causar reação inflamatória crônica ao se depositarem nos rins.

Só uma pequena parcela dos indivíduos infectados manifesta sintomas da doença.

O diagnóstico clínico da leishmaniose visceral deve ser suspeitado quando o paciente apresentar: febre e esplenomegalia associadas ou não à hepatomegalia. A apresentação clínica é dividida em três períodos:

- **Período inicial:** caracteriza o início da sintomatologia que, na maioria dos casos, inclui febre com duração menor que quatro semanas, palidez cutâneo-mucosa, hepatoesplenomegalia; o estado geral do paciente fica preservado, o baço geralmente não ultrapassa 5 cm do RCE e pode evoluir para cura espontânea (forma oligossintomática) ou para período de estado. Exames de laboratório apontam anemia pouco expressiva (Hb

- > 9g/dl), contagem de leucócitos e plaquetas sem alterações significativas, VHS > 50mm, PT e frações discretamente alteradas - hipergamaglobulinemia.
- **Período de estado:** ocorre febre irregular, emagrecimento progressivo, palidez cutâneo-mucosa e hepatoesplenomegalia. O quadro clínico é arrastado, geralmente por mais de dois meses de evolução, já ocorrendo comprometimento do estado geral. Exames de laboratório apontam anemia, trombocitopenia, leucopenia com predomínio de linfócitos e inversão da relação albumina/globulina; TGO, TGP e bilirrubinas com alterações variáveis.
 - **Período Final:** ocorre febre contínua, um comprometimento mais intenso do estado geral, desnutrição (cabelos quebradiços, cílios alongados, pele seca), edema dos MMII, hemorragias (epistaxe, gengivorragia, petéquias), icterícia e ascite. O óbito geralmente decorre por infecções bacterianas e/ou sangramentos.

O caso será considerado confirmado após exame parasitológico direto positivo, sorologia maior ou igual a 1:80 (valores entre 1:40 e 1:80 requerem nova amostra em 30 dias) ou teste rápido positivo. A história clínica compatível com um exame sorológico positivo reforça o diagnóstico de leishmaniose; porém um exame sorológico positivo num paciente sem manifestações clínicas sugestivas de leishmaniose não autoriza o início do tratamento.

O paciente proveniente de área com transmissão, com suspeita clínica e que não tenha realizado os exames, mas que tiver resposta positiva ao tratamento, também será considerado como caso confirmado.

Por ser uma doença de notificação compulsória e com características clínicas de evolução grave, o diagnóstico deve

ser feito de forma precisa e o mais precocemente possível. Em situações em que o diagnóstico sorológico e/ou parasitológico não estiver disponível, ou na demora da liberação dos mesmos, o início do tratamento não deve ser postergado.

Na suspeita de um caso de leishmaniose visceral, devemos solicitar os seguintes exames:

- Coleta de sangue para sorologia específica
- Punção de Medula Óssea para exame parasitológico
- Exames complementares:

Hemograma completo	Bilirrubinas
VHS	PT e frações
Testes de coagulação sanguínea	EAS
Creatinina	Urocultura
TGO e TGP	Hemocultura
TAP	Rx Tórax

As drogas de primeira escolha para o tratamento são antimoniais pentavalentes (antimoniato de N-metil glucamina). O desoxicolato de anfotericina B é recomendado para os pacientes com contraindicação ou que tenham apresentado toxicidade ou refratariedade ao uso dos antimoniais pentavalentes e para pacientes com sinais de gravidade. A anfotericina B lipossomal é usada para pacientes que apresentaram falha terapêutica ou toxicidade ao desoxicolato de anfotericina B para transplantados renais ou com insuficiência renal.

O tempo de tratamento é de 20 a 40 dias, de acordo com a gravidade do caso e com a resposta do paciente.

Os pacientes que apresentem sinais de alerta e/ou de gravidade devem ser tratados em nível hospitalar.

Sinais de gravidade:

Idade < 6 meses ou > 65 anos

- Desnutrição grave

- Comorbidades
- Icterícia
- Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe)
- Edema generalizado
- Sinais de toxemia (letargia, má perfusão, cianose, taquicardia ou bradicardia, hipo ou hiperventilação e instabilidade hemodinâmica)

Sinais de alerta:

Idade entre 6 meses e 1 ano ou adultos com idade entre 50 e 65 anos.

- Recidiva de LV
- Diarreia
- Vômitos
- Infecção bacteriana suspeita
- Febre há mais de 60 dias

Os pacientes com estas alterações laboratoriais importantes também deverão ser hospitalizados:

- Leucócitos < 1.000/ml ou neutrófilos < 500/mm³
- Plaquetas < 50.000/ml
- Hb < 7 g/dl
- Creatinina sérica > que 2x o valor de referência
- TAP < 70%
- Bilirrubina acima dos valores de referência
- Enzimas hepáticas acima de 5x o maior valor de referência
- Albumina < 2,5 mg/ml

São critérios para interromper o tratamento iniciado com glucantime: arritmias, amilase 4x os valores normais e lípase, 15x os valores normais. Nesses casos, o paciente deverá ser hospitalizado e iniciado tratamento com drogas alternativas.

Os critérios de cura estão abaixo relacionados:

- A febre desaparece do 2º ao 5º dia de medicação específica;
- O volume do baço e fígado reduz nas primeiras semanas;
- Os parâmetros hematológicos melhoram a partir da 2ª semana;
- A normalização das proteínas séricas pode levar meses.
- Retorno do apetite, melhora do estado geral e ganho ponderal desde o início do tratamento.

Após a cura, o paciente deve ser acompanhado por 12 meses (3º, 6º e 12º mês).

Alguns conceitos importantes:

Tratamento regular: caso que utilizou 20 doses de 20 mg/kg/dia de antimonial pentavalente, em no máximo 30 dias, não ocorrendo intervalos superiores a 72 h entre as doses.

Tratamento irregular: caso que ultrapassou o tempo previsto para o tratamento regular ou em que tenham ocorrido intervalos superiores a 72 h entre as doses.

Falha terapêutica: caso em que não ocorreu cura clínica após a 2ª série regular de tratamento com antimonial pentavalente.

Abandono de tratamento: caso que não completou 20 doses de tratamento com antimonial pentavalente no tempo preestabelecido, ou em que os pacientes, não tendo recebido alta, não compareceram até 30 dias após o agendamento para avaliação clínica.

Recidiva: recrudescimento da sintomatologia em até 12 meses após a cura clínica. É considerado caso novo o reaparecimento de sintomatologia após 12 meses de cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.

Se o paciente retornar antes de 7 dias de interrupção da droga, devemos completar as 20 doses. Caso tenham passado mais de 7 dias, se o número de doses for menor que 10, reiniciar

o tratamento e, se o número de doses for maior que 10, observar o paciente clinicamente curado e reiniciar o tratamento no clinicamente doente.

A OMS recomenda como medidas para controle da LV:

1. Detecção ativa e passiva de casos suspeitos de LV;
2. Estabelecimento de programas de vigilância epidemiológica;
3. Manutenção de centros capacitados para atendimento de doentes;
4. Detecção e eliminação de reservatórios infectados;
5. Controle de vetores.

7.2 Dengue

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, que pode ter curso benigno ou grave.

O agente etiológico é um arbovírus do gênero *Flavivírus*, da família *Flaviviridae*, possuindo 4 sorotipos: DEN 1, 2, 3 e 4. Os vetores são o *Aedes Aegypti* e o *Aedes Albopictus*.

A suscetibilidade ao vírus da dengue é universal. A imunidade, que pode ser permanente a um mesmo sorotipo (homóloga) ou cruzada (heteróloga) é temporária.

É considerado como suspeito de dengue clássico todo caso em que o paciente apresente doença febril aguda com duração máxima de até 7 dias, acompanhada de pelo menos 2 dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema associados à história epidemiológica compatível. O caso é confirmado laboratorialmente através de sorologia.

Na febre hemorrágica da dengue (FHD), o paciente apresenta: febre ou história de febre recente de 7 dias ou menos; trombocitopenia ($<100.000/mm^3$); tendências hemorrágicas (prova do laço positiva, petéquias, equimoses ou púrpuras,

sangramentos de mucosas, do TGI e outros); extravasamento de plasma devido ao aumento da permeabilidade capilar (Ht com aumento em 20% sobre basal ou queda em 20% após o tratamento ou presença de derrame pleural, ascite e hipoproteinemia). O caso em que o paciente apresenta todos os critérios da FHD, evidências de choque, caracteriza-se como síndrome do choque da dengue.

Devem-se observar sinais de alerta que indicam evolução para gravidade, como estes: dor abdominal intensa e contínua, vômito persistente, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários, sangramentos importantes, hipotensão arterial ($PAS \leq 80\text{mmHg}$ em < 5 anos; $PAS \leq 90\text{mmHg}$ em > 5 anos), pressão diferencial $\leq 20\text{mmHg}$.

O diagnóstico laboratorial consta de duas etapas: 1) isolamento viral, com amostra de sangue coletado nos primeiros 5 dias após o início da febre, para identificação do sorotipo viral, e 2) sorologia específica (MAC-Elisa), em que o IgM surge por volta do 8º dia e permanece até 3 meses depois.

Estadiamento da dengue:

Grupo A

- Ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (prova do laço negativa), ausência de sinais de alerta.

Conduta:

- Tratamento ambulatorial
- Hidratação oral: 60-80ml/kg/dia - 1/3 do volume com SRO e o restante com outros líquidos caseiros
- Analgésico e antitérmico: dipirona, paracetamol
- Orientar sobre sinais de alerta
- Não utilizar salicilatos
- Anti-inflamatórios e corticosteroides: faltam dados científicos

- Pacientes especiais devem ser reavaliados no 1º dia sem febre

Atenção: os sinais de alerta e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

O hemograma deve ser solicitado para pacientes em situações especiais (gestantes e idosos > 65 anos, HAS, DM, asma brônquica, doenças hematológicas ou renais crônicas, doenças severas cardiovasculares, doenças autoimunes).

Grupo B

O paciente tem manifestações hemorrágicas induzidas ou espontâneas sem repercussão hemodinâmica e não há de sinais de alerta.

O paciente deste grupo deve receber hidratação oral ou venosa supervisionada - o cálculo do volume para reidratação deve ser feito baseado no grau de desidratação do paciente, de acordo com a observação clínica - e só deve ser liberado após resultado de hemograma, que deve ter liberação do resultado no mesmo dia. Desta forma, os pacientes deste grupo geralmente são acompanhados nos CRS, nível de atenção secundária.

Grupos C e D

Caracterizam-se pela presença de algum sinal de alerta e/ou choque, com manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

O paciente deve ser encaminhado de pronto para ser tratado em nível hospitalar, mas deve-se, se possível, iniciar hidratação imediatamente, independentemente do local de atendimento, com SF0,9% ou Ringer lactato EV (expansão de 20ml/kg em 1 hora; sendo até 3x em 1h, se em choque).

7.3 Tuberculose na Infância

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A transmissão se dá pela inalação de gotículas eliminadas por um indivíduo doente através da tosse e espirros. Estima-se que cerca de um terço da população está infectada por este bacilo, o qual pode causar doença em qualquer fase da vida do hospedeiro. O risco de adoecimento para uma criança infectada é de 5 a 10% durante o resto de sua vida.

A vacina BCG não protege contra a infecção pelo bacilo, apenas confere proteção contra o desenvolvimento de formas graves da doença.

A sintomatologia caracteriza-se principalmente por tosse produtiva por mais de três semanas, evoluindo geralmente com febre, astenia e perda de peso. Todo paciente que apresentar tosse com expectoração por mais de três semanas deve realizar exame de escarro e, se constatada presença de BAAR, deve-se iniciar tratamento para TB.

O raio X de tórax pode evidenciar lesões de TB precocemente, mas deve ser sempre complementado pelo exame de baciloscopia de escarro.

O teste tuberculínico é sensível, porém pouco específico, devendo ser mais valorizado para crianças que não receberam a BCG.

Na criança pequena, a coleta de amostra de escarro é difícil e o lavado gástrico tem baixa sensibilidade. Desta forma, todas as crianças que apresentem lesões pulmonares compatíveis com TB, teste tuberculínico positivo ($>$ ou $=$ a 10mm) e história de contato com paciente doente deverão ser tratadas.

Em relação às crianças com história de contato, vacinadas e assintomáticas, devemos proceder apenas à observação. Se as mesmas estiverem sintomáticas, realizar Rx e, se compatível

com TB, iniciar o tratamento.

Para as crianças contactantes não vacinadas, realizar teste tuberculínico; se reator, realizar coleta de escarro (se possível) e Rx de tórax; se este último estiver normal, iniciar quimioprofilaxia e, se houver alterações compatíveis com TB, iniciar o tratamento. Se o teste tuberculínico não for reator, repeti-lo em 12 semanas, se reator, deve-se seguir orientação acima, e se não reator, proceder com a aplicação da vacina BGC.

A quimioprofilaxia é feita com isoniazida 10mg/kg/dia, máximo 30mg/dia, por 6 meses.

Atenção! Para os recém-nascidos vacinados, independente da sintomatologia e com Rx de tórax normal, sempre proceder com quimioprofilaxia por 6 meses.

Esquema de tratamento para TB na criança:

- 1ª fase (por 2 meses) - Rifampicina e Isoniazida (1/2 caps. até 16 Kg, 1 caps. de 17 a 29 Kg e 1+1/2 caps. entre 30 e 44 Kg) + Pirazinamida (1/2 comp até 10Kg, 1 comp. de 11 a 16 Kg, 1 + 1/2 comp. entre 17 e 29 Kg e 2 + 1/2 comp. entre 30 e 44 Kg).
- 2ª fase (por 4 meses) - Rifampicina e Isoniazida (1/2 caps. até 10 Kg, 1 caps. de 11 a 16 Kg, 1+1/2 caps. entre 17 a 29 Kg e 1 + 1/2 caps. de 30 a 44 Kg).

Seção 8 - DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

A seção 8 tratará das principais doenças exantemáticas, as características de cada patologia e, resumidamente, do diagnóstico e da condução clínica. Ao final desta seção, espera-se que você esteja apto a realizar o diagnóstico correto das doenças exantemáticas, sabendo conduzir adequadamente cada caso.

Doença exantemática é definida como doença infecciosa sistêmica em que manifestações cutâneas acompanham o quadro clínico. Doenças não infecciosas como hipersensibilidade a drogas, picada de insetos, queimadura solar e algumas doenças reumatológicas podem constituir diagnóstico diferencial.

Na faixa pediátrica, as doenças exantemáticas mais frequentes serão descritas a seguir.

8.1 Eritema Infeccioso

O Agente etiológico é o parvovírus B19 (família Parvoviridae e gênero Eritrovírus). A maior frequência ocorre no final do inverno e início da primavera. O contágio se dá pelo contato com secreção do trato respiratório, transmissão vertical e exposição percutânea a sangue ou produtos do sangue. Acomete frequentemente crianças de 2 a 14 anos de idade. O período de incubação é de 14 a 21 dias.

As manifestações clínicas apresentam-se como sintomas sistêmicos leves, febre em 15 a 30% dos casos, exantema característico acometendo face, com “bochechas avermelhadas” e palidez perioral - geralmente é simétrico, maculopapular, rendilhado, pruriginoso, acometendo tronco, braços, nádegas e coxas. Esvaece com resolução central, havendo duração média de 11 dias e possibilidade de recrudescimento periódico com exercícios físicos, banhos quentes ou transtornos emocionais.

O diagnóstico é feito por meio de IGM específico para parvovírus e PCR (sobretudo em pacientes imunodeprimidos). Os principais diagnósticos diferenciais são: rubéola, sarampo, enterovirose, LES, erupção medicamentosa.

O uso de gamaglobulina apenas é recomendado para imunodeprimidos. O tratamento é sintomático.

8.2 Exantema Súbito

O agente etiológico é o HHV6, da família Herpesviridae. Ocorre mais frequentemente na primavera e no outono e predomina entre crianças na faixa etária de 6 a 18 meses. A transmissão se dá a partir da disseminação assintomática do vírus persistente em secreções dos contactantes, e o período de incubação vai de 6 a 10 dias. Cerca de 90% das crianças têm sorologia positiva aos 5 anos.

As manifestações clínicas são febre alta ($> 39,5^{\circ}\text{C}$), com duração de 3 a 7 dias e manutenção do estado geral, queda abrupta da temperatura com aparecimento de rash maculopapular eritematoso não coalescente, que se inicia em tronco, estende-se para braços, pescoço, envolvendo levemente face e pernas. A duração é de horas a dias. Pode ocorrer aumento de linfonodos cervicais e leucopenia a partir do 2º dia de febre.

O diagnóstico é clínico, e o diagnóstico de certeza requer técnicas de pesquisa por isolamento do HHV6 na amostra de sangue periférico ou LCR; PCR ou soroconversão (a partir de IFI).

Os diagnósticos diferenciais são: sarampo, adenovírus, enterovírus, reação medicamentosa e febre de origem obscura, até que o exantema apareça.

O tratamento é sintomático com antitérmico, exceto imunodeprimidos com doença grave (como encefalite ou pneumonite), que devem receber ganciclovir.

8.3 Sarampo

Doença de notificação compulsória, que apresentou queda importante de sua incidência nas últimas duas décadas após implantação do Plano de Erradicação do Sarampo no Brasil, com o programa de vacinação infantil.

O agente etiológico é o vírus do sarampo, classificado como membro do gênero morbilivírus da família dos paramixovírus. Ocorre mais no final do inverno e primavera.

Os pacientes são contagiosos desde 1 a 2 dias após o início dos sintomas até 4 dias após o surgimento do exantema, e o período de incubação vai de 10 a 12 dias.

As manifestações clínicas são: febre baixa a moderada de 3 a 5 dias, tosse seca, coriza e conjuntivite; por volta do 4º dia, ocorre aparecimento de manchas de Koplik (pontos branco-acinzentados, com aréolas avermelhadas na altura dos molares inferiores), que desaparecem em torno de 12 a 18 horas. Por volta desse período e ainda nas primeiras 24 horas, surge exantema maculopapular de face, pescoço, braços e parte superior de tórax; depois no dorso, abdome, membros superiores e coxas. Atinge os pés em torno do 2º a 3º dia. Observa-se aumento de linfonodos mandibulares e região cervical posterior. Crianças pequenas frequentemente apresentam complicações como otite média aguda (OMA), Broncopneumonia (BCP), laringotraqueobronquite e diarreia. As taxas de mortalidade são maiores em crianças menores de 5 anos e imunodeprimidos, nos quais, muitas vezes, não há desenvolvimento de exantema. A SSPE - Panencefalite subaguda esclerosante - é de diagnóstico pouco frequente, com incidência de 1 por milhão; acomete mais crianças do sexo masculino, ocorrendo de 6 a 12 anos após sarampo (raro após vacinação), com média de 10,8 anos.

O diagnóstico é feito através da detecção de IGM ou aumento de IGG em amostras de soro na fase aguda e de convalescença.

O tratamento é sintomático. Os pacientes devem ficar em isolamento respiratório durante os primeiros 4 dias após início do exantema.

8.4 Rubéola

O agente etiológico é o vírus da rubéola, classificado como um rubivírus da família *Togaviridae*. *A maior frequência dessa doença se dá no final de inverno e início de primavera.*

A importância epidemiológica está representada pela possibilidade de ocorrência de rubéola durante a gravidez, resultando em abortos, morte do feto ou síndrome da rubéola congênita. A rubéola pós-natal é transmitida pelo contato direto com o doente ou com gotículas de secreção nasofaríngea; ocorre poucos dias antes a 7 dias após o início do exantema. Lactentes com rubéola congênita podem disseminar o vírus em secreções nasofaríngeas e na urina por até 1 ano. Com o uso rotineiro da vacina, houve diminuição em 99% dos casos entre crianças e adolescentes.

O período de incubação vai de 14 a 21 dias e as manifestações clínicas são: exantema maculopapular eritematoso generalizado, linfadenopatia (sobretudo suboccipital, cervical e pós-auricular) e febre baixa. Em crianças, raramente ocorre poliartralgia ou poliartrite.

A síndrome da rubéola congênita caracteriza-se por alterações oftalmológicas (catarata, retinopatia e glaucoma congênito), alterações cardíacas (estenose de artéria pulmonar e persistência do canal arterial), alterações auditivas (surdez neurosensorial) e alterações neurológicas (meningoencefalites, alterações cognitivas); podem ocorrer ainda hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, lesões purpúricas e retardo de crescimento. Se a infecção ocorrer durante as primeiras 4 semanas, a incidência de defeitos congênitos é de 85%.

O diagnóstico é feito por sorologia, com detecção de IgM ou IgG; isolamento do vírus (sangue, urina, LCR - líquido cefalorraquidiano - e orofaringe) particularmente em lactentes infectados por via congênita.

O tratamento é sintomático de suporte. Devem-se tomar precauções respiratórias por 7 dias do início do exantema; crianças com rubéola congênita devem ser consideradas potencialmente infectantes desde o nascimento até 1 ano. As medidas de controle são a vacinação rotineira e a vacinação de bloqueio (vacina de contactantes).

8.5 Escarlatina

O agente etiológico é o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield. O quadro deve-se à liberação de toxinas eritrogênicas ou pirogênicas (exotoxinas). Os grupos C e G também podem causar escarlatina.

É frequentemente associada à faringite estreptocócica. A transmissão se dá desde o período prodrômico até 24 a 48 horas do início da terapêutica, por meio da projeção direta de partículas grandes da faringe ou transferência física de secreção contendo a bactéria. Incide em pré-escolares e escolares, sendo rara em lactentes. Podem acompanhar também quadros de lesões de pele (como impetigo). O período de incubação vai de 2 a 5 dias na faringite; de 7 a 10 dias nas infecções de pele.

As manifestações clínicas são: período prodrômico, com duração de 12 a 48 horas, caracterizando-se por febre alta, odinofagia, adenomegalia cervical e submandibular e, posteriormente, observa-se exantema difuso micropapular, dando a sensação de lixa ao toque, que se inicia no tórax, disseminando-se rapidamente para tronco, pescoço e membros, poupando a região palmoplantar. Vários sinais patognomônicos podem ocorrer:

- sinal de Filatov: palidez perioral;

- língua em framboesa e saburrosa;
- sinal de Pastia: petéquias em dobras, formando linhas transversais;
- descamação após 5 a 7 dias do princípio do quadro, iniciando-se em face, pescoço e tórax e progredindo para extremidades (descamação em “dedos de luva”).

O diagnóstico é clínico, associado a testes rápidos (especificidade > 90%); cultura de material coletado por *swab de tonsilas palatinas e faringe*.

O tratamento é feito com penicilina benzatina em dose única ou penicilina oral (amoxicilina 50-90 mg/kg/dia) por 10 dias.

8.6 Enterovirose (Não-Poliiovírus): Coxsackie A E B, Echovírus e Enterovírus

São vírus RNA, incluindo 23 grupos de Coxsackievírus A (tipos A1-A24, exceto A23); 6 grupos de Coxsackie B (tipos B1-B6); 28 Echovírus (tipos 1-33, exceto tipos 8, 10, 22, 23 e 28) e 5 Enterovírus (tipos 68, 71 e 73). Em regiões de clima temperado, as infecções são mais comuns no verão e início da primavera; padrões de sazonalidade são raros nos trópicos.

A disseminação se dá por via fecal-oral, de mãe para RN na hora do parto e por meio de objetos contaminados. A taxa de infecção é maior em crianças pequenas, de baixo nível socioeconômico, em regiões tropicais e de higiene deficiente. O período de incubação é de 3 a 6 dias na conjuntivite hemorrágica aguda e, de maneira geral, de 24 a 72 horas.

Manifestações clínicas:

- manifestações respiratórias: resfriado comum, faringite, herpangina, estomatite, pneumonia, pleurodinia;
- manifestações cutâneas: exantema geralmente

não característico, podendo ser maculopapular, vesicular, petequial, morbiliforme, urticariforme, escarlatiniforme, rubeoliforme e pustular (Echovírus 9: exantema petequial; Coxsackie A16 e Enterovírus 71: síndrome mão-pé-boca);

- manifestações neurológicas: meningite asséptica, encefalite e paralisia (Enterovírus 71);
- manifestações gastrintestinais: vômitos, dor abdominal, diarreia e hepatite;
- manifestações oculares: conjuntivite hemorrágica aguda (Coxsackie A24 e Enterovírus 70);
- manifestações cardíacas: miopericardite (Coxsackie B1 a B15).

O diagnóstico é feito por isolamento de partícula viral (extraído de garganta, fezes e *swab retal*; *LCR e sangue*); *IFI*; *PCR*; *FC*; *ensaio imunoenzimático*.

O tratamento é feito com medidas de suporte em pacientes sintomáticos, exceto imunodeprimidos, que podem receber gamaglobulina. Precauções de contato devem ser orientadas.

8.7 Varicela

O agente etiológico é o vírus Varicela-Zoster, membro da família Herpesvírus. A infecção é mais comum no fim do inverno e início da primavera.

A transmissão se dá pelo contato direto com pacientes infectados (gotículas orofaríngeas, ou pelo conteúdo das vesículas). A contagiosidade é maior 1 a 2 dias antes e logo após o início do exantema, podendo, no entanto, estender-se até a forma de crostas. O período de incubação vai de 14 a 21 dias.

A infecção primária resulta na varicela; como o vírus permanece quiescente nos gânglios da raiz dorsal, pode haver reativação na forma de herpes zoster. A varicela caracteriza-se

por exantema vesicular generalizado e pruriginoso (entre 250 a 500 lesões), acompanhada de febre e sintomas sistêmicos. Pacientes com distúrbios de imunidade, adolescentes e adultos tendem a apresentar formas mais graves ou complicações como pneumonite, hepatite, encefalite ou ataxia cerebelar, infecções bacterianas de pele e lesões necro-hemorrágicas.

O diagnóstico é clínico, aliado a isolamento do vírus da base das lesões vesiculares (principalmente até o 3º ou 4º dia de evolução) ou pesquisa de IgG no soro na fase aguda ou convalescença.

O tratamento sintomático é feito com antitérmico e anti-histamínico via oral (VO) para o prurido.

O paciente com varicela, devido à imunossupressão causada pela doença, fica mais propenso a desenvolver outras patologias como complicação, principalmente infecção secundária das lesões e pneumonia.

O uso de antiviral (aciclovir) deve ser considerado nas primeiras 24 horas do aparecimento das lesões nas seguintes situações:

- pacientes maiores de 12 anos de idade;
- imunodeprimidos;
- portadores de distúrbios crônicos cutâneos ou pulmonares;
- crianças com varicela não devem receber salicilatos pelo risco aumentado de síndrome de Reye;
- pessoas suscetíveis expostas devem receber VZIG - imunoglobulina específica para varicela-zoster - até 96 horas após exposição ou vacina contra varicela (até 72 horas após exposição). O VZIG é indicado para crianças imunodeprimidas, grávidas suscetíveis, recém-nascidos cuja mãe iniciou quadro 5 dias antes ou 48 horas após o parto e prematuros.

8.8 Dengue

Abordar-se-á aqui apenas a característica do exantema, pois a doença já foi abordada anteriormente.

O exantema ocorre em 30% dos casos, surgindo após o declínio da febre; em geral é maculopapular, iniciando-se em tronco, com disseminação posterior, podendo atingir região palmoplantar; são descritas também lesões escarlatiniformes em áreas de confluência e petéquias em membros inferiores. A fase aguda tem duração de 1 semana e é seguida por um período de convalescença de 1 a 2 semanas, caracterizado por anorexia, mal-estar e debilidade.

8.9 Doença de Kawasaki

A Doença de Kawasaki é uma vasculite aguda exantemática, característica da infância, autolimitada, de etiologia desconhecida, endêmica sazonal, com discreta predominância em meninos (1,5:1) e em menores de 5 anos.

Manifestações clínicas: evolui em 4 fases clínicas:

- fase aguda: febre alta, hiperemia conjuntival não exsudativa, lábios vermelhos, secos e rachados, língua em framboesa, adenopatia cervical, leucocitose ao hemograma e aumento de VHS e PCR; na metade da 1^a semana, aparecimento de exantema polimorfo, edema e eritema palmoplantar;
- fase subaguda: com 2 semanas há remissão do sintomas, surgindo descamação de dedos de mãos e pés, trombocitose e arterite coronariana;
- convalescença: com 6 a 8 semanas, melhora dos sintomas clínicos e persistência da coronarite;
- fase crônica: de meses a anos, podendo permanecer assintomático ou com sequelas cardíacas.

O diagnóstico diferencial se faz com estafilococia, estreptococia, infecções mono-like.

O tratamento é inicialmente hospitalar e requer avaliação e acompanhamento com reumatologista e cardiologista. A medicação feita é a imunoglobulina em dose única nos primeiros 10 dias de evolução; AAS, inicialmente em dose anti-inflamatória e posteriormente em dose antiagregante plaquetária.

Seção 9 - CEFALeia NA INFÂNCIA

A cefaleia é um dos sintomas mais frequentes na infância e devido a esse fato, este tema foi elencado para ser tratado nesta seção.

Espera-se que, ao final, você esteja apto a conduzir os casos de cefaleia na infância que atender em sua área de abrangência, realizando um diagnóstico adequado, estando atento aos sinais de alerta, encaminhando para exames complementares e avaliação especializada quando necessário e realizando tratamento adequado.

As cefaleias na infância podem ser agrupadas em primárias, geralmente periódicas e benignas, e em secundárias, que correspondem a 10-20% das cefaleias que acometem a criança e que podem ter diversas causas orgânicas reconhecíveis, como tumores a malformações cerebrais. As cefaleias secundárias podem ser caracterizadas por piora progressiva, ausência de periodicidade definida, dor atípica e alterações ao exame neurológico.

Cerca de um terço das crianças com até 7 anos de idade sofre com episódios de cefaleia primária, das quais a forma mais comum é a migrânea e em segundo lugar a cefaleia tensional.

A cefaleia pode se apresentar como um sintoma agudo ou crônico. Segue abaixo outro tipo de classificação quanto ao tempo de manifestação da dor.

A cefaleia aguda frequentemente pode estar relacionada à febre, traumatismocranioencefálico, hemorragiasubaracnoideia pós-crise convulsiva, cefaleia por esforço, por hipertensão arterial sistêmica, secundária a processos inflamatórios ou infecciosos, disfunção da articulação temporomandibular e alterações oftalmológicas. Um tipo específico de cefaleia aguda recorrente é a cefaleia cíclica, ou seja, há intervalos livres entre cada episódio. O exemplo típico é a enxaqueca ou migrânea.

O diagnóstico clínico da enxaqueca deve atender às seguintes condições segundo a International Headache Society (IHS):

- a) Ter 5 crises de dor de cabeça preenchendo os critérios B a D.
- b) As crises têm a duração de 4 a 72 horas (tratadas ou não sem sucesso).
- c) A cefaleia deve ter no mínimo duas das seguintes características: 1. localização unilateral; 2. caráter pulsátil; 3. intensidade moderada ou severa; 4. piora com atividade física rotineira.
- d) Durante a cefaleia há no mínimo um dos seguintes sintomas: 1. náuseas ou vômitos; 2. fotofobia e fonofobia.

Exclusão de cefaleia secundária pela história natural ou exame neurológico.

O tratamento das crises migranosas geralmente é feito com analgésicos comuns, como paracetamol, dipirona ou ibuprofeno; poucos casos necessitam de agonistas do receptor de serotonina - 5HT1 - e a profilaxia medicamentosa raramente é necessária em crianças e adolescentes. A profilaxia é indicada quando há 2 ou mais crises por mês; as crises impossibilitam as atividades habituais, a terapia abortiva não possui boas respostas e o uso excessivo ou regular de sintomáticos. Os fármacos utilizados na profilaxia são: betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos e flunarizina, entre outros.

A cefaleia crônica é caracterizada por cefaleia com duração de meses, de natureza não progressiva e ausência de alterações orgânicas. A cefaleia tensional, que é um exemplo típico, tem estas características, conforme os critérios da IHS:

- a) > 10 crises de cefaleia, preenchendo os B a D.
- b) Cefaleia durando de 30 min. A 7 dias.
- c) A dor tem pelo menos 2 das seguintes características:
 1. caráter de pressão; 2. intensidade fraca a moderada;
 3. localização bilateral; 4. não piora com exercício físico.

No tratamento para as crises agudas, é recomendado o uso de analgésicos comuns. A profilaxia deve ser feita, preferencialmente, com terapias comportamentais e treinamento de relaxamento.

Cefaleia crônica progressiva é uma forma persistente de cefaleia, de caráter progressivo, piorando com o tempo em relação à frequência, duração e intensidade dos sintomas. Podem surgir vômitos e acontecer alteração de comportamento. Deve-se procurar observar de forma minuciosa a história e o exame físico-neurológico e sempre lançar mão de exames complementares de neuroimagem e de avaliação com especialista, os quais deverão ser realizados o mais breve possível, pois a possibilidade de existir um substrato orgânico nesta forma de cefaleia é grande. Entre as lesões estruturais que podemos encontrar, temos: hipertensão intercraniana, tumores, abscessos, empiemas, etc.

Seguem abaixo as indicações, segundo a ISH, 2004:

1. O tempo de cefaleia inferior há seis meses de evolução, e com instalação súbita;
2. Cefaleia aguda ou crônica com evolução progressiva por aumento da frequência das crises e intensidade da dor;
3. Mudança nas características da cefaleia;
4. Horário preferencial da cefaleia: à noite ou de madrugada;
5. Cefaleia que piora com esforço físico;
6. Alteração no exame neurológico: presença de assimetria e/ou anormalidade de pares cranianos;
7. Alteração no exame neurológico;
8. Alteração do desempenho escolar;
9. Mudança de comportamento.

Seção 10 - TEMAS EM NEONATOLOGIA

Esta seção tratará de temas frequentes em neonatologia: triagem neonatal, icterícia e cólica do recém-nascido. Ao final, espera-se que você: 1) compreenda a importância do teste do pezinho e esteja mais familiarizado às doenças que são triadas neste exame; 2) saiba quando encaminhar uma criança com icterícia para fototerapia ou exangüíneo-transfusão; 3) saiba como conduzir os frequentes casos de cólica do lactente.

10.1 Triagem Neonatal - Teste do Pezinho

A triagem neonatal é uma ação preventiva para o diagnóstico precoce de diversas doenças congênitas (metabólicas, endócrinas e hematológicas) ou infecciosas assintomáticas.

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8.069/1990) definiu a triagem neonatal como obrigatória. Em 1992, através da portaria 22, o MS reafirmou a obrigatoriedade da triagem, incluindo a avaliação para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Em 2001, foi criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) através da Portaria 822, de 6 de junho, do MS. Este programa amplia a triagem neonatal no Brasil para quatro doenças (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística) e objetiva atingir 100% dos nascidos vivos.

O Ministério da Saúde define o processo de triagem neonatal em cinco etapas: teste laboratorial, busca ativa dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, tratamento e seguimento por equipe multidisciplinar.

10.1.1 Fenilcetonúria

É um erro inato do metabolismo, de etiologia autossômica recessiva, resultante da ausência ou deficiência da enzima

fenilalanina hidroxilase, que leva ao aumento da fenilalanina plasmática, que é tóxico para o sistema nervoso.

A incidência varia entre 1:13.500 nascidos vivos. Os afetados, se não tratados precocemente, frequentemente desenvolvem retardo mental e distúrbios do comportamento. O tratamento consiste na restrição de fenilalanina da dieta com monitorização dos níveis séricos desta substância. Para o lactente, o leite materno deverá ser oferecido juntamente com a fórmula, com baixo teor de aminoácidos.

10.1.2 Hipotireoidismo Congênito

É a deficiência do hormônio tireoideano ao nascimento e representa uma das principais causas tratáveis de retardo mental; somente 5% dos casos positivos são sintomáticos e os sintomas são pouco positivos ao nascimento. A incidência é de 1:3000 a 1:4000 nascidos vivos. A causa mais frequente é a disgenesia tireoidiana.

A triagem é feita com dosagens de TSH. O tratamento é a reposição oral de levotiroxina, com monitorização clínica e dosagem dos níveis hormonais.

10.1.3 Doença Falciforme

É uma doença caracterizada pela produção anormal de cadeias beta da hemoglobina, que leva à falcização das hemácias em condições de baixa pressão de oxigênio, o que determina anemia por hemólise crônica, além de episódios de oclusão vascular e outras complicações. A incidência é de 1:1000 a 1:2500 nascidos vivos, e a etiologia é autossômica recessiva. A triagem neonatal pode identificar indivíduos com outras hemoglobinopatias e também portadores de traço falciforme. Profilaxia de infecções, imunizações e encaminhamento para hematologista para tratamento precoce estão indicados.

Os pacientes portadores de traço falciforme não são doentes, são pacientes assintomáticos e não necessitam de tratamento específico, apenas de orientação, pois se os mesmos tiverem filhos, no futuro, com pessoas também portadoras de traço falciforme, as crianças poderão nascer com a doença.

10.1.4 Fibrose Cística

É um distúrbio da função exócrina associado a defeito numa proteína que regula o transporte da membrana, resultando num distúrbio com redução da excreção do Cloro e maior concentração de sódio, com desidratação das secreções mucosas e hiperviscosidade das mesmas. Clinicamente pode-se ter íleo meconial (5 a 10% dos casos), icterícia prolongada, infecções respiratórias de repetição, diarreia crônica com esteatorreia, desnutrição, diabetes e insuficiência hepática.

Teste de triagem positivo deve ser confirmado com teste do suor, pois são numerosos os casos de teste de triagem falso positivos.

O tratamento é feito com suporte nutricional, reposição de enzimas pancreáticas, prevenção de infecções pulmonares e fisioterapia respiratória.

10.2 Manejo da Icterícia Neonatal

Cerca de 70% de todos os RNs apresentam níveis de bilirrubinas iguais ou maiores do que 5 mg% na primeira semana de vida. A progressão da icterícia é céfalo-caudal como indica as zonas de Kramer:

- Zona 1 - cabeça e pescoço - bilirrubinemia +/- 6.
- Zona 2 - tronco e abdome superior, braços - bilirrubinemia +/- 9.
- Zona 3 - abdome inferior, coxas - bilirrubinemia +/- 12.
- Zona 4 - pernas - bilirrubinemia +/- 15.
- Zona 5 - mãos e pés - bilirrubinemia > 15.

Frente a um RN icterico, devemos observar a história obstétrica e do parto, procurando identificar possíveis fatores que possam contribuir para a hiperbilirrubinemia, tais como uso de drogas maternas (diazepan, ocitócitos), infecções (ITU, leucorreia), tipo de parto (fórceps, pélvico, cesáreo), retardo no clameamento do cordão, grupo sanguíneo, fator Rh e Coombs materno. Em relação à história neonatal, precisamos pesquisar a idade gestacional e o peso de nascimento do RN, se já eliminou mecônio, se está ingerindo quantidade necessária de leite, o que pode ser verificado pela perda de peso e diurese.

As características que indicam uma icterícia patológica e não fisiológica são:

- Ocorrência nas primeiras 24 horas de vida
- Bilirrubina direta > 2mg/dl
- Bilirrubina total > 15 mg%
- Icterícia prolongada: > 1 semana no RN de termo e > 2 semanas no prematuro
- O RN apresenta sinais clínicos de infecção

Exames laboratoriais na suspeita de icterícia patológica:

- Tipagem sanguínea - ABO e RH - mãe e RN
- Teste de Coombs direto
- Hematócrito e hemoglobina (hemólise)
- Leucograma e contagem de plaquetas (infecção neonatal)
- PCR (infecção neonatal)
- Reticulócitos
- Bilirrubinas

O tratamento da hiperbilirrubinemia tem por finalidade a prevenção da impregnação encefálica da bilirrubina e consequentemente a encefalopatia bilirrubínica.

A seguir tabelas que indicam o manejo da icterícia em relação à fototerapia e exsanguíneo-transfusão:

Tabela 3 - Manejo da Icterícia em RNs a Termo e Saudáveis

IDADE	FOTO (bili MG%)	EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO
Até 24h	7-10	20
25-48	12	>20
49-72	15	>25
>72	18	>25

Fonte: FERREIRA, et all, 2006.

Tabela 4 - Manejo da Icterícia em RNs a Termo, Doentes

IDADE	FOTO (bili MG%)	EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO
Até 24h	7-10	18
25-48	10-12	20
49-72	12-15	20
>72	12-15	20

Fonte: FERREIRA, et all, 2006.

Tabela 5 - Manejo da Icterícia em RNs a Termo, Doentes

PESO	FOTO (bili MG%)	EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO
<OU= 1000G	5-7	10
1001-1500	7-10	10-15
1501-2000	10	17
>OU= 2000*	10-12	18

*No RN >35 sem ou > 72 horas, podem ser considerados níveis maiores.

Fonte: FERREIRA, et all, 2006.

Tabela 6 - Manejo da Icterícia em RNs Prematuros Saudáveis

PESO	FOTO (bili MG%)	EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO
<OU= 1000G	4-6	8-10
1001-1500	6-8	10-12
1501-2000	8-10	15
>OU= 2000*	10	17

*No RN >35 sem ou > 72 horas, podem ser considerados níveis maiores.

Fonte: FERREIRA, et all, 2006.

10.3 Cólica do Lactente

A cólica do lactente deve ser tratada como um diagnóstico de exclusão após descartar as causas orgânicas mais comuns de choro do lactente. É geralmente definida pela regra de três: choro por mais de três horas por dia, por mais três dias por semana e por mais de três semanas em um lactente bem alimentado e saudável em outros aspectos. A cólica é uma condição transitória que surge geralmente na segunda semana de vida e não costuma ultrapassar os 3 ou 4 meses de idade; não interfere no crescimento e não apresenta efeitos adversos a longo prazo.

Provavelmente acontece devido a uma imaturidade do trato gastrointestinal e do sistema nervoso entérico, provocando acúmulo de gases intestinais e espasmos da musculatura entérica, o que traz desconforto à criança. Geralmente é uma condição que preocupa e angustia as mães e, portanto, o médico deve tranquilizá-la quanto à benignidade do quadro.

As medicações disponíveis não comprovaram sua eficácia no tratamento da cólica, quando comparada ao placebo.

Orienta-se colocar criança para arrotar após as mamadas, realizar massagens em sentido horário e fazer compressas mornas no abdome para alívio dos sintomas.

Alguns artigos falam de restrições da dieta da lactante, evitando alimentos como: leite de vaca, amendoim, soja, ovo, morango. Mas essa conduta somente tem sentido em lactentes filhos de mães com história familiar de alergia e que tivessem alguma outra manifestação que sugerisse o diagnóstico de intolerância alimentar.

Seção 11 - TEMAS COMUNS DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

Nesta seção, serão abordados os temas: fimose, criptorquidia e hidrocele. Ao final do capítulo, espera-se que você: 1) saiba quando encaminhar casos de fimose para realização de postectomia; 2) esteja apto a identificar casos de criptorquidia e hidrocele, encaminhando para avaliação especializada quando necessário.

11.1 Fimose

A fimose é a dificuldade, ou mesmo a impossibilidade de se expor totalmente a glândula, devido ao fato de o prepúcio ter um anel muito estreito. É fisiológico o prepúcio estar colado na glândula nos primeiros anos de vida (aos 6 meses somente 20 % dos meninos conseguem expor totalmente a glândula, mas quase 90 % já o conseguem aos 3 anos).

Não se recomenda a realização de ‘massagem’ devido ao risco de lesão local com posterior fibrose. Recomenda-se apenas puxar o prepúcio, sem forçar e higienizar durante o banho.

A cirurgia é recomendada entre os 7 e 10 anos de idade, pois até os 6 anos pode ocorrer o descolamento normal do prepúcio. Após os 10 anos, quando se inicia a puberdade e as ereções são mais frequentes, a possibilidade de complicações no pós-operatório fica maior.

A cirurgia é indicada, pois a fimose aumenta o risco de ITU, de parafimose, de DST para o homem e para a parceira e de câncer de pênis.

Indicamos a realização de cirurgia antes do período referido acima, quando da ocorrência de episódios de parafimose, dificuldade para urinar pelo estreitamento do canal para saída do jato urinário, e de infecções urinárias de repetição.

11.2 Criptorquidia ou Escroto Vazio

A criptorquidia caracteriza-se pelo fato de o testículo não ter descido até o escroto.

Um testículo não descido aumenta o risco de infertilidade, câncer testicular, hérnias e torção testicular. Um escroto vazio também pode causar ansiedade significativa à medida que o menino cresce. Por estas razões, a correção precoce é muito importante e deve ser realizada até 1 ano de idade, para prevenir a perda funcional em relação à fertilidade.

11.3 Hidrocele

Hidrocele é o acúmulo de líquidos entre os tecidos do escroto. Durante a formação do feto, ainda na vida intrauterina, os testículos formam-se no interior da cavidade abdominal. À medida que o feto cresce, os testículos descem progressivamente até ocuparem a bolsa escrotal. O trajeto percorrido pelo órgão deve fechar-se naturalmente com o tempo. Caso isso não ocorra, líquidos da cavidade abdominal escoam para o interior do saco escrotal através do defeito, acumulando-se e provocando hidrocele.

Nas crianças, normalmente opta-se por acompanhar o paciente e aguardar o fechamento espontâneo da comunicação, caso não haja hérnia associada (protrusão de órgãos abdominais para dentro do saco escrotal através do defeito). Se após 12 meses não houver regressão do quadro, opta-se pelo tratamento cirúrgico.

Seção 12 - PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

Esta seção abordará um tema de extrema importância em pediatria devido a sua frequência e índice de sequelas graves e até de morte. Espera-se que, ao final, você esteja sensibilizado e apto a orientar a prevenção de acidentes na infância.

Os acidentes ou injúrias não intencionais constituem um grande problema de saúde pública mundial e a principal causa de morte em menores de 19 anos.

As estratégias de prevenção devem levar em conta a idade, o estágio de desenvolvimento, a realidade do mundo em que a criança vive e a interação dela com o ambiente.

Segue abaixo uma adaptação do Calendário de Aconselhamento em Segurança para a criança criado pela Sociedade de Pediatria do RS em 2001 (Projeto “Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria):

Quadro 3 - Calendário de Aconselhamento em Segurança para a Criança

1 a 6 meses
<p>Automóvel: jamais leve crianças no colo. Utilize assento infantil próprio para lactentes, sempre no banco traseiro e voltado pra trás.</p> <p>Quedas: proteja o berço e o cercado com grades altas e estreitas.</p> <p>Banho: verifique a temperatura da água (ideal 37°C). Jamais deixe a criança sozinha na banheira, nem por um segundo.</p> <p>Queimaduras: não tome líquidos quentes com a criança no colo.</p> <p>Brinquedos: utilize brinquedos grandes e inquebráveis para evitar sufocação.</p>
6 meses a 1 ano
<p>Objetos: não deixe ao alcance das crianças objetos cortantes, pontiagudos ou que possam ser engolidos.</p> <p>Quedas: use protetores em escadas, janelas e em arestas dos móveis.</p> <p>Segurança em casa: coloque obstáculos na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro; use protetores de tomada.</p> <p>Automóvel: use assento especial para crianças. Crianças devem ficar no banco traseiro.</p> <p>Produtos domésticos: tranque produtos de limpeza e remédios em armários e coloque-os em lugares altos.</p>

1 a 2 anos

Objetos: não deixe ao alcance de crianças objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos.

Brinquedos: use os fortes e inquebráveis; evite os brinquedos com partes pequenas, pelo risco de sufocação.

Automóvel: use assento especial para crianças; coloque-o no banco traseiro, sempre voltado pra trás.

Asfixia: evite cobertores pesados e travesseiros fofos. Afaste fios, cordões e sacos plásticos.

Quedas: proteja escadas e arestas pontiagudas dos móveis.

Eletricidade: evite fios elétricos soltos e coloque proteção nas tomadas.

Piscina: coloque grade protetora ao redor de piscinas.

Produtos domésticos: não deixe produtos de limpeza e remédios ao alcance das crianças; tranque-os em armários ou coloque-os em locais de difícil acesso.

2 a 4 anos

Segurança em casa: cozinha não é lugar de criança; lembre-se de colocar proteção nas portas.

Queimaduras: criança não deve brincar com fogo; evite álcool e fósforo.

Quedas: coloque grades ou redes nas janelas. Não deixe as crianças sozinhas nos parques.

Super-herói: super-herói só na televisão. Coloque proteção nas janelas e escadas.

Afogamento: coloque grades de proteção ao redor da piscina. Criança não deve nadar sozinha.

Automóvel: lugar de criança é no banco traseiro. Use assento próprio para criança.

Atropelamento: acompanhe a criança ao atravessar a rua.

4 a 6 anos

Quedas: cuidados especiais com bicicletas; não permita pedalar nas ruas. Coloque grades ou redes de proteção nas **janelas:** Cerque o local onde a criança brinca.

Segurança em casa: cozinha e banheiro não são lugares de criança; use obstáculos na porta da cozinha.

Automóvel: lugar de criança é no banco traseiro. Use assento próprio para criança.

Afogamento: coloque grades de proteção ao redor da piscina. Criança não deve nadar sozinha.

Queimaduras: não permita a aproximação da criança de fogão, ferro elétrico e aquecedores.

Envenenamento: mantenha produtos de limpeza e remédios trancados em armário ou em locais de difícil acesso.

Atropelamento: não permita que a criança brinque na rua. Atravesse a rua de mãos dadas com ela.

6 a 8 anos

Atropelamento: ensine hábitos de segurança ao atravessar a rua. Não permita brincadeiras nas ruas.

Bicicleta: criança deve usar capacete de proteção. Andar somente, nos parques.

Automóvel: lugar de criança é no banco traseiro e com cinto de segurança.

Afogamento: não permita que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto.

Afogamento: não permita a entrada de crianças na água sem a supervisão de um adulto.

Armas de fogo: armas de fogo não são brinquedos; evite-as dentro de casa.

8 a 10 anos

Atropelamento: acompanhe as crianças ao atravessarem as ruas.

Bicicleta: criança deve usar capacete de proteção. Não andar na rua.

Automóvel: crianças somente no banco traseiro, com cinto de segurança e cadeira apropriada.

Afogamento: não permita que a entrada de crianças na água sem a supervisão de um adulto.

Armas de fogo: armas de fogo não são brinquedos; evite-as dentro de casa.

10 a 12 anos

Bicicleta: use sempre o capacete de proteção. Não ande à noite; não ande e não leve ninguém na garupa.

Atropelamentos: atravesse a rua na faixa de segurança; olhe para os dois lados antes de atravessar e pare nos cruzamentos.

Afogamentos: não nade sozinho, não mergulhe de cabeça e não nade longe da margem.

Fogos de artifícios: evite brincadeiras com foguetes e “bombinhas”, pois são perigosos e você está sujeito a queimaduras.

Automóvel: use sempre o cinto de segurança. Não ande como motorista alcoolizado.

Esportes: use equipamentos de proteção para andar com bicicleta, *roller*, patins, *skate*, etc.

Drogas: não fale com estranhos, nem aceite comidas ou objetos oferecidos por eles.

12 a 15 anos

Atropelamento: atravesse a rua na faixa de segurança. Observe a sinaleira. Olhe para os dois lados antes de atravessar a rua.

Automóvel: use cinto de segurança. Sente no banco traseiro.

Bicicleta: ande com capacete de proteção. Observe os sinais de trânsito. Não corra ladeira abaixo. Não ande de bicicleta à noite.

Armas de fogo: não manuseie armas, pois são perigosas e não são brinquedos

Afogamento: não mergulhe em local desconhecido, não nade sozinho, não mergulhe de cabeça. Nade perto da margem.

Esporte: pratique esporte com segurança; utilize equipamentos de proteção.

Seguem abaixo os 4 estágios para a segurança da criança como passageira de automóveis, segundo a Academia Americana de Pediatria:

- Estágio 1: para crianças de até 1 ano e até alcançar o peso de 9Kg, usar assento de lactente voltado para trás.
- Estágio 2: para crianças a partir de 1 ano e 9 Kg, até pesar 18Kg e atingir 1m de altura, em torno de 5 anos, usar assento infantil voltado para frente.
- Estágio 3: para crianças a partir de 1m de altura e 18 Kg, até 1,45m de altura, usar dispositivo posicionador de cinto de segurança.
- Estágio 4: altura mínima de 1,45m e peso 36Kg, usar cinto de segurança e ficar no banco traseiro.

Seção 13 - MAUS-TRATOS

Este é um tema que deve ser tratado com extrema seriedade e comprometimento pelo médico e pela equipe de saúde em geral.

É crescente o número de crianças e adolescentes vítimas de violência que vem sendo atendido nos consultórios.

Ao final deste módulo, espera-se que você esteja apto a suspeitar de casos de mau-trato à criança, sabendo como proceder nestes casos.

Classicamente os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos:

- **Maus-tratos físicos:** uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticado por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir, deixando ou não marcas evidentes. (Deslandes, 1994)
- **A “síndrome do bebê sacudido”** é uma forma especial desse tipo de mau-trato e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.
- **A síndrome da criança espancada** “se refere, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais” (Azevedo & Guerra, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.
- **Abuso sexual:** é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está

em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.

- **Maus-tratos psicológicos:** são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança.
- **Negligência:** é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos, cuidados necessários à saúde, higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor), não prover estímulo e condições para a frequência à escola. A identificação da negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades socioeconômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade.

Nos maus-tratos físicos, devemos atentar para os seguintes itens na anamnese:

- História incompatível com as lesões existentes;
- Lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança;
- Relatos discordantes quando o responsável é

entrevistado por mais de um profissional em diferentes momentos;

- Relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente;
- Relatos discordantes quando se entrevista a vítima e os responsáveis separadamente;
- Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado - geralmente relacionados à suposta hiperatividade, má índole, desobediências etc. da criança;
- Suposto acidente para o qual a procura de socorro médico ocorre muito tempo após o evento;
- Falta de estrutura familiar, alcoolismo e uso de drogas por cuidadores;

No exame físico em caso de suspeita de **maus-tratos físicos, observar:**

- As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau.
- Hematomas são as lesões de pele mais frequentemente encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e arranhões.
- Algumas partes do corpo são mais suscetíveis a lesões acidentais (proeminências ósseas, por exemplo), enquanto outras não o são (coxas, genitais, dorso). Desta forma, a localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física (por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face

e hemorragias subconjuntivais são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento).

- Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras “em meia”, “luva” ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas. Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes etc.).
- O achado de escoriações, manchas ou sangramento em exame físico não relatados durante a anamnese também sugerem maus-tratos.
- Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes. As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades.
- O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão: as alterações de consciência e as convulsões, sinais clínicos mais frequentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

Exames complementares que podem ser solicitados na suspeita de **maus-tratos físicos**:

- Coagulograma completo - importante para o diagnóstico diferencial com coagulopatias em nas crianças que apresentam hematomas, equimoses e/ou petéquias;
- Radiografias - RX completo do esqueleto deve ser feito nas suspeitas de maus-tratos físicos em todas as crianças menores de 2 anos de idade e, em alguns casos, até os 6 anos de idade. Acima desta idade, geralmente bastam radiografias localizadas, de acordo com o caso. A radiografia pode ser normal na fase aguda do trauma.

Diante da suspeita de maus-tratos, pode-se, portanto, repetir o estudo radiológico após duas semanas.

Em caso de abuso sexual, atentar para os seguintes fatos ao colher a história:

Na maioria dos casos, o abusador é um dos pais ou pessoa conhecida da criança;

- A identificação do abuso sexual pode ser feita mediante o relato da vítima ou de um dos responsáveis, pela constatação da existência de lesões genitais ou anais, após o diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ou gravidez;
- Quando houver o relato espontâneo da criança, seu depoimento deve merecer toda a credibilidade, pois dificilmente ela seria capaz de elaborar uma falsa história de abuso sexual.

Na suspeita de abuso sexual, alguns dados de exame físico que devem ser observados:

- Deve-se realizar um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus;
- Os sinais físicos a serem pesquisados são: hiperemia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, evidências de DST e gravidez;
- O abuso sexual traz também sequelas de ordem social, emocional e comportamental, estas mais frequentes que as primeiras. Assim, podem-se observar: dificuldades de aprendizado, fugas de casa, queixas psicossomáticas, mudanças súbitas de comportamento, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos ou suicidas, comportamentos sexualizados, isolamento, aversão ou desconfiança de adultos, labilidade emocional, entre outros.

Exames complementares a serem solicitados em caso de suspeita de abuso sexual:

- Sempre que possível, coletar material que ajude a comprovar o abuso: pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais pode ser feita quando o abuso ocorreu há menos de 72 horas;
- Ao indicar a obtenção de material para culturas e pesquisa sorológica para DST, considerar: possibilidade de contato oral, genital ou retal, a incidência local de DST e a sintomatologia da criança.

Em algumas situações de abuso sexual, a ajuda de um profissional ginecologista pode ser necessária.

A conduta medicamentosa frente a um caso de abuso sexual é a prescrição de: metronidazol 500mg, dose única, azitromicina 20mg/kg, dose única, ceftriaxone 125mg IM, dose única, penicilina benatina IM, lamivudina 4mg/Kg/ds por 30 dias e zidovudina 90 a 180 mg/m², de 8/8h por 30 dias. Acompanhar sorologia HIV.

Diante de um caso suspeito de maus-tratos contra a criança, seja ele de que natureza for, o médico deve fazer um relato minucioso de seu atendimento, prestar o atendimento médico inicial necessário, notificar o caso e acionar o Conselho Tutelar imediatamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Criança, Brasília, DF, 2011, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar, Brasília, DF, 2009, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília, DF, 2009, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. 2ª ed. revista. Brasília, DF, 2003, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dengue diagnóstico e manejo clínico adulto e criança.. 3ª ed. Brasília, DF, 2007, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Operacional-Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, DF, 2005, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. Brasília, DF, 2006, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

Os Dez passos para a Alimentação Saudável de Crianças Menores de 2 Anos - Orientações Práticas para as Mães

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Os Dez passos para a Alimentação Saudável de Crianças Menores de 2 Anos - Orientações Práticas para as Mães. Brasília, DF, 2004, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2006

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. Avaliação nutricional da criança e do adolescente - Manual de Orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. São Paulo, 2009.

Ferreira, AL, et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2ª ed. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos Ministério da Justiça. Rio de Janeiro, 2001.

Ferreira, JP, Neto, A. et al. Diagnóstico e Tratamento em Pediatria. Sociedade de Pediatria do RS. Artmed. Rio Grande do Sul. 2006.

Júnior, D; Yamamoto, R. Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2006.

Lopez, F. A., Junior, D.C. Tratado de pediatria-Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª ed. Tomos I e II. São Paulo: Manole. 2009.

Marcondes, E; Vaz, AC; Ramos, LA, et al. Tratado de Pediatria. Tomo I, II e III. São Paulo: Sarvier. 2004.

Pitrez, PJ. Infecções agudas das vias aéreas superiores - diagnóstico e tratamento ambulatorial. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. 2003. 79 Supl. 1:S77-S86.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. J. Bras. Pneumol. 2006;32(Supl. 7):S 447-S 474. Disponível em < <http://www.jornaldepneumologia.com.br>>

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO MÉDICA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma etapa da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade, sendo um período de intensas transformações biopsicossociais, em que o indivíduo procura definir seu papel dentro da sociedade em que está inserido.

A puberdade é o componente biológico desta fase, mediado por modificações hormonais. Já a adolescência, como já como mencionado acima, caracteriza-se pelas modificações decorrentes das alterações hormonais que ocorrem na puberdade, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social.

Caro especializando, ao final deste capítulo, espera-se que você atinja os seguintes objetivos:

- Compreender as alterações orgânicas e psicossociais que ocorrem na adolescência.
- Compreender a fisiopatologia dos distúrbios menstruais que possam acontecer na adolescente e saber como conduzir cada caso, dentro do limite de suas competências.
- Estar apto a orientar a contracepção para o adolescente.
- Estar apto a diagnosticar, tratar e orientar a prevenção das vulvovaginites e DSTs na adolescência.

Seção 1 - O ADOLESCENTE

A seção 1 tratará das modificações psicossociais que marcam o período da adolescência. Ao final, esperamos que você rememore essas modificações características e, a partir do conhecimento das mesmas, esteja apto a identificar desvios da normalidade, a fim de dar o suporte adequado ao adolescente.

Segundo Souza e Cruz, 2006, para que o médico faça uma abordagem adequada e compreenda melhor o adolescente e sua família, deve ter conhecimento das fases que caracterizam a adolescência:

Etapa inicial, dos 10 aos 14 anos:

- Menor interesse nos pais, amizades do mesmo sexo;
- Necessidade de privacidade;
- Adaptação às modificações corporais.

Etapa média, dos 15 aos 17 anos:

- Máxima identificação com o grupo de iguais;
- Puberdade e início das experiências sexuais;
- Modificação da imagem corporal.

Etapa final, dos 17 aos 20 anos:

- Surgimento de valores e comportamento adulto, reaproximação dos pais;
- Relacionamento mais afetuoso e íntimo;
- Busca de estabilidade social e econômica.

O acompanhamento da fase da adolescência demanda uma abordagem que requer estas atitudes:

- Mantenha o sigilo e a privacidade do adolescente;
- Atente para as alterações físicas e puberais;
- Avalie globalmente a saúde física e psicossocial;
- Dê apoio aos que se afastam do “normal”;
- Verifique como estão as interações com a escola, família e seus ‘iguais’;
- Identifique comportamentos de risco.

A adolescência, por ser um período de intensas mudanças corporais, psicológicas e adaptativas a distúrbios, caracteriza-se como uma fase suscetível a transtornos de comportamento, de ajustamento familiar, de humor e à dependência química.



VAMOS SABER MAIS!

Entre no site <http://www.psiqweb.com.br> e acesse o tema infância e adolescência, lá você encontrará textos como: Depressão na adolescência, Transtornos alimentares na adolescência, Transtorno dismórfico e Bullying. A leitura desses textos irá ajudá-lo a compreender melhor estes assuntos que, infelizmente, a cada dia, tornam-se mais e mais a realidade para nossos adolescentes.

Seção 2 - PUBERDADE - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Esta seção abordará as modificações orgânicas, biológicas e estruturais que acontecem durante a puberdade. Ao final, espera-se que você esteja mais familiarizado com estas modificações naturais, estando apto a identificar desvios da normalidade.

A puberdade é um período marcado por importantes alterações hormonais e, em decorrência disso, evidenciam-se alterações no tamanho, nas formas, dimensões e composição corporal (quantidade de massa e tecido adiposo).

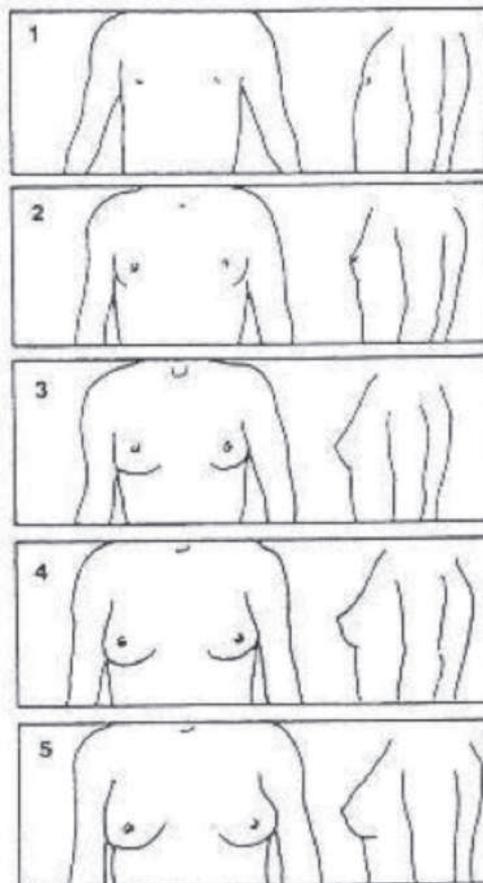
Em relação ao crescimento, ocorre um aumento na secreção de GH - Hormônio de Crescimento - e Fator de Crescimento insulina simile-1 - IGF1, ocorrendo o que chamamos de estirão puberal. Ocorre também a liberação do eixo hipotálamo-hipófise-gonada, desencadeando as mudanças das características sexuais secundárias, bem como a maturação sexual. O aumento dos hormônios sexuais nas meninas confere um aumento da massa gordurosa na composição corporal, e da testosterona, um aumento da massa muscular nos meninos. Outras mudanças, que também ocorrem em decorrência das alterações hormonais citadas acima, relacionam-se com o hematócrito, voz, pressão arterial, maturação óssea, hemoglobina, entre outros.

O marco inicial do surgimento dos caracteres sexuais secundários na menina é a telarca, que deve ocorrer entre 8 e 13 anos de idade. O broto mamário pode surgir de modo unilateral, ocorrendo uma assimetria entre as mamas, de forma transitória. Aproximadamente 6 meses após o início da telarca, surgem os pelos pubianos e, aproximadamente, após 2 anos da telarca, ocorre a menarca (máximo até os 15 anos).

No menino, o primeiro caracter sexual secundário é o aumento do volume dos testículos e seu início pode ocorrer entre os 9 e 14 anos de idade. Em seguida ao aumento dos

testículos, surgem os pelos pubianos e o pênis começa a crescer em espessura e comprimento. A primeira ejaculação com sêmen ocorre entre os 14 e 15 anos de idade.

Tanner, em 1962, criou uma escala para avaliação das fases do desenvolvimento sexual na infância e puberdade, utilizando uma graduação baseada em 3 itens: Pelos pubianos (P), Mamas (M) e Genitais masculinos (G). Ele subdividiu cada um desses itens em 5 fases. Assim, o estágio 1 indica o estado pré-puberal do desenvolvimento (P-1 ou M-1 ou G-1), o estágio 2 indica o desenvolvimento inicial da cada característica, os estágios 3 e 4 indicam a maturação continuada de cada característica, que são bem mais difíceis de se avaliar, e o estágio 5 (P-5 ou M-5 ou G-5) indica o estado adulto ou maduro. Segue abaixo, nesta ordem, as imagens da evolução das mamas e pelos pubianos nas meninas e das gônadas e pelos pubianos nos meninos, com explicações referentes a cada estágio.



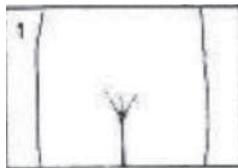
Estágio - 1
Aspecto infantil com apenas elevação do mamilo

Estágio - 2
Estágio em botão. Mama e mamilos mais salientes com maior diâmetro areolar

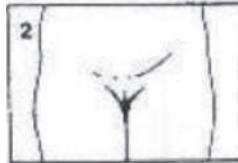
Estágio - 3
Mama e aréola continuam aumentando sem delimitar contornos.

Estágio - 4
Árcola e mamilo mais aumentados formando uma saliência secundária na mama

Estágio - 5
Típico da mulher adulta
Suave contorno arredondado
Saliência secundária some



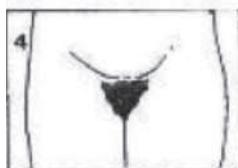
Estágio - 1
Ausência de pêlos pubianos



Estágio - 2
Poucos pêlos pubianos, pouco pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, distribuídos ao longo dos grandes lábios



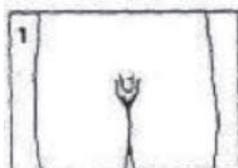
Estágio - 3
Pêlos se estendem sobre a sínfise púbica, e são consideravelmente mais grossos, mais escuros e normalmente mais encaracolados



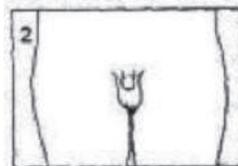
Estágio - 4
Pêlos já têm aspecto adulto, mas cobrem uma área menor, não se estendendo para a face interna das coxas



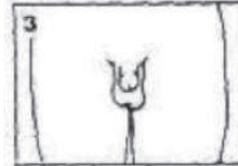
Estágio - 5
Pêlos adultos em aparência e quantidade e se estendem para face interna das coxas e distribuídos em forma de triângulo invertido



Estágio - 1
Do nascimento até a puberdade
Discreto aumento de tamanho
Pequena mudança de aparência



Estágio - 2
Escroto começa a aumentar
Pele mais avermelhada
Mudança na textura da pele



Estágio - 3
Pênis aumenta em comprimento, pouco no diâmetro, crescimento da bolsa escrotal



Estágio - 4
Bolsa escrotal e testículos crescem, pênis aumenta de tamanho, mais no diâmetro



Estágio - 5
Genitália adulta em tamanho e aparência

Durante a puberdade, o crescimento em estatura atinge uma alta velocidade, podendo alcançar, em média, 9,5 cm/ano nos meninos e 8,3cm/ano nas meninas.

Ao menos uma vez ao ano, o adolescente deve ser acompanhado em relação ao seu ganho em estatura e peso, a fim de se identificarem precocemente desvios na curva de crescimento, que possam indicar um sinal de risco para desnutrição, obesidade e/ou baixa estatura.

A avaliação do crescimento pondero-estatural do adolescente pode ser feita através dos gráficos de peso/idade, estatura/idade e IMC/idade.

Seção 3 - GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL

Nesta seção, serão tratados os principais problemas de saúde relacionados à ginecologia no período da adolescência. Ao final deste capítulo, espera-se que você esteja apto a diagnosticar e tratar, dentro dos limites de sua competência, as vulvovaginites, DSTs e distúrbios menstruais na adolescente, e saiba orientar medidas preventivas.

3.1 Vulvovaginites e DSTs

A leucorreia fisiológica é comum na adolescência, caracterizando-se por ser uma secreção inodora, de cor branca ou leitosa e sem prurido associado, decorrente do efeito do estrogênio na mucosa vaginal. Na ocasião de queixa de leucorreia que tenha característica fisiológica, deve-se apenas informar à paciente e aos pais quanto à normalidade da secreção e orientar a higiene adequada.

A vulvovaginite inespecífica é aquela causada por micro-organismos integrantes da flora vaginal (lactobacilos, bacterioides, *S. epidermidis*, *S. faecalis*, *Klebsiela*, *E. Coli*, *S. aureus* e *S. pneumonie*). A secreção vaginal e o odor estão comumente associados à higiene fecal e urinária inadequadas. O tratamento consiste na orientação de higiene adequada e se a leucorreia persistir, é necessária prescrição de antibiótico de amplo espectro por 10 dias (amoxicilina, amoxicilina com clavulanato).

Seguem abaixo as principais vulvovaginites específicas:

- Cãndida: pode ocasionar prurido vulvar e leucorreia esbranquiçada; o diagnóstico é feito com exame a fresco e o tratamento com cremes tópicos de imidazólicos (ex.: miconazol).

- Oxiúriase: provoca prurido vaginal e anal, principalmente noturno. O tratamento é feito com pamoato de pirvínio, albendazol ou mebendazol via oral.
- Gonorreia: é uma DST, causa vaginite severa, com secreção amarelada copiosa; o diagnóstico é feito por Gram e cultura da secreção; o tratamento é feito com ceftriaxone 125mg IM. Geralmente está associada à infecção por *Chlamydia trachomatis*.
- *Chlamydia trachomatis*: é uma DST, geralmente assintomática, mas pode estar associada à leucorreia e sangramento vaginal. O tratamento é feito com azitromicina 20mg/Kg (máx. 2g), dose única.
- *Trichomonas vaginalis*: ocorre geralmente na adolescente sexualmente ativa e é diagnosticado por exame a fresco. O tratamento é feito com metronidazol 250 mg, por 7 dias.
- Gardnerelose: é caracterizada por leucorreia acinzentada, bolhosa e fétida (odor de peixe podre). O diagnóstico é feito por Gram e cultura, e o tratamento com metronidazol 250 mg, por 7 dias.

Além das DSTs citadas acima, outras serão brevemente abordadas a seguir.

- Papiloma vírus humano: caracteriza-se por lesão endometrial, demonstrada no exame microscópico de material coletado (atipia celular) no preventivo, confirmado por captura híbrida e por verrugas genitais. Está intimamente relacionado ao câncer de colo de útero na mulher. O tratamento de escolha é químico/tópico com aplicação de podofilina, ácido tricloroacético ou imiquimod.
- Sífilis: tem como característica principal a lesão ulcerativa indolor denominada cancro duro. O

tratamento é feito com penicilina benzatina 2.400.000U dose única na sífilis primária, e 1x por semana por 3 semanas na sífilis secundária.

Devido à extensão do tema, não delinearemos mais linhas em relação à infecção por HIV, mas ressalta-se aqui sua importância entre as DSTs.

Tão importante quanto divulgar o diagnóstico e o tratamento das DSTs é orientar a prevenção, já que as sequelas podem ser várias: infertilidade, malformações fetais, hepatite crônica (hepatite B), câncer, etc.

3.2 Distúrbios menstruais

3.2.1 Anormalidades do ciclo menstrual

A menstruação normal caracteriza-se por fluxo menstrual com duração de três a oito dias.

A presença de irregularidade menstrual é comum na adolescência. Cerca de 50% dos ciclos menstruais são anovulatórios nos primeiros dois anos após a menarca. Isto se deve a uma imaturidade fisiológica do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Desta forma, meninas com irregularidade menstrual até 2 a 3 anos após a menarca, com fluxo menstrual não aumentado, sem outras queixas e com exame físico normal, não necessitam necessariamente de uma investigação.

Diagnosticamos amenorreia quando verificada ausência de menarca aos 16 anos, ausência de caracteres sexuais secundários aos 14 anos, atraso significativo do ganho de peso e estatura durante a puberdade, ausência de menarca três anos após telarca e ausência de menstruação por mais de seis meses ou por pelo menos três dos intervalos dos ciclos precedentes. É claro que para a paciente com atraso menstrual por mais de 30 dias e com vida sexual ativa, a primeira situação que deve ser levantada é a possibilidade de gravidez.

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é a causa mais comum de anovulação persistente na adolescência. Como essa síndrome geralmente se inicia no período perimenarca, é fundamental que as adolescentes com irregularidade menstrual, principalmente oligomenorreia ou amenorreia secundária, sejam investigadas, sobretudo aquelas com irregularidade persistente após os primeiros 2 a 3 anos pós-menarca. A suspeita torna-se ainda mais consistente de SOP, quando existe associação clínica de obesidade, hirsutismo e acne moderada ou grave.

Nos casos de perda de peso com dietas restritivas e excesso de exercício físico, em que ocorre uma supressão do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, o ganho ponderal e o exercício físico moderado, por si só poderão levar à regularização dos ciclos menstruais.

O hipertireoidismo, cuja principal causa é a Doença de Graves, pode causar distúrbios menstruais, caracterizados por oligomenorreia ou amenorreia.

Outras situações menos comuns que também podem causar oligomenorreia ou amenorreia são: Doença de Cushing, falência ovariana prematura, hiperplasia adrenal congênita, tumor adrenal e ovariano e hiperplolactinemia.

Os exames que devem ser solicitados nos casos de irregularidade menstrual (oligomenorreia e amenorreia) são: LH, FSH, Estradiol, Testostenona, Androstenediona, Prolactina, TSH, 1-OHP e Ultrassonografia pélvica ou transvaginal.

3.2.2 Hemorragia uterina disfuncional

A hemorragia uterina disfuncional (HUD), que não apresenta uma causa patológica subjacente, é desencadeada por alterações funcionais do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Caracteriza-se por irregularidade menstrual, com variação importante em relação à intensidade do fluxo, duração dos ciclos e ausência de dor. Nestes casos, deve-se fazer diagnóstico diferencial

com doenças pélvicas (miomas, adenomiose), infecções genitais (clamídia, gonococo), disfunções de coagulação (discrasias sanguíneas, insuficiência hepática, leucemia, LES, coagulopatia), hipotireoidismo e causas iatrogênicas (uso AAS, Warfarin, AINES e anticoncepcionais). A investigação consiste na solicitação de hemograma, coagulograma, US pélvico ou transvaginal e pesquisa de agentes infecciosos.

Afastados outros diagnósticos, a HUD pode ter conduta expectante nos casos de sangramento não intenso. Nos casos de anemia, deve-se prescrever sulfato ferroso. O tratamento do fluxo menstrual intenso pode ser feito com AINES nos dias do sangramento e, não havendo resposta adequada, prescrição de anticoncepcionais orais.

3.2.3 Dismenorreia

Mais da metade das mulheres apresenta cólica menstrual. A dismenorreia pode ser primária, em que não há evidência de causa patológica (95% dos casos) e secundária, cujas principais causas são: inflamações pélvicas, tumores pélvicos, adenomiose e endometriose.

A dismenorreia primária pode ser tratada com AINES durante o período menstrual e, nos casos refratários, com anticoncepcional hormonal (promove a anovulação, hipoplasia do endométrio e diminuição da produção de prostaglandinas).

3.3 Contracepção na Adolescência

Para decidir qual método contraceptivo utilizar, é preciso conhecer o paciente, compreender a fase pela qual está passando e a realidade familiar, social, econômica e cultural na qual está inserido.

Analisando cada método, devemos atentar para as seguintes características: eficácia, efeitos adversos, aceitabilidade,

facilidade de uso, reversibilidade e proteção às DSTs e infecção pelo HPV.

Devemos estimular a prática da dupla prevenção, tanto da gravidez indesejada, quanto das DSTs - AIDS.

Durante a consulta, a orientação deve ser clara, para que ocorra a perfeita compreensão pelo adolescente. Com a introdução do método contraceptivo, deve-se orientar a importância do seguimento médico e ginecológico de reavaliação.

Os métodos comportamentais, como a tabela de Ogino-Knaus e o coito interrompido apresentam um índice de falha muito grande e não conferem proteção contra DSTs.

A adoção de preservativos, quando de uso correto, confere não só um baixo índice de falha em relação à gravidez, como também proteção contra DSTs, além de apresentar um custo relativamente baixo e ser de fácil acesso à população, inclusive com distribuição nas Unidades de Saúde.

Dos métodos hormonais mais utilizados, os de menor custo e de acesso mais fácil são as pílulas (anticoncepcionais orais combinados). A pílula ideal para a adolescente é aquela que contém as menores doses de estrogênio e progesterona, mantendo a eficácia da contracepção e o controle do ciclo. Quando bem elegida e utilizada corretamente, confere um baixo índice de falha em relação à gravidez.

O contraceptivo hormonal injetável mensal, em suas formulações mais recentes, com acetato de medroxiprogesterona e cipionato de estradiol ou enantato de noretisterona, contém estrogênio e progesterona e apresenta poucos efeitos colaterais, poucas alterações menstruais, boa aceitabilidade entre os adolescentes e permite um maior controle pela própria paciente e equipe de saúde.

O contraceptivo trimestral injetável não é a primeira escolha para adolescentes. Possui apenas o componente progestágeno, não demonstra superioridade em relação aos

outros métodos e alguns estudos mostram um maior risco de descalcificação óssea em adolescentes.

Lembrar que os contraceptivos hormonais, utilizados de forma isolada, não conferem proteção contra DSTs, e ainda podem apresentar alguns efeitos colaterais como: cefaleia, sintomas gastrintestinais, ganho de peso, aumento do risco de trombose venosa, entre outros.

O uso de Dispositivo Intra-Uterino (DIU), de cobre ou hormonal, oferece uma proteção contraceptiva adequada, porém não confere proteção contra DSTs. Estão contraindicados em adolescentes sem gestações prévias, sendo apenas reservados para alguns casos, como contraindicações médicas ao uso de contraceptivos hormonais orais ou injetáveis.

O sigilo médico na consulta do adolescente é garantido pelo código de ética médica. O médico apenas pode comunicar ao pais caso a falta desta comunicação possa resultar em risco ao paciente ou a outrem; mesmo assim, o adolescente deverá ser avisado da comunicação.

3.4 Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência é uma questão importante a ser discutida, devido à grande repercussão na vida dos adolescentes, nas famílias dos mesmos e no conceito.

Ao final desta seção, espera-se que você amplie sua visão e conhecimento sobre o tema, no intuito de estar ainda mais apto a orientar a importância da contracepção para os adolescentes sexualmente ativos e de saber abordar melhor situações de gravidez na adolescência, vivenciadas em sua prática diária.

A adolescente grávida apresenta risco de complicações na gravidez maior que a mulher adulta, devido à imaturidade orgânica em conceber.

Em relação à repercussão psicossocial, uma gravidez indesejada pode causar conflitos psicológicos internos, conflitos familiares, abandono precoce dos estudos, entre outros problemas.



VAMOS SABER MAIS!

Entre na biblioteca virtual do curso. Lá você encontrará o texto: Gravidez na Adolescência, de Vitalle e Amancio. Leia-o e faça sua reflexão.

Seção 4 - DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

A depressão é um dos principais transtornos psiquiátricos que acometem os adolescentes.

Ao final desta seção, espera-se que você esteja apto a realizar um diagnóstico adequado de depressão na adolescência, estando ciente da importância do tratamento medicamentoso e psicoterápico conjunto.

A adolescência é um período de intensas modificações e transições e, portanto, rico em possibilidades desestabilizadoras. A depender da estrutura familiar, social, psicológica e genética, muitos adolescentes não têm condições de responder positivamente a todas estas mudanças e, por fim, estas acabam por determinar um sofrimento psíquico, por vezes eclodindo com quadros psicopatológicos, como a depressão.



VAMOS SABER MAIS!

Entre na página <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>, lá você encontrará o texto: Depressão na Adolescência, de Ballone e Moura (2008). Leia-o e faça sua reflexão.

4.1 Prevenção e Suspeita do Uso de Drogas na Adolescência

A dependência de drogas é um problema de saúde pública no Brasil. Um estudo realizado em 1997 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro avaliou 3.139 estudantes da quinta

série do primeiro grau à terceira série do segundo grau de escolas públicas, possibilitando comparar as taxas de uso experimental ao longo da vida com as de uso habitual (últimos 30 dias). O estudo encontrou um consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias, respectivamente, de 77,7% e 19,5% para álcool; 34,9% e 4,6% para tabaco; 9,2% e 2,8% para inalantes; 7,1% e 1,6% para tranquilizantes; 6,3% e 2,0% para maconha; e 1,9% e 0,6% para cocaína.

Entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa autoestima.

De acordo com Newcomb (1995), os fatores de risco para o uso de drogas incluem aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos. São eles: a disponibilidade das substâncias, as leis, as normas sociais, as privações econômicas extremas; o uso de drogas ou atitudes positivas frente às drogas pela família, conflitos familiares graves; comportamento problemático (agressivo, alienado, rebelde), baixo aproveitamento escolar, alienação, atitude favorável em relação ao uso, início precoce do uso; susceptibilidade herdada ao uso e vulnerabilidade ao efeito de drogas.

É importante sabermos como identificar o adolescente de risco potencial para o uso de drogas, bem como o já provável adolescente usuário.

Os adolescentes que possuem doenças como depressão maior, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e comportamento disruptivo apresentam sinais e sintomas semelhantes aos que podem ser observados naqueles adolescentes que fazem uso de entorpecentes, dificultando o diagnóstico diferencial. Estes mesmos pacientes devem ser acompanhados de perto e tratados adequadamente de suas doenças, pois possuem um risco maior para iniciarem o uso de drogas.

Os sinais e sintomas que merecem atenção são: alterações importantes de humor, de comportamento, de socialização e de relacionamento familiar; descuido e desinteresse com as vestimentas próprias e higiene pessoal, e queda de rendimento escolar.

O profissional de saúde deve conscientizar-se da importância da identificação dos fatores de risco para o uso de drogas na adolescência, intensificando sua atuação com medidas preventivas individualizadas, para seu paciente. Para os adolescentes já usuários, torna-se fundamental o diagnóstico precoce, visando ao encaminhamento para tratamento adequado.

Como fim desta seção, espera-se que você esteja mais apto a suspeitar do uso de drogas por um adolescente, bem como saiba identificar fatores de risco para o uso de drogas em seus pacientes. Espera-se, desta forma, que também esteja sensibilizado a atuar em prevenção do uso de drogas na adolescência.

Seção 5 - ACNE

Esta seção abordará o tema acne, que é uma doença extremamente comum, com início geralmente na puberdade, tornando-se menos evidente no final da adolescência.

Por ser considerada como um processo normal do desenvolvimento, há uma demora na procura de ajuda médica pelo paciente e seu cuidador e, por vezes, também uma subvalorização por parte do profissional, que podem levar ao desenvolvimento de cicatrizes tanto em nível cutâneo como em nível psicossocial. As lesões inflamatórias são dolorosas e os episódios de exacerbação da acne podem provocar baixa autoestima, perda de autoconfiança, isolamento social e mesmo depressão.

Ao final desta seção, espera-se que você esteja apto a realizar uma abordagem adequada da acne, estando mais familiarizado com as possibilidades terapêuticas e conscientizado da importância do tratamento precoce, a fim de reduzir as complicações desta doença para o adolescente.

Clinicamente, de acordo com a lesão predominante, podemos classificar a acne em inflamatória (pápulo-pústula, nódulo e cisto) e não inflamatória (comedão aberto ou ponto negro e comedão fechado ou ponto branco).

O grau de severidade da acne pode ser avaliado de acordo com:

- Quantidade das lesões inflamatórias:
- Leve: algumas (<10) pápulas/pústulas e ausência de nódulos.
- Moderada: muitas (10-20) pápulas/pústulas e/ou alguns nódulos.
- Severa: numerosas (>20) pápulas/pústulas e/ou muitos nódulos.
- Presença de cicatrizes.
- Persistência de drenagem purulenta e/ou serossanguínea das lesões.

- Presença de fístulas.
- Outros fatores: repercussões psicossociais, dificuldades laborais e resposta inadequada à terapêutica.

O tratamento da acne deve ser ajustado individualmente, de acordo com as características do doente e o tipo de lesões presentes.

Na acne comedônica, deve-se iniciar o tratamento com a utilização de agentes comedolíticos, como os retinoides tópicos, em especial a tretinoína. Não havendo melhora após um mês, podem associar-se outros fármacos tópicos, como o peróxido de benzoíla ou antibióticos tópicos. Outros fármacos tópicos que podem ser úteis são o ácido azelaico e a nicotinamida.

Os doentes do sexo feminino que não apresentem melhorias e/ou que apresentem sinais de hiperandrogenismo poderão ser tratados com terapêutica hormonal (anticoncepcionais orais ou outros antiandrogênicos, como espirolactona e acetato de ciproterona).

A acne inflamatória leve deve ser abordada, inicialmente, de forma similar à da acne comedonal (retinoide associado com peróxido de benzoíla e/ou antibióticos tópicos). Caso existam cicatrizes, ou se após um período de um mês não houver melhora do quadro, deve-se associar um antibiótico oral. Por volta da décima semana de tratamento, caso não ocorram melhoras, deve-se verificar se o antibiótico está sendo tomado corretamente e, se estiver, deve-se aumentar a dose do mesmo ou mudar de antibiótico. Caso a doença esteja controlada, pode-se reduzir a dose do antibiótico oral, mantendo-o ainda por cerca de seis meses para evitar recidivas e o surgimento de resistências. O doente deverá ser avaliado mensalmente e, caso não se consiga controlar a doença, deve-se considerar a utilização da terapêutica hormonal (nos doentes do sexo feminino) ou da isotretinoína. Este fármaco também deve ser utilizado caso ocorram recidivas durante ou após o tratamento com antibióticos orais.

O antibiótico oral mais utilizado na acne é a eritromicina, na dose de 500 mg de 12/12h, com redução após melhora do quadro. O uso geralmente é prolongado.

A acne inflamatória moderada deverá ser abordada de modo semelhante à da forma leve, mas com o uso de antibióticos orais desde o início do tratamento, reservando-se os retinoides para quando houver redução das lesões inflamatórias.

Na acne inflamatória severa, pode-se iniciar o tratamento com a administração de antibióticos orais associados à utilização de peróxido de benzoíla tópico. E, neste caso, considera-se a isotretinoína como tratamento de escolha. Nos doentes do sexo feminino em que ocorra recidiva após o segundo ciclo de isotretinoína, deve-se proceder com um estudo endocrinológico para ponderar a utilização da terapêutica hormonal.

Atenção e cuidado especial devem ser dados em relação ao uso de isotretinoína, que é um medicamento altamente teratogênico e que possui efeitos colaterais importantes, principalmente hepáticos.

REFERÊNCIAS

Ballone, GJ. **Gravidez na Adolescência** - *in*. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc3.html>> revisto em 2003.

Ballone, GJ. Moura, EC. **Depressão na Adolescência** - *in*. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2008.

Ballone, GJ. **Infância e adolescência, quando pedir ajuda.** - *in*. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=27> > revisto em 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de bolso - Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2006, disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. **Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2006.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente - Manual de Orientação.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. São Paulo, 2009.

Ferreira, J. P., Neto, A. *et al.* **Diagnóstico e Tratamento em Pediatria.** Sociedade de Pediatria do RS. Artmed. Rio Grande do Sul. 2006.

Ferreira, A L, et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2ª Ed. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos Ministério da Justiça. Rio de Janeiro, 2001.

Herter LD, et al. Anticoncepção e gestação na adolescência. Jornal de Pediatria. Vol. 77, Supl.2, 2001, p.p. 170 a 178.

Lopez, FA, JUNIOR, DC. Tratado de pediatria-Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª ed. Tomos I e II. São Paulo: Manole. 2009.

Marcondes, E; Vaz, AC; Ramos, LA, et all. Tratado de Pediatria. Tomo I, II e III. São Paulo: Sarvier. 2004.

Marques, ACPR; Cruz, MS. Adolescente e o uso de drogas. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo: Dec. 2000

Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. *Am Psychol* 1989;44:242-8.

Vitalle, MSS; AMANCIO, OMS. Gravidez na Adolescência, disponível em <http://www.pjpp.sp.gov.br/2004/artigos/11.pdf>

CAPÍTULO 3

SAÚDE MENTAL

Quem não ama adoce! (Freud)

“São direitos da pessoa portadora de transtorno mental... ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades”, de acordo com o Artigo 2º da Lei 10.216. Para a maioria das pessoas, isso significa atendimento psiquiátrico efetivo. Quando se trata de desenvolver políticas públicas de saúde mental, os gestores devem almejar promover a recuperação de indivíduos por meio do envolvimento dos pacientes. Isso não deve ocorrer porque é politicamente correto, na acepção de Setoya (2011), mas porque os pacientes são os únicos que verdadeiramente conhecem as suas necessidades.

Para os médicos generalistas integrantes dessas equipes de saúde assimilarem os conteúdos que facilitem a compreensão da Saúde Mental no contexto da atenção primária, este capítulo foi organizado em duas seções: 1) Saúde Mental na Atenção Primária e 2) Tratamento na Atenção Primária.

Esperamos oferecer informações em linguagem simples, oportunidades de reflexão individual e coletiva e, principalmente, atividades práticas que permitam intervenções positivas na sua comunidade e a busca por mais conhecimentos na grande área temática da Saúde Mental.

Bons estudos! Boas práticas!

Seção 1 - SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nesta seção, vamos iniciar nossos estudos sobre saúde mental sob o enfoque do médico que atua na atenção primária à saúde. A Conferência Nacional de Saúde Mental (2003), que teve como eixo temático a reorientação do modelo assistencial, procurou trazer à tona o debate sobre a construção de um modelo assistencial capaz de proporcionar maior acessibilidade aos usuários com demanda de saúde mental. A Conferência enfatizou que a inclusão do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde pode ser um caminho para superar o grave problema da acessibilidade em saúde mental.

Como em muitos outros países, os médicos generalistas da rede de cuidados primários têm competência limitada em psiquiatria. O “Guia para Intervenções em Saúde Mental do ‘Gap Action Programme’ para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias em serviços não especializados de saúde”, recentemente publicado pela OMS (www.who.int/mental_health/mhgap) poderá ajudar a integrar a saúde mental aos cuidados primários de países de baixa ou média rendas, de acordo com Gentil (2011).

Entretanto, uma mudança de atitude em relação aos pacientes psiquiátricos e o aumento da competência das equipes de cuidados primários em relação a eles requerem uma modificação significativa da formação profissional. Esperamos que ao final da seção você seja capaz de:

- Desenvolver ações fundamentadas nos agravos mais prevalentes em sua comunidade;
- Desenvolver ações que permitam melhorar as condições de vida e isolamento social de sua população;
- Reconhecer quadros de Transtornos de Ansiedade e Transtornos do Humor, especialmente os casos de somatizações e depressão, inclusive seu tratamento

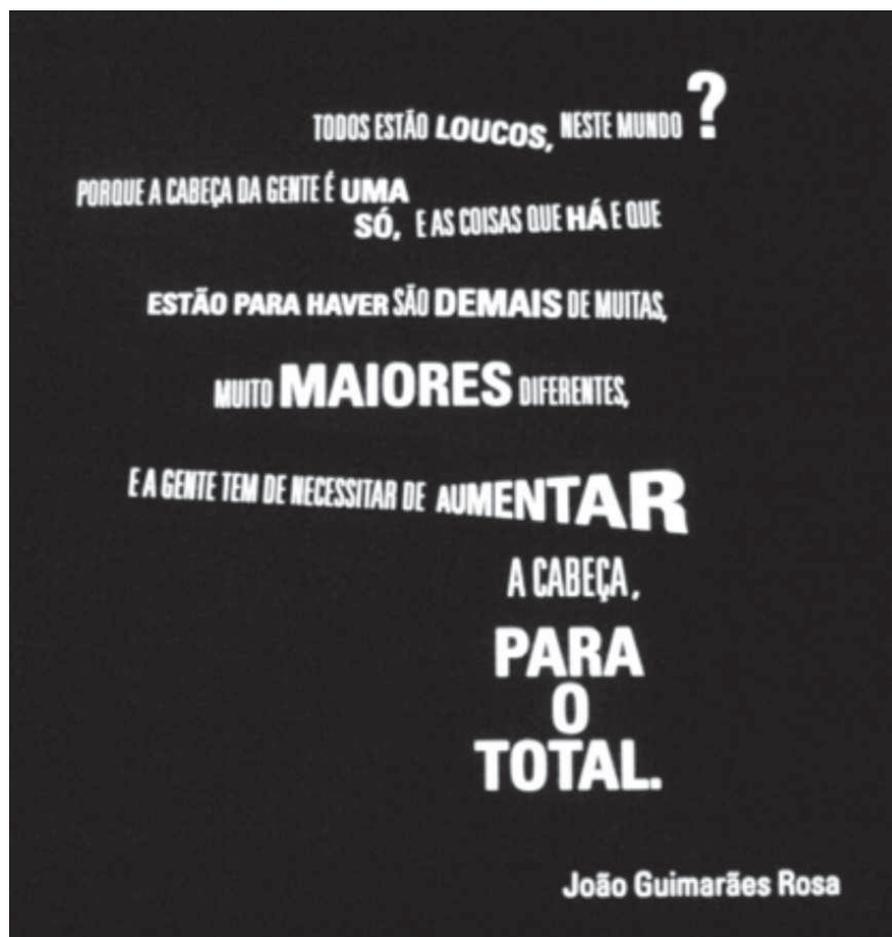
- com psicofármacos e emergências psiquiátricas relacionadas a tais quadros neuróticos;
- Adotar técnicas de acolhimento do paciente com doença mental e de terapia comunitária, com ênfase nos casos de pacientes com demência e esquizofrenia e outros transtornos psicóticos;
 - Identificar uso abusivo de álcool e drogas, inclusive o tabagismo.

1.1 Problemas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde

O Relatório sobre a Saúde no Mundo, especificamente focado na saúde mental, ressalta que o controle e o tratamento dos transtornos mentais, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), são fundamentais para que:

- um maior número de pessoas tenha acesso aos serviços de saúde;
- melhore a qualidade da atenção;
- sejam reduzidos os desperdícios financeiros por investigações diagnósticas desnecessárias e tratamentos inespecíficos ou inapropriados (Ribeiro, Alves, Silva, Vieira, 2009).

A realidade das equipes de saúde da família demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental” - 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).



Os problemas de Saúde Mental e as situações de risco que comprometem os vínculos familiares e sociais são: alcoolismo e outras dependências, psicoses, prostituição infantil, doença clínica grave, exclusão social, violência, suicídios e suas tentativas, abuso de benzodiazepínicos, transtornos do humor e retardo mental. Portanto a Atenção Primária deve possuir ferramentas de enfrentamento para essa realidade. As equipes, cotidianamente, deparam-se com problemas de Saúde Mental devido a sua proximidade com as famílias e comunidade, tornando-se, assim, recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados às diversas formas de sofrimento psíquico (Andrade, Botti, 2010).

A ênfase no tratamento extra-hospitalar e a inclusão da saúde mental nas ações gerais de saúde induzem a estruturação de redes de serviços de atenção à saúde mental, integradas ao Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 1992). Embora existam evidências de que os transtornos mentais de menor gravidade possam ser mais efetivamente cuidados na atenção primária, muitos clínicos gerais e possivelmente alguns pacientes preferem a referência para equipes de saúde mental (Ribeiro, Alves, Silva, Vieira, 2008).

A Atenção Primária possui como eixo norteador a tríade - acolhimento, vínculo e heterogeneidade-, o que configura o atendimento humanizado em saúde. A reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental depende da oferta de ações locais pelos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de Saúde Mental (Andrade, Botti, 2010).

O Ministério da Saúde enfatiza a importância da Rede Básica desenvolver ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar as áreas de risco geradoras de sofrimento mental e atuar nelas, contribuindo para desenvolver ação intersetorial necessária para redução desse sofrimento. Entende-se que essa vigilância é garantida pela prática da visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e, neste sentido, identificamos a própria atuação dos ACS's como importante estratégia.

As ações de Saúde Mental na Atenção Primária devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da Reforma da Assistência Psiquiátrica. Configuram-se como síntese dos princípios fundamentais desta articulação:

- noção de território,
- organização em rede,
- intersetorialidade,
- reabilitação psicossocial,

- equipe multiprofissional e interdisciplinar,
- desinstitucionalização e
- promoção da cidadania e autonomia.



VAMOS REFLETIR!

Leia o artigo de Wesley Vieira Andrade e Nadja Cristiane Lappann Botti, de Betim-MG, e reflita sobre A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

1.2 Transtornos Mentais mais frequentes na Atenção Primária

Há uma demanda típica da Atenção Primária, de grande monta, situando-se em torno de 30 a 40% dos pacientes atendidos neste nível ambulatorial (Villano, 1998), que se constitui, sobretudo, dos chamados transtornos mentais menores, que são as síndromes depressivas, ansiosas, e somatizações, outrora denominadas neuroses, termo suprimido das classificações psiquiátricas atuais. O tratamento desses pacientes deve ser competência do profissional de Atenção Primária, pois se trata de uma clientela que não aceita facilmente encaminhamento para especialistas.

O diagnóstico psiquiátrico é fundamental em um sistema estruturado por programas dirigidos a grupos da população com transtornos mentais específicos, porém é tarefa frequentemente complexa, envolvendo critérios predominantemente subjetivos. De acordo com Ribeiro, Alves, Silva, Vieira (2009), a habilidade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em identificar tais transtornos psiquiátricos menores foi tal qual a habilidade de psiquiatras: entre os pacientes encaminhados, a “hipótese

diagnóstica” mais frequente foi a de transtorno de ansiedade, consistente com o diagnóstico principal efetuado pela equipe de especialistas e com a mais elevada prevalência desses transtornos entre a população geral.

Em outro trabalho citado quanto à frequência dos diagnósticos formulados pelas Unidades de Saúde da Família (USF), o “Transtorno de Ansiedade-Neurótico” foi o diagnóstico principal mais frequente (37,1%), vindo em seguida o “Transtorno Afetivo (de Humor)” (26,7%) e “Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas” (18,5%) (Poço, Amaral, 2005). Tais achados são semelhantes àqueles encontrados em outras USF’s no Brasil, bem como estão de acordo com a frequência encontrada no setor de atendimento básico americano.

Nos Estados Unidos, o setor de atendimento primário tem sido rotulado como um sistema de atendimento de saúde mental de fato, porque quase 2/3 de todos os pacientes com doenças psiquiátricas são exclusivamente atendidos na rede básica. Estudos de prevalência em clínicas de atendimento básico consistentemente mostraram taxas de até 30% para transtornos psiquiátricos, devido basicamente aos chamados transtornos menores ou mistos (Jacobson e Jacobson, 1997).

Assim, pode-se afirmar que a Atenção Primária está capacitada para alta resolutividade de transtornos mentais, tais como reação aguda ao estresse (quadros reativos a situações de vida desfavoráveis: luto, perda de emprego, imigração, violência, etc.); depressão e ansiedade sem risco de morte ou perda grave de autonomia; somatizações, transtorno dissociativo e conversivo sem alteração grave da personalidade; abuso de álcool e outras drogas; tabagismo; insônia sem patologia psiquiátrica; retardo mental, demência e epilepsia sem distúrbio severo do comportamento; identificação precoce de patologias da infância e adolescência e orientação para as escolas e família (Pereira, 2006).

Entretanto, esse autor cita Strahdee e Jenkinns (1996) quanto à caracterização da população sob enfoque da saúde mental típica de um território sob responsabilidade de um médico da família. Ou seja, cada médico teria cerca de dois mil pacientes sob sua responsabilidade, assim classificados:

- 60-100 pacientes com depressão;
- 70-80 pacientes com ansiedade ou outras neuroses;
- 50-60 pacientes com problemas causados por uma situação pessoal;
- 5-6 pacientes com problemas causados por álcool e outras drogas;
- 4-12 são pacientes esquizofrênicos;
- 6-7 são pacientes com psicoses afetivas;
- 4-5 são pacientes com demência orgânica.

Os pacientes com transtornos psiquiátricos frequentemente se apresentam ao atendimento primário com queixas somáticas que remetem a seu transtorno subjacente. Para os transtornos do humor, as queixas mais avultantes são fadiga, alteração do sono e dor crônica. Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico foi o mais extensamente estudado quanto à associação com sintomas medicamente inexplicados. É comum que os pacientes tenham alguns sintomas inespecíficos que frustram tanto o paciente quanto o médico, nesse caso uma boa história clínica pode economizar milhões em exames desnecessários (Jacobson e Jacobson, 1997).

Algumas condições médicas estão associadas a sintomas que podem imitar transtornos psiquiátricos. Doenças com prejuízo funcional ou mortalidade significativos podem estar associadas a humor ansioso ou deprimido. Usualmente, as condições médicas podem ser diagnosticadas com uma boa anamnese, um atento exame físico e testes laboratoriais, conforme demonstra a diferenciação entre transtorno do pânico e feocromocitomas. Estabelecer relações causais entre

transtornos médicos (somáticos) e psiquiátricos pode ser difícil, em especial quando a prevalência de ambos é alta. Tal é o caso de depressão e hipotireoidismo. Embora seja comum fazer uma variedade de testes laboratoriais, a história e o exame físico deveriam orientar o clínico. Por exemplo, uma tomografia computadorizada do cérebro é útil apenas se o paciente tem uma demência, não é útil para o diagnóstico da maioria dos transtornos psiquiátricos. Medicamentos também podem resultar em sintomas que imitam transtornos psiquiátricos. Em particular, hipnótico-sedativos e agentes anti-hipertensivos de ação central, como clonidina, podem produzir humor deprimido. Uma história médica cuidadosa, com diminuição ou cessação da droga, pode revelar a causa e tratar o aparente transtorno psiquiátrico (Kick, 1997).

Abuso e dependência de drogas psicoativas são bastante comuns no atendimento primário e acarretam morbidade e mortalidade significativas. Estima-se que 10% da população adulta e 30 a 50% das pessoas no atendimento primário possam ter abuso ou dependência de álcool. O custo social do alcoolismo é muito alto, tanto em atendimento médico, quanto em perda da produtividade laboral. Abuso e dependência de álcool, o transtorno mais comum, podem agravar alguns problemas médicos, incluindo distúrbios do sono, hipertensão, diabetes, úlcera péptica, anemia e transtornos do humor. Frequentemente tais agravos são acompanhados por anomalias laboratoriais (aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, gama glutamil transpeptidase, volume corpuscular médio aumentados) que podem alertar o clínico para a possibilidade de abuso de álcool. Similarmente, alterações em atividades diárias, como desmazelo no trabalho e/ou problemas legais, podem sugerir alcoolismo. É necessário que o clínico indague sobre história de uso de substâncias sistematicamente. Além disso, o álcool e outras substâncias psicoativas estão fortemente correlacionados a outros transtornos psiquiátricos, com ênfase para depressão,

transtorno afetivo bipolar, transtorno do pânico e fobia social (Jacobson e Jacobson, 1997).

Dados de um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS) com pacientes da atenção primária à saúde mostraram que a prevalência de dependência do álcool foi de 2,7%, sendo o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente, superado somente pela depressão e transtorno de ansiedade generalizada. Na análise das variáveis clínicas, representadas pelas patologias crônicas, encontrou-se associação estatística significativa entre a dependência de álcool e as patologias diabetes e gastrite. O resultado foi consistente com a literatura, segundo a qual o uso pesado do álcool aumenta o risco para o diabetes tipo II. A gastrite configura-se dentre as principais comorbidades clínicas do sistema gastrointestinal associadas ao consumo de bebidas alcoólicas. A associação tabagismo e alcoolismo foi encontrada em 70% dos indivíduos com dependência do álcool, dado consistente com os de outros estudos (Vargas D et al., 2009).

O conceito de uso problemático de álcool não se aplica apenas ao dependente ou ao paciente que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Existem outros padrões de uso de álcool que causam riscos substanciais ou nocivos para o indivíduo. Entre eles, a situação de beber excessivamente todos os dias ou repetidos episódios de intoxicação pelo álcool. O consumo de álcool, que causa prejuízos físicos, mentais ou sociais pode se estender em um processo contínuo, desde um padrão de beber excessivo até a dependência da bebida. Devem-se assistir os pacientes que se encontram em algum ponto desse *continuum* (MINTO, 2007).

1.3 Transtornos Mentais na Atenção Primária à Saúde

De acordo com Jenkins e Strathdee (2000), algumas das razões que reforçam a necessidade de inserção da saúde mental nas atribuições do nível primário seriam:

1. oferecer bons cuidados à maioria das pessoas com transtornos mentais mais frequentes e menos graves que não teriam como ser assistidas por um especialista;
2. garantir que os cuidados físicos relativos aos portadores de transtornos mentais não sejam negligenciados, já que estas pessoas têm alta taxa de comorbidade e mortalidade por doenças físicas;
3. prover seguimento e suporte de longo prazo, o que seria de realização mais factível por médicos generalistas; e
4. garantir o cuidado imediato e precoce àquelas pessoas que não aceitam procurar serviços psiquiátricos.

As doenças psiquiátricas mais prevalentes na atenção primária são:

- a) Somatizações;
- b) Transtornos depressivos;
- c) Transtornos ansiosos.

1.3.1 Somatizações

Alguns sintomas físicos ocorrem sem qualquer causa física e, nesses casos, suspeita-se de uma causa psicológica. A maioria deles é breve e está relacionada a situações de estresse, havendo remissão espontânea ou após uma explicação de sua origem efetuada pelo profissional de saúde. Na minoria dos casos, esses sintomas persistem e podem comprometer bastante a qualidade de vida das pessoas. Transtornos ansiosos e depressivos podem estar presentes e por isso devem ser sempre pesquisados. Veja quais os passos a seguir na abordagem das somatizações (Pereira, 2009):

Passo 1: Descarte uma doença orgânica com base em história clínica, exame físico e exames complementares.

Passo 2: Se não for identificada doença orgânica ou não houver melhora após tratamento usual, pergunte sobre problemas de vida e situações de estresse:

- Família: houve perdas recentes por morte ou afastamento, término de relações, início de relações, crises familiares de qualquer natureza?
- Vida profissional: houve perda ou ameaça de perda do emprego, início de novo emprego, mudança das atribuições profissionais, queda ou expectativa de queda nos rendimentos, questões afetivas de qualquer natureza no ambiente profissional?
- Social: mudança de grupos sociais, mudança de endereço, queda ou ascensão no nível social?
- Saúde: houve o surgimento de doenças, a realização ou expectativa de cirurgia no paciente ou em algum familiar, acidentes, ocorrências traumáticas de qualquer natureza?

Passo 3: Pesquise sintomas típicos de depressão (humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, ideação suicida) e ansiedade (tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigens, insônia, medos infundados de coisas ou lugares).

Passo 4: Nunca diga que o paciente não tem nada!

- Se ele não apresenta doença orgânica evidente, deve estar com algum sofrimento emocional.
- Tranquelize-o, esclarecendo que sintomas somáticos são frequentes e podem ser a expressão de um problema emocional.
- Estabeleça possíveis ligações entre aspectos de vida recente e a presença dos sintomas somáticos. Nos casos mais complicados, agende consultas regulares para este fim.
- Prescreva atividade física regular, exercícios de relaxamento respiratório (em ambiente calmo, executar inspirações e expirações profundas por cerca de 10 minutos duas ou três vezes ao dia).

Passo 5: Quando presentes, trate a depressão e a ansiedade e prescreva antidepressivos se os sintomas forem graves e incapacitantes.

- Não prescreva benzodiazepínicos por prazo superior a duas semanas (esse grupo de medicamentos é a primeira escolha nos casos de ansiedade aguda e deve ser usado apenas por poucos dias - há risco de dependência química).

1.3.2 Transtornos depressivos

O transtorno depressivo é reconhecido como um problema de saúde pública na atenção primária por sua prevalência, custo social e por seu impacto no cotidiano de pacientes e seus familiares (Wells et als., 2000). A literatura internacional e nacional evidencia que os pacientes com transtorno depressivo utilizam os serviços médicos com maior frequência, têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico. Os transtornos mentais e comportamentais são comuns entre pacientes que buscam atendimento nas unidades básicas de saúde; é necessário conhecer a prevalência destes transtornos nesse contexto para proporcionar a atenção necessária às pessoas que demandam atendimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Em atenção primária, os pacientes deprimidos são frequentadores assíduos, sendo que a prevalência está entre 5 a 10% de todos os usuários atendidos. Entretanto, ainda há uma grande deficiência na identificação do seu diagnóstico, assim como no tratamento adequado. Portanto, o subdiagnóstico é padrão em todos os níveis de atenção, podendo chegar a 50-60% em cuidados primários, o que enfatiza a necessidade de instrumentalizar os profissionais para a identificação e tratamento precoces já na atenção primária (Corso, Costa, Fleck e Heldt, 2009).

A depressão também pode se apresentar de múltiplas formas, tais quais:

- a) com queixas psíquicas, como: humor depressivo, anedonia (falta de prazer), ideias de autodesvalorização e culpa, ideias de morte e suicídio, fadiga, sensação de perda de energia, diminuição da concentração, memória e capacidade de decidir,
- b) queixas somáticas, como: aumento ou diminuição de sono, apetite e peso, diminuição da libido, dores sem substrato orgânico,
- c) alterações no comportamento, tais como retraimento social, crises de choro, abandono de atividades habituais e do cuidado próprio, comportamento suicida, retardo ou agitação psicomotora (DEL PORTO, 2000).

1.3.3 Transtornos ansiosos

Os transtornos ansiosos são os mais frequentes transtornos emocionais na comunidade e nos sistemas primários de saúde. Sua importância foi subestimada durante muito tempo. Ainda hoje, a maioria dos casos não são reconhecidos, diagnosticados, ou tratados de forma apropriada. A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas.

A ansiedade pode ser definida como uma sensação subjetiva desagradável de inquietação, acompanhada de uma série de queixas somáticas que, para alguns pacientes, são mais facilmente percebidas do que as manifestações psíquicas. As queixas mais frequentemente relatadas são (ANDRADE e cols., 1994):

1. Autonômicas - taquicardia, vasoconstricção, sudorese, aumento do peristaltismo, taquipneia, piloereção, midríase;
2. Musculares - dores, contraturas, tremores;
3. Cinestésicas - parestesias, calafrios, adormecimentos;
4. Respiratórias - sensação de afogamento e sufocação;
5. Psíquicas - tensão, nervosismo, mal-estar indefinido, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de “estar no limite”, despersonalização e desrealização (alteração da sensação de realidade do mundo exterior, “como se o mundo estivesse diferente”).

Quando os sintomas de ansiedade ou depressão são as queixas principais, o diagnóstico é realizado corretamente pelos clínicos em 95% dos casos. Entretanto, quando os pacientes enfatizam os sintomas somáticos, o índice de acerto cai para 48% (HETEM,1997). Os distúrbios de ansiedade, enfermidade psiquiátrica mais prevalente na comunidade geral, estão presentes em 15 a 20% dos pacientes de ambulatórios médicos. Esses distúrbios são classificados, de acordo com a sua duração e evolução e com a existência e a natureza dos fatores precipitantes, em: transtornos fóbico-ansiosos, transtornos de ansiedade não desencadeados exclusivamente pela exposição a uma situação determinada, transtornos obsessivos-compulsivos, reações ao estresse grave e de adaptação, transtornos dissociativos e de conversão, transtornos somatoformes e outros transtornos neuróticos.

Os ataques de pânico são crises súbitas com múltiplos sinais e sintomas de hiperatividade autonômica, sensação de mal-estar e perigo iminente, atingindo seu máximo até cerca de 10 minutos. Podem ser espontâneos ou situacionais. O Transtorno de Pânico se caracteriza por ataques de pânico espontâneos, acompanhados de ansiedade antecipatória, ou seja, medo de vir

a apresentar novos ataques, que leva à evitação das situações relacionadas à possível ocorrência de ataques. As Fobias se caracterizam pelo medo persistente e irracional de objeto específico, atividade ou situação considerada objetivamente sem perigo, que resulta em necessidade incontrolável de esquivar-se ou evitar tal estímulo.

A Fobia Social se constitui do medo excessivo associado à necessidade de evitar situações em que o indivíduo possa ser observado ou avaliado pelos outros, pelo temor de se comportar de modo embaraçoso ou humilhante. Nas Fobias Específicas ocorre o medo excessivo de situações particulares ou objetos, que podem ser animais, espaço fechado, fenômenos da natureza, escuridão, alimentos, escola, tratamento dentário, ou visão de sangue e ferimentos, levando à evitação ou esquivas.

A Agorafobia teve seu conceito inicial ampliado para o medo de sair ou ficar desacompanhado, em lugares públicos diversos, abertos ou fechados, transportes coletivos, multidões, podendo chegar à impossibilidade de sair de casa. Está bastante relacionada com o Transtorno de Pânico e há, nas classificações atuais, uma discordância sobre qual seria o fenômeno primário.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada se caracteriza por ansiedade persistente e flutuante relacionada a vários aspectos da vida do indivíduo. Apresenta sintomas variáveis: nervosismo persistente, sensação de estar “no limite”, tremores, tensão e dores musculares, transpiração, sensação de vazio na cabeça, insônia, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo se constitui de pensamentos obsessivos - ideias, imagens ou impulsos que invadem a consciência de forma repetida e estereotipada, causando mal-estar à pessoa e compulsões - comportamentos estereotipados, repetidos, que não levam à conclusão de nenhuma tarefa, mas têm a função de prevenir a ocorrência de algum evento muito pouco provável. Os pensamentos e compulsões são sentidos como próprios pelo indivíduo que,

no entanto, não consegue evitá-los, o que lhe causa muita ansiedade, perda de tempo e da capacidade para a realização das atividades habituais (GENTIL FILHO & LOTUFO-NETO, 1996).



VAMOS SABER MAIS!

O CID-10 agrupa as síndromes ansiosas no capítulo F40-48, denominado Transtornos neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes, distinguindo-se as seguintes nosografias:

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

F40.0 - Agorafobia

.00 - Sem transtorno de pânico

.01 - Com Transtorno de pânico

F40.1 - Fobias sociais

F40.2 - Fobias específicas (isoladas)

F40.8 - Outros transtornos fóbico-ansiosos

F40.9 - Transtorno fóbico-ansioso, não especificado

F41 Outros transtornos ansiosos

F41.0 - Transtornos de pânico (ansiedade paroxística episódica)

F41.1 - Transtorno de ansiedade generalizada

F41.2 - Transtorno misto de ansiedade e depressão

F41.3 - Outros transtornos de ansiedade mistos

F41.8 - Outros transtornos ansiosos especificados

F41.9 - Transtorno ansioso, não especificado

F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

F42.0 - Com predominância de ideias ou de ruminções obsessivas

F42.1 - Com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos)

F42.2 - Forma mista com ideias obsessivas e comportamentos compulsivos

F42.8 - Outros transtornos obsessivo-compulsivos

F42.9 - Transtorno obsessivo-compulsivo, não especificado

F43 Reação a estresse grave e transtornos da adaptação

F43.0 - Reação aguda ao estresse

F43.1 - Transtorno de estresse pós-traumático

F43.2 - Transtornos de adaptação

.20 - Reação depressiva breve

.21 - Reação depressiva prolongada

.22 - Reação mista, depressiva ansiosa

.23 - Com perturbação predominantemente de outras emoções

.24 - Com perturbação predominantemente de conduta

.25 - Com perturbação mista de emoções e conduta

.28 - Com outros sintomas predominantes especificados

F43.8 - Outras reações ao estresse grave

F43.9 - Reação ao estresse grave, não especificada

F44 Transtornos dissociativos (conversivos)

F44.0 - Amnésia dissociativa

F44.1 - Fuga dissociativa

F44.2 - Estupor dissociativo

F44.3 - Transtornos de transe e possessão

F44.4 - Transtornos dissociativos da motricidade

F44.5 - Convulsões dissociativas

F44.6 - Anestesia e perda sensorial dissociativas

F44.7 - Transtornos dissociativos (conversivos) mistos

F44.8 - Outros transtornos dissociativos (conversivos)

.80 - Síndrome de Ganser

.81 - Transtorno de personalidade múltipla

.82 - Transtornos dissociativos (conversivos) transitórios ocorrendo na infância ou adolescência

.88 - Outros transtornos dissociativos (conversivos) especificados

F44.9 - Transtorno dissociativo (conversivo), não especificado

F45 Transtornos somatomorfos
F45.0 - Transtorno de somatização
F45.1 - Somatomorfo indiferenciado
F45.2 - Transtorno hipocondríaco
F45.3 - Disfunção autonômica somatomorfe
.30 - Coração e sistema cardiovascular
.31 - Trato gastrintestinal superior
.32 - Trato gastrintestinal inferior
.33 - Sistema Respiratório
.34 - Sistema geniturinário
.38 - Outro órgão ou sistema
F45.4 - Transtorno doloroso somatomorfo persistente
F45.8 - Outros transtornos somatomorfos
F45.9 - Transtorno somatomorfo, não especificado

F48 - Outros transtornos neuróticos
F48.0 - Neurastenia
F48.1 - Síndrome de despersonalização-desrealização
F48.8 - Outros transtornos neuróticos especificados
F48.9 - Transtorno neurótico, não especificado

1.4 Identificação precoce dos problemas de saúde mental infantil

As ações destinadas à melhoria da assistência à saúde mental da infância, na atenção primária, devem incluir mudanças na formação profissional do médico, otimizando sua capacidade de fazer diagnósticos precoces e encaminhamentos oportunos, e também possibilitar o aperfeiçoamento da organização do trabalho, tanto no atendimento em si como na articulação entre as várias instâncias do sistema de saúde. O foco do generalista deve ser o retardo mental (deficiência mental), devido ao grave impacto social.

Cabe especialmente ao médico generalista a detecção precoce dos atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como o seguimento dos marcos de desenvolvimento do infante, paralelamente ao encaminhamento para as instituições parceiras especializadas no atendimento, estimulação precoce (essencial) e reabilitação dos atrasos do desenvolvimento, historicamente representadas pela APAE, que hoje conta com atendimento multiprofissional à saúde, independente da escola especial. Trata-se da prevenção em casos de retardo mental (deficiência mental).

1.5 Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

O consumo de substâncias psicoativas é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. Há necessidade de modelos de atenção à saúde capazes de reduzir o custo social das drogas; além disso, o papel da unidade primária de saúde é a triagem inicial, inclusive com intervenções motivacionais breves para que o paciente faça o tratamento de forma correta e contínua. Na avaliação clínica geral, deve-se enfatizar o sistema cardiovascular, bem como a saúde bucal. Todo serviço de saúde deve procurar seu lugar para apoiar com mais eficiência o paciente que o procura, não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço (RIBEIRO e LARANEJEIRA, 2010).

O ponto fundamental do diagnóstico dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é a diferenciação entre os quadros clínicos de uso nocivo à saúde e os de dependência química. Na prática clínica, há um superdiagnóstico da dependência química em detrimento da constatação clínica de suas principais alterações neurocerebrais, que são os fenômenos da tolerância química e da síndrome de abstinência da droga.

Quadro 1 - Critérios DSM-IV para abuso de substâncias

A. Padrão desadaptativo de uso de substância levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um ou mais dos seguintes itens, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

1. Uso recorrente da substância, resultando em fracasso no preenchimento de expectativas no trabalho, escola ou lar (por exemplo: repetidas faltas ao trabalho ou desempenho deficiente relacionados ao uso de substâncias; faltas, suspensões ou expulsões da escola, relacionadas com substâncias; negligência dos filhos e das atividades domésticas).

2. Uso recorrente da substância em situações perigosas (por exemplo: dirigir automóvel, operar máquinas, estando prejudicado pelo uso de substâncias).

3. Problemas legais recorrentes relacionados com o uso de substâncias (por exemplo: prisões por conduta imprópria relacionadas a substâncias).

4. Uso continuado de substância apesar de problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos de substância (por exemplo: discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação, brigas).

B. Os sintomas nunca satisfizeram os critérios para dependência de substância para esta classe de substância.

Critérios DSM-IV para Dependência de Substância

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifesta-se por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;

- b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) Síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência das substâncias específicas);
 - b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
 4. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
 7. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

A partir de pesquisas clínicas e consensos profissionais, o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009) estabeleceu princípios para coordenar o tratamento da dependência química, entre eles: 1) desintoxicação em ambiente hospitalar é só o começo do tratamento, 2) avaliação e aconselhamento sobre HIV, hepatites B e C, 3) medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com psicoterapia.

No caso de crack, assim como cocaína e óxi, tradicionalmente associa-se a abordagens mais intensivas; exemplo disso é a ineficácia do tratamento ambulatorial com frequência semanal para usuários de cocaína e seus derivados. Por outro lado, farmacoterapia melhora o prognóstico de pacientes com transtornos relacionados ao uso de cocaína - crack. Ainda assim, mais de 60 medicamentos de várias classes farmacológicas já foram testados no tratamento do uso/abuso e dependência da cocaína e seus derivados, com resultados inconclusivos (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2010).

Deve-se refletir sobre a competência de cada nível de atenção à saúde dos usuários de drogas-dependentes químicos, posto que a grave repercussão social da questão das drogas no Brasil demanda a ação em todos os níveis; entretanto o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é por natureza de maior complexidade.

Outrossim, grupos de autoajuda são uma opção para todas as fases do tratamento. Em nosso meio há o N.A - Narcóticos Anônimos, entre outros e envolve a participação de toda a família.

Por fim, chama-se a atenção para o profissional de referência no tratamento do paciente usuário de drogas/ dependente químico. Tal profissional tem competências-chave durante todo o processo de tratamento, sendo importante para que o paciente tenha motivação necessária para permanecer em tratamento. Acredita-se que tal profissional de referência possa pertencer à equipe de Saúde da Família.



VAMOS REFLETIR!

Leia o material produzido por Sandra Fortes e Luiz Fernando Chazan, da UERJ, e reflita sobre a Capacitação do médico para a atenção primária e a saúde mental.

Seção 2 - TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nesse sentido, a avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida têm sua utilidade no desenvolvimento de estratégias de intervenção, promovendo informações importantes sobre o cliente, permitindo estimar suas prioridades e mensurar o impacto de outras variáveis na qualidade de vida (Corso, Costa, Fleck e Heldt, 2009). Assim, a melhora da qualidade de vida deve ser um dos principais objetivos da abordagem em saúde mental na atenção primária.

O tipo de transtorno psiquiátrico tratável neste nível de atenção pode variar com a gravidade do transtorno, experiência do médico, disponibilidade de opções de tratamento e vontade do paciente. Os transtornos marcados por psicose, alterações comportamentais severas (como comportamento evitativo, caracterizado por grave isolamento fóbico-social) e letalidade (suicídio ou homicídio) deveriam ser tratados por (ou com) um profissional da saúde mental. Uma vez que os transtornos psiquiátricos ocorrem tão comumente em cenários médicos gerais, o provedor de cuidados básicos deve estar seguro ao avaliar tais pacientes. De fato, os pacientes, amiúde, sentem-se mais confortáveis e menos estigmatizados com um clínico geral. Com frequência, o tratamento é iniciado e o paciente seguido de perto. Se uma melhora dos sintomas não ocorrer em seis a oito semanas, esse paciente deve ser encaminhado (Kick, 1997).



VAMOS REFLETIR!

Leia e reflita sobre o artigo **IMPACTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE**, escrito por Aline Naymayer CORSO, Liciane da Silva COSTA, Marcelo Pio de Almeida FLECK e Elizeth HELDT, enfermeiros de Porto Alegre-RS.

Só Os Loucos Sabem

Charlie Brown Jr.

Composição : Chorão/Thiago Castanho

Agora eu sei exatamente o que fazer

Vou recomeçar, poder contar com você

Pois eu me lembro de tudo, irmão, eu estava lá também

Um homem, quando está em paz, não quer guerra com ninguém

Eu segurei minhas lágrimas, pois não queria demonstrar a emoção

Já que estava ali só pra observar e aprender um pouco mais sobre a percepção

Eles dizem que é impossível encontrar o amor sem perder a razão

Mas pra quem tem pensamento forte o impossível é só questão de opinião

E disso os loucos sabem

Só os loucos sabem

Disso os loucos sabem

Só os loucos sabem

Toda positividade eu desejo a você

pois precisamos disso nos dias de luta

O medo segue os nossos sonhos
O medo segue os nossos sonhos
Menina linda, eu quero morar na sua rua
Você deixou saudade
Você deixou saudade
Quero te ver outra vez
Quero te ver outra vez
Você deixou saudade
Agora eu sei exatamente o que fazer
Vou recomeçar, poder contar com você
Pois eu me lembro de tudo, irmão, eu estava lá também
Um homem, quando está em paz, não quer guerra com
ninguém

2.1 Acolhimento como recurso terapêutico

O acolhimento é um espaço de escuta especializada em saúde mental, realizado de forma integral, pois todos os profissionais devem acolher os pacientes. Portanto, não deve ter dia, hora nem profissional escolhido para ser efetuado, já que é tarefa de toda a equipe, o tempo todo. É possível fazer a avaliação a respeito dos casos por meio de reuniões da equipe, nas quais se criam espaços de troca multiprofissional de saberes para atender a saúde mental (Saraiva Jr., Hagemann, Minoia, 2009).

A atual proposta de reorganização da atenção básica, principalmente a partir da NOAS-SUS 01/02, a qual indica uma aplicação e complexificação das ações na rede básica de saúde - expressa na designação Atenção Básica Ampliada -, parece favorecer uma nova composição das estratégias nela desenvolvidas e reafirma seu posicionamento estratégico enquanto porta de entrada do sistema público de saúde. Isto

exige uma reestruturação dos processos de trabalho em saúde para que, de fato, as ações da atenção primária possam primar por um direcionamento do modelo assistencial (SILVEIRA, 2003).

O acolhimento como recurso terapêutico é relevante ferramenta da Atenção Primária, pois contribui na compreensão das concepções das práticas em Saúde Mental pela equipe. Assim, além do caráter resolutivo no momento do acolhimento, a Recepção da Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde, por meio de encaminhamento ou acompanhamento pela equipe, sinaliza uma terapia comunitária, pois visa identificar e suscitar forças e capacidades dos indivíduos e famílias para encontrar soluções para superar dificuldades. Relacionando o acolhimento de Saúde Mental na Atenção Primária em grupo, de forma equânime e com função terapêutica, torna-se fundamental que não se valorize o diagnóstico psiquiátrico e as psicopatologias, mas a “existência-sofrimento dos pacientes” e suas formas de expressão dentro de cada contexto social (Andrade, Botti, 2009).

2.2 A relação entre a rede básica de saúde e os CAPS

É a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. A rede básica de saúde se constitui pelos centros ou unidades de saúde locais e/ou regionais, pela Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Essas equipes e profissionais são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. As atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura da Estratégia de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para, no mínimo, seis e ,no máximo, nove equipes da ESF. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes

da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Dessa forma, o CAPS precisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004):

- a) Conhecer e interagir com as equipes de atenção primária de seu território;
- b) Estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- c) Realizar apoio matricial às equipes da atenção primária, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes, atender casos complexos por solicitação da atenção primária;
- d) Realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção primária.

2.3 Psicofarmacologia

Os medicamentos antidepressivos são indicados para o tratamento dos principais transtornos mentais na comunidade e atenção primária à saúde: as somatizações e as síndromes depressivas e ansiosas. Salienta-se que o sucesso desse tratamento depende da qualidade da relação médico-paciente.

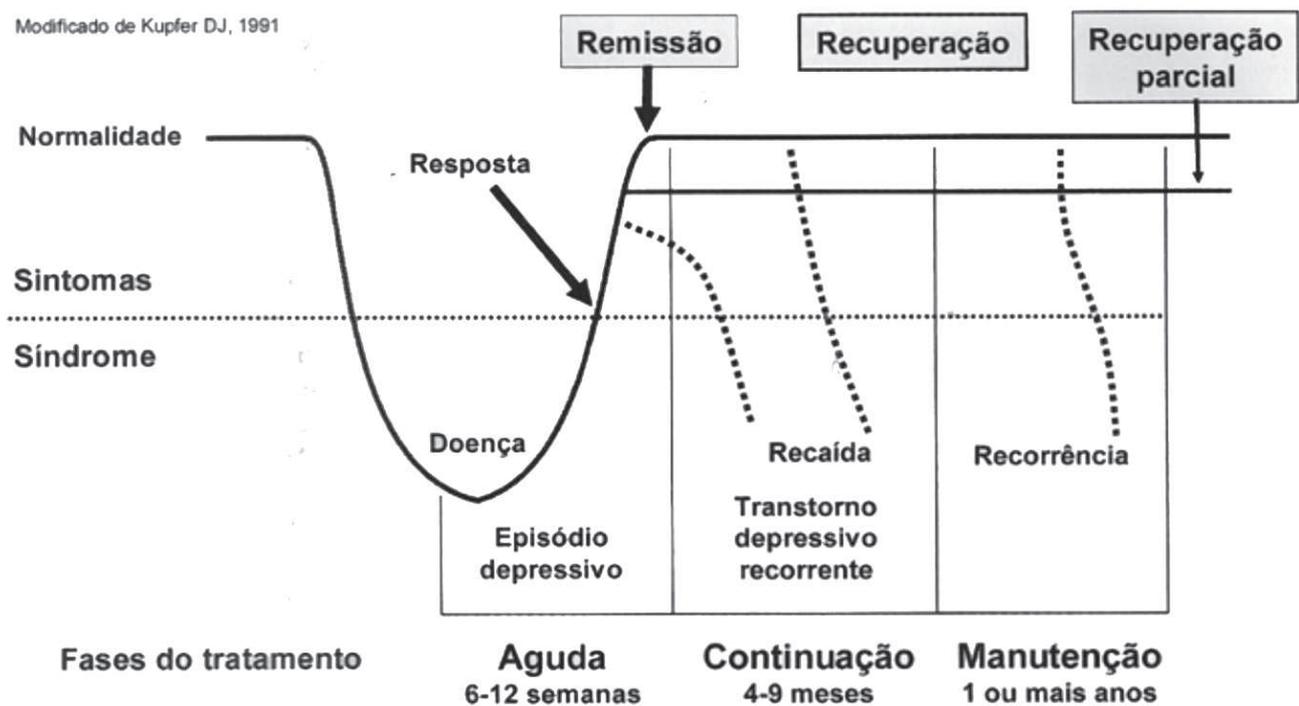
Os médicos de todas as especialidades necessitam adquirir a capacidade de utilizar corretamente ao menos dois antidepressivos de classes farmacológicas diferentes, em doses e tempo adequados, antes de encaminhar o paciente para um médico psiquiatra (Teng et al., 2010).

De forma genérica, após duas semanas de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, inclusive de somatizações, pode-se instituir o tratamento psicofarmacológico, que deve ser

planejado, tendo em vista três fases: tratamento da fase aguda, tratamento da continuação e tratamento de manutenção.

Na fase aguda, os sintomas estão no auge da intensidade. É nessa fase que se introduz o tratamento até atingir a remissão, ou seja, a melhora completa dos sintomas. Portanto, nesta fase, o médico deve monitorar os sintomas psicopatológicos do paciente - ausência, melhora ou inalterado - em comparação ao início do tratamento psicofarmacológico. Uma melhora parcial, acima de 50% da intensidade inicial, é denominada resposta, porém não é o objetivo final do tratamento. Nessa fase, recomenda-se consulta semanal ou quinzenal. Após a remissão, segue a fase de continuação. Nessa fase, que dura de quatro a nove meses, o medicamento antidepressivo deve ser mantido na mesma dose utilizada para atingir a remissão. Se houver piora, chama-se recaída. A manutenção do tratamento nessa fase diminui o risco de recaída em 50% (Teng et al., 2010). Tais conceitos são apresentados no quadro a seguir.

Modificado de Kupfer DJ, 1991



Os psicofármacos antidepressivos são os fármacos mais utilizados e indicados no tratamento dos quadros depressivos e ansiosos, bem como, da somatização. Com o desenvolvimento e uso dos novos antidepressivos, a taxa de remissão no primeiro tratamento pode atingir de 50% a 70%, em serviços de saúde primários. O surgimento de algum sinal evidente de melhora nas primeiras duas semanas a quatro semanas com doses plenas ou máximas do antidepressivo utilizado sinaliza uma maior chance de remissão ao final de oito a dez semanas. Tal período também é o mesmo recomendado para se chegar à conclusão de manter ou trocar de estratégia antidepressiva. Recomenda-se que o tempo mínimo para avaliar a eficácia em determinada dose é de quatro semanas, sendo ideal até oito semanas. Portanto, o médico deve planejar subir a dose do antidepressivo rapidamente para atingir a dose plena ou a máxima tolerada em 2 a 4 semanas e deve aguardar até oito a dez semanas para decidir se vai manter ou mudar de estratégia (Teng *et al.*, 2010).

São orientações gerais para o uso de antidepressivos na atenção primária à saúde (Pereira, 2009):

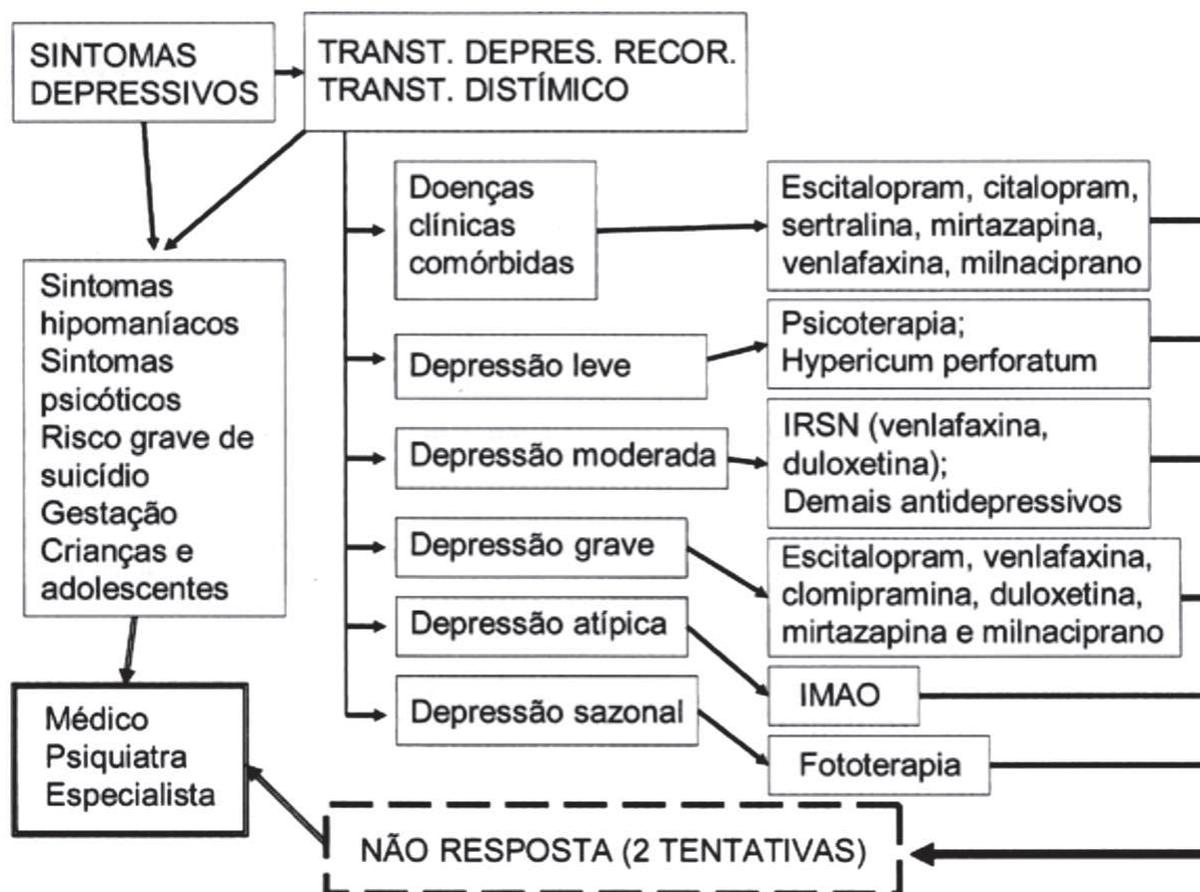
1. geralmente a monoterapia com antidepressivos é a única medicação necessária;
2. todos os antidepressivos apresentam eficácia similar, o que os diferencia é basicamente o perfil dos efeitos colaterais e segurança;
3. para a seleção da droga, avalie história prévia do uso de antidepressivos e utilize aquele do qual o paciente obteve boa resposta;
4. caso já tenha usado um grupo farmacológico sem boa resposta (tricíclico, por ex.), prescreva um antidepressivo de outro grupo farmacológico (inibidor de recaptura de serotonina, por ex.);
5. realizar avaliação cardiológica de todos os pacientes com 50 anos ou mais e de todos que tenham alguma suspeita de cardiopatia;

6. lembrar que todos os antidepressivos possuem também alguma ação ansiolítica. O tratamento dos quadros ansiosos geralmente exige doses mais baixas que as prescritas para o tratamento dos quadros depressivos.

Os seguintes conceitos clínicos devem ser incorporados à prática de atendimento para avaliar a eficácia do uso do antidepressivo:

- a) Não resposta: melhora menor que 25% dos sintomas - trocar a classe do antidepressivo;
- b) Resposta parcial: melhora entre 25 a 50% apenas - trocar a classe do antidepressivo;
- c) Resposta: melhora acima de 50% dos sintomas, sem recuperação sintomática e funcional adequada - trocar a classe do antidepressivo ou associar outro antidepressivo, posto que o objetivo do tratamento é a remissão dos sintomas;
- d) Remissão parcial: melhora substancial, com recuperação funcional aceitável, mas com resíduo sintomático - manter o tratamento e reforçar outras formas de reabilitação psicossocial;
- e) Remissão total: ausência de sintomas ou em frequência irrelevante - manter o tratamento.

Tomadas todas essas precauções, se houver recaída ou recorrência, sugere-se encaminhar o paciente para um psiquiatra. O algoritmo para tratamento por médicos clínicos é apresentado a seguir.



De acordo com Pereira (2009), devem-se considerar abordagens psicossociais para os quadros depressivos leves e de início recente, ao passo que, nos casos de depressão, consideram-se como critérios para uso de antidepressivos:

- a) Sintomas: humor deprimido / perda de interesse e prazer / fadiga, labilidade aumentada (dois desses sintomas e pelo menos mais dois sintomas acessórios);
- b) Período: no mínimo duas semanas;
- c) Gravidade: apresentando dificuldade considerável em continuar com atividades sociais / laborativas / domésticas e sofrimento subjetivo intenso.

Nos casos de ansiedade, são critérios para uso de antidepressivos:

- a) Sintomas ansiosos graves: geram sofrimento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas;
- b) Período: no mínimo quatro semanas;
- c) Evidência de resposta à medicação: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo;
- d) Baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

Por último, aborda-se o tratamento farmacológico dos transtornos depressivos e ansiosos da seguinte forma:

1. Antidepressivos Tricíclicos (TC) usualmente padronizados na rede pública:
 - Amitriptilina - 25 e 75 mg
 - Imipramina - 25 e 75 mg
 - Clomipramina - 10, 25 e 75 mg
2. Antidepressivos Tricíclicos (TC) usualmente não padronizados na rede pública:
 - Nortriptilina - 10, 25 e 50 mg
3. Antidepressivos Inibidores de recaptura de serotonina (IRS) usualmente padronizados na rede pública:
 - Fluoxetina - 20 mg (pacientes jovens, sem comorbidade clínica ou uso de outras medicações)
4. Antidepressivos Inibidores de recaptura de serotonina (IRS) usualmente não padronizados na rede pública:
 - Sertralina - 25, 50, 100 mg (pacientes idosos)
 - Citalopram - 20 mg (pacientes hepatopatas ou em uso de várias medicações clínicas)

5. Antidepressivos de outras classes farmacológicas:
 - Bupropiona - 150 mg (pacientes com intolerância aos efeitos colaterais do IRS)
 - Mirtazapina - 30 mg (cardiopatas e idosos com quadros de ansiedade e insônia).

2.4 Trabalho com grupos como recurso terapêutico

A capacitação específica para trabalho com grupos perpassa todos os níveis de capacitação, pois, desde o grupo familiar, passando pelo trabalho de equipe até a comunidade adscrita, o médico de família trabalha intrinsecamente com grupos. Uma das abordagens possíveis para os pacientes é a dos grupos homogêneos, grupos compostos por pacientes portadores da mesma patologia e que permitem oferecer aos pacientes possibilidades terapêuticas e preventivas que as consultas individuais não atingem ou atingem com menor eficácia. Os fenômenos grupais podem potencializar a capacidade de compreensão, a solidariedade e a noção de reconhecimento de sua própria condição, ampliando a responsabilidade por si mesmo. Os grupos podem ser abertos ou fechados, e sua escolha depende basicamente das características da população, disponibilidade de equipe e interesse de pesquisa. Os grupos cumprem os seguintes objetivos relacionados ao paciente (Chazan, 2000):

1. promover maior aderência ao tratamento;
2. ampliar a consciência sobre a sua patologia;
3. desenvolver maior capacidade de assimilação das informações;
4. ampliar sua capacidade adaptativa (ajudar a organizar as defesas e auxiliar na administração da doença)
5. ajudar na interação com a instituição, ampliar as noções de direitos e deveres, diminuindo a passividade, estimulando a percepção de sua responsabilidade sobre

seu tratamento e facilitando métodos de cobrança da instituição no que lhe é devido;

6. estimular a solidariedade e possibilitar que cada paciente possa atuar na comunidade, de forma informal, como um agente de saúde.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, o trabalho de grupo permite os seguintes avanços:

1. trabalhar a relação médico(equipe)-paciente e as questões de comunicação com a Instituição;
2. integrar os profissionais de saúde, promovendo a interdisciplinaridade, pois o “trabalhar com” obriga a busca por uma linguagem comum, favorecendo a comunicação e preservando as especificidades de cada área;
3. ampliar a capacidade crítica aos modelos anatomoclínicos em relação aos modelos centrados no homem;
4. ampliar a personalização nas relações equipe-paciente e equipe-equipe.

Outro importante avanço que o trabalho com grupos vem efetuando refere-se aos grupos constituído por pacientes poliqueixosas e “nervosas”. Devido a graves deficiências existentes no sistema de saúde brasileiro, com uma assistência em saúde mental que, até poucos anos atrás, centrava-se em internações, muitas destas pacientes apresentavam uma identidade de “doente mental”, apesar de apresentarem transtornos mentais menores como ansiedade, depressão e somatizações. Os grupos organizados em várias experiências ligadas à ESF permitiram a organização de um espaço que ofereceu alternativas de apoio e suporte grupal, com a elaboração das situações conflitivas através da partilha de experiências, dando “voz” a uma população marginalizada e submissa, que

passa então por um processo de empoderamento, com resgate da alta estima e melhora do humor e da sua acertividade. Os grupos permitem uma redução significativa do consumo de benzodiazepínicos e das internações em psiquiatria (Sampaio, 1999).

2.5 Terapia Comunitária como recurso terapêutico

Sob a ótica da desinstitucionalização, em um sistema de atenção à saúde mental, seriam de se esperar algumas ações específicas de prevenção e tratamento, dirigidas aos usuários com passado de internação, que constituiriam, em princípio, o grupo com maior risco de hospitalização (Poço, Amaral, 2005).

A Terapia Comunitária (TC) é um procedimento terapêutico, em grupo, com a finalidade de promover a saúde e a atenção primária em saúde mental. Funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e de identidade cultural das comunidades carentes, por meio de equipes institucionais públicas, privadas ou voluntárias. Por ser um trabalho em grupo, atinge um grande número de pessoas, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais. A metodologia da Terapia Comunitária foi criada e sistematizada pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, nos anos 80 e surgiu numa favela, em resposta a duas necessidades:

- atender milhares de pessoas com problemas emocionais e psíquicos;
- adequar as propostas acadêmicas de promoção de saúde às carências reais apresentadas por aquela comunidade.

A Terapia comunitária se insere na rede de Saúde Pública por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, teoricamente, está fundamentada sobre cinco pilares:

1. Pensamento Sistêmico;
2. Teoria da Comunicação;
3. Antropologia Cultural;
4. Resiliência;
5. Pedagogia de Paulo Freire;

Esses referenciais teóricos estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TC, que propõe: 1) Ir além do unitário para atingir o comunitário; 2) Sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade; 3) Ver além da carência para ressaltar a competência; 4) Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; 5) Da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial de cada um; 6) Ir além do privado para o público; 7) Romper com o clientelismo para chegarmos à cidadania; 8) Romper com o modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

Na Terapia Comunitária, os grupos são abertos e qualquer pessoa da comunidade pode participar, em qualquer momento. As sessões podem ser realizadas semanalmente, ou de acordo com uma periodicidade preestabelecida, com duração de cerca de duas horas, na comunidade, através de instituições religiosas, centros comunitários, centros de saúde, hospitais, escolas, associações de moradores, residências etc. Esses grupos estão sempre abertos para novos participantes, e cada reunião começa sempre com uma breve explicação do que é a Terapia Comunitária e com a integração de seus componentes. As pessoas podem participar a qualquer dia, não é necessário lista de frequência nem exigência de assiduidade. Entendemos ser um espaço fundamentalmente democrático. Cada sessão da Terapia Comunitária se desenvolve percorrendo as seguintes fases: 1- Acolhimento; 2- Escolha do tema; 3- Contextualização; 4- Problematização e, 5- Finalização (Barreto, 2007).

2.6 O uso indiscriminado de benzodiazepínicos

Há políticas de controle para o uso de benzodiazepínicos (BDZ), uma classe dos psicofármacos das mais prescritas atualmente, devido ao seu grande potencial de adição - no Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população, por isso a prescrição é feita somente mediante formulário azul com retenção de receita. Os BDZ atualmente são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade e crises convulsivas agudas. Ao longo do tempo, perdem a sua função ansiolítica e, por essa razão, não são indicados por longos períodos para tratamento. Seus efeitos colaterais não são poucos e, dentre eles, o mais frequente é a sedação. Depressão respiratória pode ocorrer com a administração endovenosa, bem como hipomnésia (diminuição da memória) de fixação e conduta agressiva. Ademais, diversos estudos demonstram que a utilização prolongada de BDZ diminui a capacidade cognitiva. Todos esses efeitos são de grande importância na morbimortalidade da população geriátrica em uso.

A retirada gradual é o tratamento clássico. Preconiza-se que o portador de síndrome de abstinência de benzodiazepínicos seja tratado de forma ambulatorial. Esta consiste na redução de um quarto da dose (25%) por semana. A primeira metade pode ser feita em 15 dias, sendo que a segunda metade pode ser feita de forma parcimoniosa de seis a oito semanas (DIEHL *et al.*, 2010).

2.7 Emergências psiquiátricas no âmbito da atenção primária

Observa-se que muitas das situações de emergência psiquiátrica na atenção primária possivelmente estejam relacionadas a diferentes diagnósticos e podem tanto configurar o primeiro episódio de um transtorno psiquiátrico,

como o agravamento de um quadro preeexistente. Portanto, o atendimento emergencial é também o momento de diagnóstico diferencial. Geralmente, devido à complexidade dos atendimentos emergenciais psiquiátricos, esses casos devem ser referenciados para atendimentos nos CAPS III. Para informação dos clínicos, destaca-se que a medicação mais efetiva e amplamente utilizada nas emergências psiquiátricas é a associação de haloperidol e prometazina via intramuscular ou o haloperidol isoladamente.

2.7.1 Tratamento dos Transtornos Ansiosos em Emergência

Os transtornos ansiosos muitas vezes não são reconhecidos nos atendimentos de emergência. Em relação aos transtornos somatoformes, conversivo e dissociativo (perda parcial ou completa das funções normais de integração da memória, da consciência, da identidade), há forte associação com transtorno depressivo ou com situações traumáticas sofridas. Frequentemente, essas condições geram solicitações de avaliação com o objetivo de explicar sintomas orgânicos que não apresentam achados físicos compatíveis.

Crises típicas de ansiedade são comuns na atenção primária e costumam manifestar-se com sintomas somáticos (p. ex.: precordialgia, cefaleia ou dor abdominal). Entretanto, quadros de apresentação atípica podem ser erroneamente diagnosticados como ansiosos ou conversivos. A falta de evidências de etiologia orgânica em determinado momento não exclui essa possibilidade. Deve-se dar especial atenção a sinais, como longa duração do quadro e sintomas neurológicos duradouros. Além disso, quadros conversivos e ansiosos podem sobrepor-se a patologias clínicas. Quadros dissociativos, com perda de consciência, síncope, disfunções motoras ou sensoriais podem assemelhar-se a crises epiléticas. Nestes casos, é necessário exame neurológico.

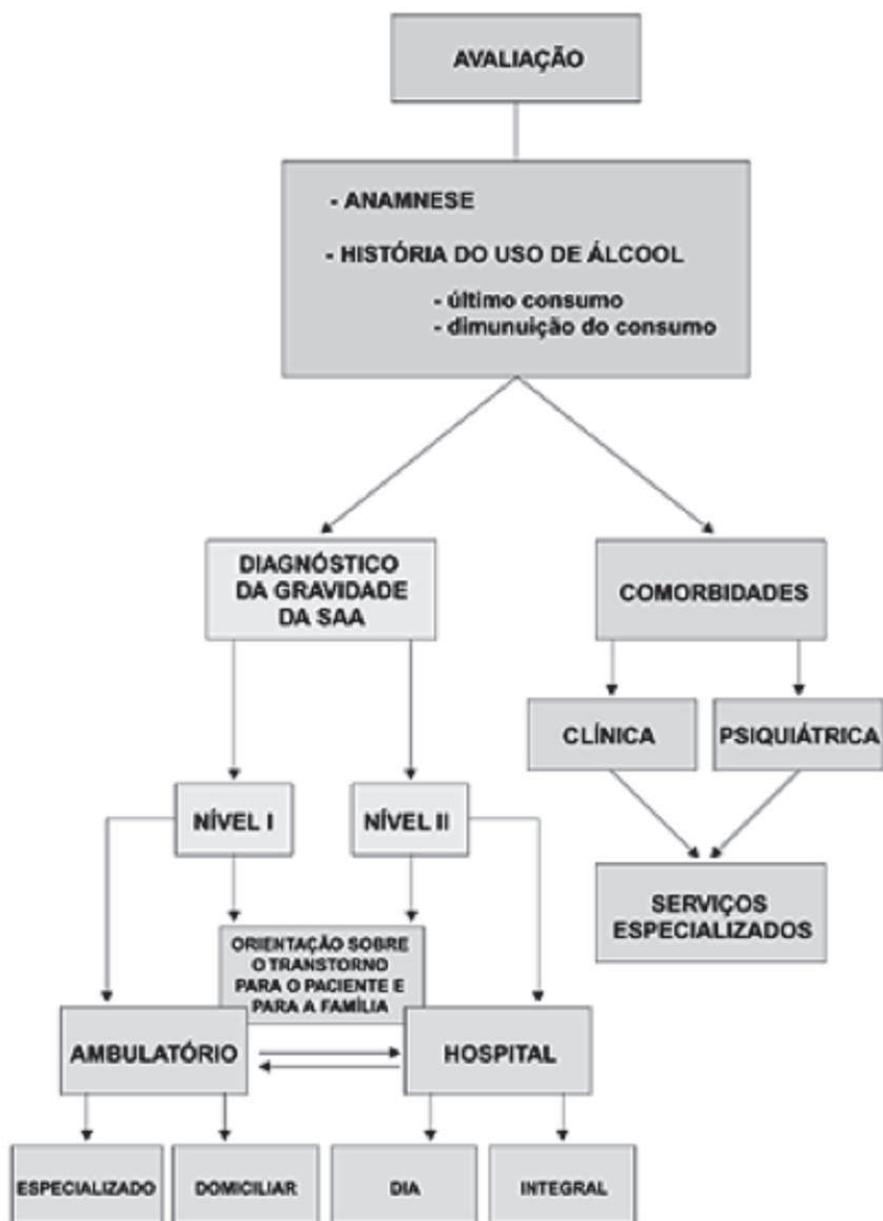
Na atenção primária, as crises agudas de ansiedade deverão ser devidamente medicadas para alívio sintomático imediato e reavaliação do quadro. Podem ser utilizados benzodiazepínicos em baixas dosagens, com meia vida curta, pois o efeito é imediato, não produzindo sonolência excessiva, o que atrapalharia a reavaliação clínica. Em quadros conversivos e dissociativos, devido ao conteúdo emocional existente, é fundamental um trabalho de suporte e apoio, que deve ser iniciado já na situação de emergência, visando aliviar a dor psíquica que gerou esse quadro e todo evento estressor que se sucedeu ao processo, sendo o paciente encaminhado para atendimento psicológico após alta do serviço de emergência. Deve também ser realizado trabalho com a equipe médica e de enfermagem para evitar ou minimizar atitudes hostis, posto que tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, muitas vezes, esperam pelo diagnóstico de eventual doença clínica e não de um diagnóstico psiquiátrico.

Os objetivos da avaliação emergencial, além da avaliação diagnóstica, são: avaliar o risco para a integridade física e psíquica do paciente, identificar os fatores de risco desencadeantes e mantenedores da crise, a presença de fatores protetores, avaliação do suporte familiar e social. Após a avaliação, devem-se planejar intervenções imediatas que contribuam para a estabilização da situação emergencial e proporcionem melhores condições para o tratamento posterior que, obrigatoriamente, deverá ser realizado.

2.7.2 Tratamento da síndrome de abstinência de álcool (SAA)

É importante ressaltar que o tratamento da síndrome de abstinência de álcool tem se tornado procedimento primariamente ambulatorial, com menor custo, seguro e com efetividade variando até 75% na maioria dos programas de desintoxicação já revisados.

Figura 1 - Avaliação do Paciente



A partir do diagnóstico da síndrome de abstinência de álcool (SAA), deve-se definir o diagnóstico da gravidade da SAA e o diagnóstico de eventuais comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas. Considerando-se sua complexidade, de acordo com o Consenso sobre a SAA e o seu tratamento (LARANJEIRA, R; NICASTRI, S; JERÔNIMO, C; MARQUES, A C; 2000), classificou-

se o comprometimento do usuário crônico de álcool em dois níveis: leve-moderado e grave. A partir dessa classificação, o paciente será encaminhado para o melhor tratamento, de acordo, também, com a disponibilidade da rede de serviços de saúde de cada local. Esse paciente poderá apresentar um comprometimento em:

Nível I - Quando o comprometimento é leve-moderado e, portanto, apresenta uma síndrome de abstinência leve-moderada, compreendendo os seguintes aspectos:

- a) **Biológicos:** leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese facial discreta; episódios de cefaleia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem alteração da percepção auditiva e tátil.
- b) **Psicológicos:** o contato com o profissional de saúde está íntegro; o paciente encontra-se orientado temporoespacialmente; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; sem relato de episódio de violência auto ou heterodirigida.
- c) **Sociais:** mora com familiares ou amigos e essa convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva vem sendo desenvolvida, mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado, a rede social está mantida.
- d) **Comórbidos:** sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame clínico-psiquiátrico geral.

Para os pacientes classificados como de nível I, a intervenção deverá ser psicoeducacional e clínica, isto é, o paciente deve ser informado com clareza sobre o diagnóstico, recebendo orientações sobre a dependência do álcool e sobre a síndrome de abstinência, além de tratamento específico para a fase de privação aguda de acordo com a necessidade. O encaminhamento será direcionado para o tratamento ambulatorial especializado, com ou sem desintoxicação domiciliar.

Nível II - Quando o comprometimento é grave e, portanto, apresenta uma síndrome de abstinência grave com os seguintes aspectos:

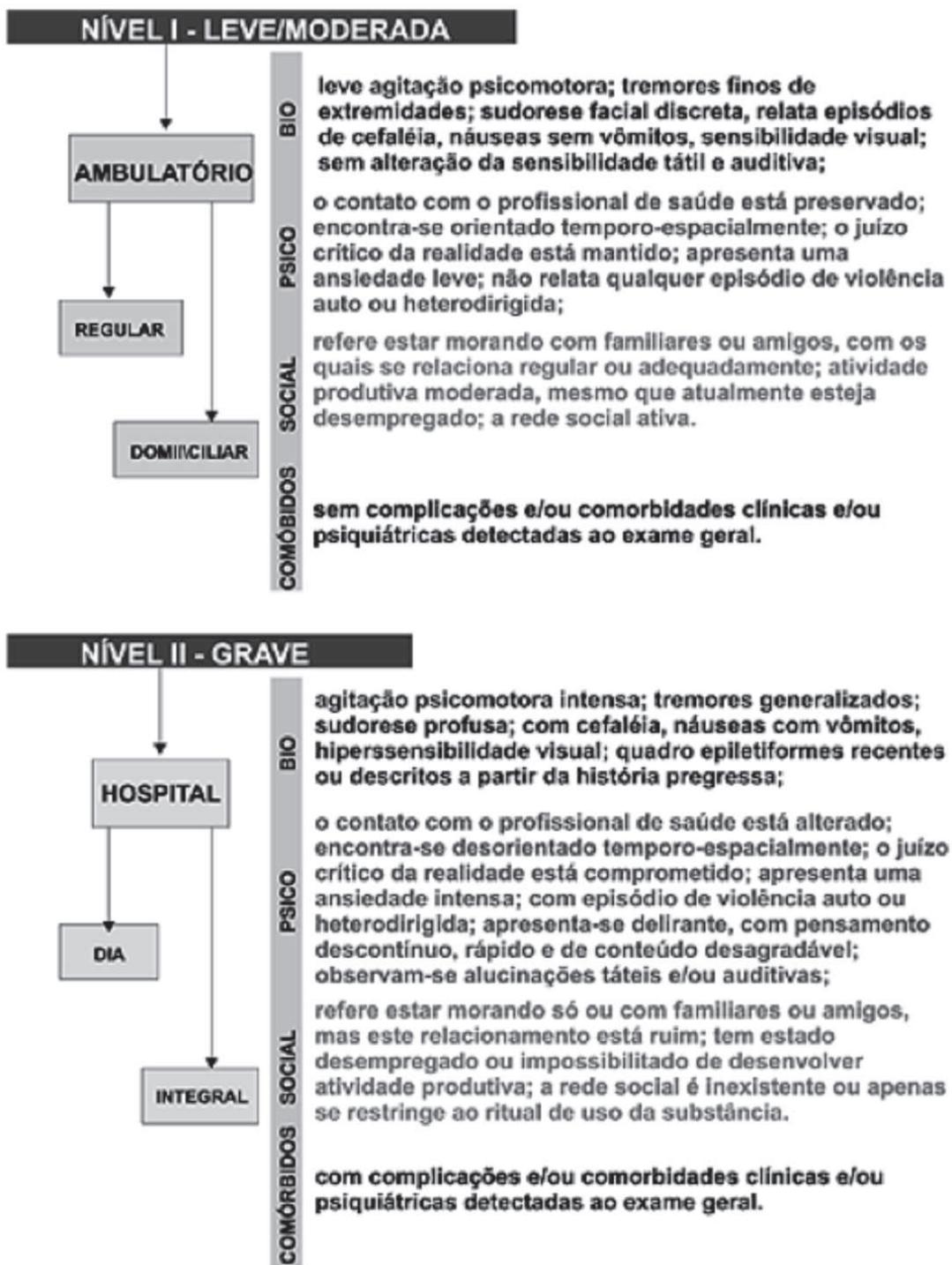
- a) **Biológicos:** agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaleia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa.
- b) **Psicológicos:** o contato com o profissional de saúde está prejudicado; o paciente encontra-se desorientado temporoespacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou heterodirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas, táteis ou visuais.
- c) **Sociais:** o relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não tem familiares auxiliando no tratamento.
- d) **Comórbidos:** com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

Para os pacientes nível II, a emergência clínico-psiquiátrica será a melhor intervenção.

Ao receber o paciente, a atitude do profissional de saúde deve ser acolhedora, empática e sem preconceitos. O tratamento da SAA (quadro agudo) é um momento privilegiado para motivar o paciente para o tratamento da dependência (quadro crônico). Deve-se esclarecer a família e, sempre que possível, o próprio paciente sobre os sintomas apresentados, sobre os procedimentos a serem adotados e sobre as possíveis evoluções do quadro.

Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro. É importante ainda reforçar a necessidade de comparecimento nas consultas remarcadas, que serão tão frequentes quanto possível, nos primeiros 15 dias do tratamento.

Figura 2 - Níveis de Gravidade da SAA



Sete passos da abordagem do paciente com SAA no tratamento ambulatorial:

1. Orientação da família e do paciente quanto à natureza do problema, tratamento e possível evolução do quadro;
2. Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
3. A dieta é livre, com atenção especial à hidratação;
4. O paciente e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos;
5. As consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação;
6. Reposição vitamínica: tiamina intramuscular nos primeiros 7-15 dias; após esse período a via é oral. Doses de 300mg/dia de tiamina são recomendadas com o objetivo de evitar a Síndrome de Wernicke, que cursa com ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca (essa última, nem sempre presente);
7. Benzodizepínicos (BDZs): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as que, em média, o paciente pode receber num determinado dia. O paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Se houver qualquer sintoma de dosagem excessiva de BZD, como sedação, deve-se proceder à interrupção da medicação. Diazepam: 20mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana OU Clordiazepóxido: até 100mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves, Lorazepam: 4mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

Ocorrendo falha (recaída ou evolução desfavorável) dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser revista, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

O paciente deve permanecer restrito em sua moradia, com a assistência dos familiares. Idealmente, o paciente deverá receber visitas frequentes de profissionais de saúde da equipe de tratamento. Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro.

Sete passos da abordagem do paciente com SAA na internação domiciliar:

1. A orientação da família deve ter ênfase especial em questões relacionadas à orientação temporoespacial e pessoal, níveis de consciência, tremores e sudorese;
2. Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
3. A dieta é leve, desde que tolerada;
4. Atenção especial à hidratação, pelo risco de desidratação;
5. Visitas devem ser restritas, assim como a circulação do paciente;
6. Reposição vitamínica: a mesma recomendada para o tratamento ambulatorial;
7. Benzodiazepínicos (BDZs): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as médias que o paciente pode atingir num determinado dia; o paciente e os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem da medicação à noite. Deve-se ressaltar que a dose adequada é aquela que diminui os sintomas da abstinência, e que, portanto, em

algumas situações, doses muito maiores do que esta recomendada podem ser indicadas. Diazepam: 40 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana; ou Clordiazepóxido: 200mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 8mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

Na recaída ou evolução desfavorável, está indicado o tratamento hospitalar.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. D. C. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X.(org.). Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. pp103-119.

Andrade, Wesley Vieira; Botti, Nadja Cristiane Lappann. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, 2009.

Andrade LHS; Lotufo-Neto F & Gentil V; Maciel Lima, Shavitt RG (1994). Classificação e Diagnóstico dos Transtornos Ansiosos. Em: Gentil V & Lotufo-Neto F (orgs.): Pânico, Fobias e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, pp31-45, 1994.

Barreto, Adalberto. As dores da alma dos excluídos do Brasil. In: Grandesso, Marilene, Barreto, Miriam Rivalta (org.). Terapia Comunitária - Tecendo Redes para a Transformação Social, Saúde, Educação e Políticas Públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BRASIL- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários à inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Chazan L.F. - “Grupos Homogêneos Interdisciplinares”. In: Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupos com Pacientes Somáticos. Mello Filho, J. (org.) Porto Alegre: Art Med, 2000.

Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2009; jun,30(2):257-62.

Del Porto, JA (2000). Conceito de Depressão e seus Limites. Em: Lafer B, Almeida OP, Fraguas JR R, Miguel EC (org.). Depressão no Ciclo da Vida. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, pp20-28, 2000.
Diehl, A. et al. Tratamento farmacológico para dependência química: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Gentil Filho V & Lotufo-Neto F (1996). Transtornos de Ansiedade (Neuroses). Em: Almeida OP, Dractu L & Laranjeira R (org.). Manual de Psiquiatria, Porto Alegre: Guanabara Koogan, pp 22-31, 1996.

Hetem L.A.B. Diagnóstico Diferencial dos Transtornos de Ansiedade (1997). Em: Hetem LAB & Graeff GG (org.) Ansiedade e Transtornos de Ansiedade. Rio de Janeiro: ECN-Editora Científica Nacional, pp228-247, 1997.

Jenkins, R.; Strathdee, G. The integration of mental health care with primary care. International Journal of Law and Psychiatry, v. 23, n. 3-4, p. 277-291, 2000.

Laranjeira, Ronaldo; Nicastri, Sérgio; Jerônimo, Claudio & Marques, Ana C. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000, vol.22, n.2, pp. 62-71.

Minto, Elaine Cristina e colaboradores. Intervenções breves e uso de álcool. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(3):207-220, jul-set, 2007.

Nordon, David Gonçalves; Akamine, Karin; Krakauer Hübner, Carlos Von; Novo, Neil Ferreira. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO QUE USA BENZODIAZEPÍNICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA BARÃO DE SOROCABA In: Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 2, p. 14 - 20, 2010.

Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde; 2001.

Pereira, Alexandre. Saúde Mental e Atenção Primária (PSF): Uma reflexão teórico-prática. Grupo de Estudos em Saúde da Família, Betim-MG, 2006.

Pereira, Alexandre de Araújo. Diretrizes para saúde mental em atenção básica. Organizado por Alexandre de Araújo Pereira. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

Poço, José Luís da Costa; Amaral, Arlete Maria Moreira. A Inserção da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em um Sistema de Referência e Contra-Referência - O Caso da UBS Padre Roberto Spawen - SUS/Juiz de Fora. Revista APS, v.8, n.1, p. 25-37, jan./jun. 2005.

Ribeiro, M; Laranjeira, R. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa leitura Médica, 2010.

Ribeiro, Mário Sérgio; Alves, Márcio José Martins; SILVA, Priscila Matthiesen; Vieira, Eveline Maria de Melo. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. Rev Psiquiatr. RS. 2009;31(1):40-50.

Sampaio J.J.C.; Barroso C.M. C. - “Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará” in “Saúde mental e Saúde da Família”, Série Saúde Loucura nº7. Campinas: Editora Hucitec, 1999.

Saraiva Jr., Hagemann, Minoia. Acolhendo os portadores de sofrimento psíquico na atenção básica. 2009.

Silveira, Denise Pinto. Saúde Pública: atravessamentos em análise. In: _____. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: uma cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde, 2003. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Cap.2.

Teng et al. Como diagnosticar e tratar depressão. In: Revista Brasileira de medicina, vol.67, dez. 2010. pp 37-52.

Vargas D et al. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1711-1720, ago, 2009.

Villano L. A. - Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo- EPM para obtenção do Título de Doutor em Medicina, São Paulo, 1998.

Wells K.B., Sherbourne C, Sheonbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trail. JAMA 2000;283:212-20.

CAPÍTULO 4

SAÚDE DO ADULTO

A Política Nacional de Atenção Básica tem como áreas prioritárias a eliminação da Hanseníase, o controle da Tuberculose, Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, a Saúde da Mulher e do Homem e Promoção à saúde. Neste capítulo iremos discutir as ações que devem ser realizadas pelo Médico de Família para promover, tratar e recuperar a saúde dos indivíduos adultos.

Ao final, pretende-se que você tenha aptidões para:

- Construir com a família atitudes de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- Desenvolver ações fundamentadas nos agravos mais prevalentes em sua comunidade;
- Prestar atenção integral ao indivíduo adulto.

Seção 1 - A ATENÇÃO CENTRADA NO INDIVÍDUO ¹

A abordagem centrada na pessoa tem por objetivo atender integralmente o indivíduo, segundo a proposta constante no Método Clínico Centrado no Paciente, estruturado e desenvolvido por Moira Stewart & outros, em 1994, o qual permite melhorar a relação médico-paciente e favorecer a promoção da autonomia deste, com compartilhamento de decisões a respeito do seu problema de saúde.

Ao realizar a anamnese o médico foi treinada para fazer o diagnóstico da patologia e estabelecer uma terapêutica adequada à sua resolução, a entrevista clínica é focada nos aspectos físicos, com propósito claro de chegar a um diagnóstico orgânico, o interrogatório utiliza perguntas diretas, com pouca atenção à pessoa que está à sua frente.

Na atenção centrada no indivíduo a entrevista clínica deve ser centrada na pessoa, permitindo que a mesma manifeste seus anseios com sua doença, fale à respeito de seus medos e crenças. Neste estilo de entrevista o médico utiliza perguntas mais abertas, escuta e compartilha as decisões com o indivíduo. A característica que define a atenção centrada na pessoa é

o dar espaço ao paciente para expressar os seus sentimentos, emoções, idéias e crenças. Para tal o clínico deve estar treinado na utilização de habilidades comunicacionais tais como escuta ativa, empatia e resumos (Nunes, 2010, pag.66)

¹ Texto adaptado RIBEIRO MMF e AMARAL CFS- Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008.

1.1 Componentes do método

A fim de desenvolver o estilo de entrevista centrada no indivíduo, o médico precisa mudar algumas de suas atitudes, tais como, aprender a compartilhar as decisões com os pacientes, a relação perde a hierarquia, além de procurar abandonar o distanciamento entre médico e paciente. Para operacionalizar a atenção centrada na pessoa, utiliza-se o Método clínico Centrado no Paciente, que permite investigar seis componentes, abaixo relacionados.

- Entendendo a pessoa como um todo - ao investigar tanto a doença como a experiência de adoecer, procure explorar os medos do paciente frente à sua doença, suas expectativas e como o adoecimento está interferindo em sua vida e na vida de seus familiares. Procure conhecer o ponto de vista do paciente sobre sua doença.

- Compreensão da pessoa e do seu contexto de vida- é necessário conhecer a história de vida de seu paciente, sua estrutura familiar, o impacto que a sua doença teve na dinâmica familiar.

- Encontrando um campo comum no manejo da patologia - discuta com o paciente os objetivos terapêuticos, o papel do médico e o papel do paciente. Evite utilizar linguagem inacessível ao indivíduo. Defina as metas do tratamento e as prioridades, compartilhe o poder de decisão com ele; desta forma você está ajudando a construir a autonomia do indivíduo e corresponsabilizando o sujeito.

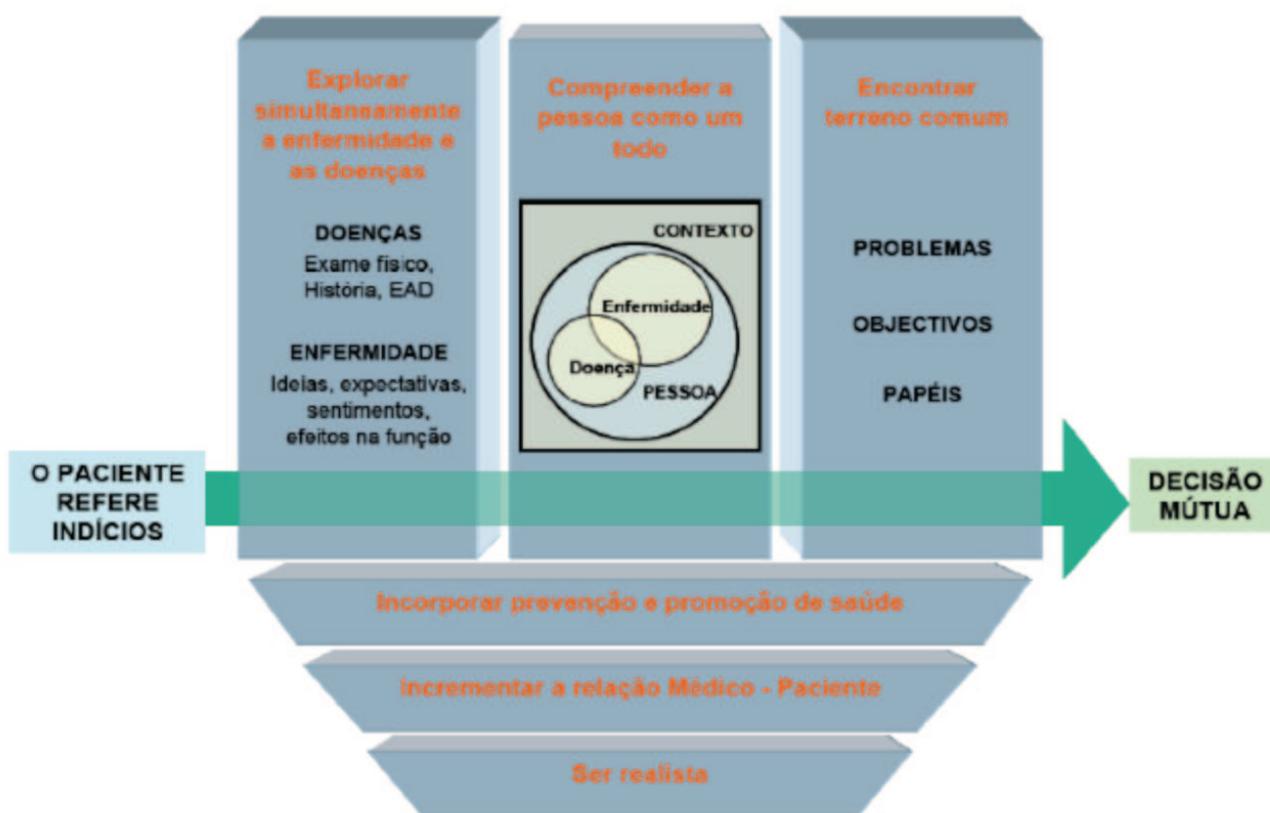
- Incorporando prevenção e promoção à saúde - agora que você conhece melhor seu paciente, desenvolva um plano para recuperar e manter sua saúde. Procure rastrear os riscos ainda não identificados. Estimule o paciente a se cuidar. Reforce sua autoestima.

- Fortalecendo a relação médico-paciente - ao assistir uma pessoa é preciso que haja compaixão, empatia e cuidado.

Para isto, você precisa lembrar-se de seu papel e procurar se conhecer.

- Sendo realista com seu tempo e com o trabalho da equipe de saúde - lembre-se de que não é preciso fazer toda essa trajetória com todos os pacientes, então procure estabelecer objetivos que sejam razoáveis.

Lembre-se que este tipo de abordagem não deve ser feita de forma rígida, devendo ser entendida como um guia para que voce, médico, possa conhecer a pessoa que está à sua frente.



Quais são as vantagens da aplicação do método?

- aumenta a satisfação de pessoas e médicos;
- melhora a aderência aos tratamentos;
- reduz preocupações;
- reduz sintomas;
- diminui a utilização dos serviços de saúde;

- diminui queixas por má-prática;
- melhora a saúde mental;

É importante que você se lembre dos primeiros passos do contato com a pessoa. De forma proposital, vamos deixar de utilizar a palavra paciente e passar a utilizar o termo “pessoa”. De preferência, como médico de família, chame a pessoa pelo seu nome e, assim, estabelecendo vínculos de confiança, ela dará relevância às suas indicações. A atenção centrada na pessoa e na família, bem como a integralidade das ações e as ações de acolhimento são inerentes ao papel do médico de família; logo, não é suficiente fazer diagnósticos exemplares e esquecer o indivíduo que lhe traz o problema, do mesmo modo que não é suficiente dispor de todo um arsenal terapêutico se você não fizer um projeto terapêutico direcionado à pessoa que o procura.

1.2 Integralidade no atendimento

Passos para fazer atendimento integral ao indivíduo:

1. Acesso;
2. Consulta;
3. Diagnóstico clínico, exames subsidiários, se necessários, discussão de terapêutica;
4. Diagnóstico familiar;
5. Diagnóstico social.

Acesso: o atendimento ao indivíduo pode ser feito no ambulatório, na visita domiciliar ou na comunidade. O acesso aqui se confunde com o ato de acolher. Logicamente, nem tudo pode ser realizado fora de um espaço adequado, contudo é sempre tempo de ouvir, orientar e de construir uma atitude de empoderamento da saúde nos indivíduos.

Consulta: A consulta foi abordada no módulo 2 - Processos de Trabalho, na Unidade 1. Consulte o módulo e leia o texto A Consulta, de Linda Gask, que se encontra em sua biblioteca.

Diagnóstico clínico: o que preciso saber para chegar ao diagnóstico? Fazemos isso diariamente, mas sempre podemos melhorar as técnicas. O diagnóstico precisa ser centrado no atendimento à pessoa, e não somente à queixa apresentada. Mesmo em casos agudos, devemos procurar saber o que pode tê-la levado a adoecer. Precisamos conhecer este indivíduo que está à nossa frente para conseguir maior adesão ao tratamento e co-responsabilização em favor da recuperação da saúde.

Pense no indivíduo e no real significado deste termo - atendimento integral ao ser biopsicossocial-, de que você já deve ter ouvido falar... É disto que estamos falando... Portanto, não é o bastante fazer o diagnóstico da patologia atual. Vamos pensar em doença no conceito de homeostase; ora, se doença é a quebra da homeostase entre saúde e doença, devemos ter em mente que algo (determinantes do processo saúde-doença) está gerando um desequilíbrio na economia individual, para desencadear um transtorno físico. Suponha que um indivíduo nos procure por estar com uma IVAS; mesmo em se tratando de um quadro agudo, pode-se deduzir que algum determinante levou este indivíduo a adoecer, como por exemplo, falta de alimentos, estresse, erro alimentar, poluição ambiental e outras inúmeras causas. Portanto, se não corrigirmos a causa primária, o indivíduo corre o risco de voltar a comprometer sua saúde, o que parece lógico.

Porém, quando paramos realmente para fazer isto? De que elementos precisamos para elaborar este diagnóstico? Certamente de uma boa anamnese, disponibilidade de tempo, vontade pessoal. Utilize aqui a abordagem centrada na pessoa.

Diagnóstico familiar: temos de levar em conta que o indivíduo que nos procura está inserido na família. Sob esse olhar, procure refletir frente às seguintes indagações: o que o adoecimento desse membro da família traz como consequência? A doença acarreta prejuízo em suas atribuições familiares e profissionais? Existe suporte familiar para ajudá-lo? Qual

é o papel do indivíduo que está doente, no contexto de sua família? Enfim, conhecer a dinâmica familiar é fundamental, principalmente, se o indivíduo for portador de doenças crônicas.

Você já teve oportunidade de conhecer as ferramentas para diagnóstico familiar no módulo “A Família”. Convido você a aplicar seus conhecimentos e ajudar seu usuário e família.

Diagnóstico Social: você entende que é fundamental o conhecimento das redes sociais do indivíduo e da família, pois estas poderão servir como suporte ao indivíduo no processo de recuperação da saúde. Procure conhecer quem pode ajudar este indivíduo que o procura, ajude os cuidadores a encontrarem suporte em sua rede social.

Você deve estar pensando na disponibilidade do tempo... Lembre-se de que você tem uma população fixa, com que vai entrar em contato outras vezes - longitudinalidade do cuidado -, podendo complementar os diagnósticos. A partir da elaboração desses diagnósticos, construa um projeto terapêutico. Volte ao módulo Processos de Trabalho, nele foi abordado o Projeto Terapeutico Singular.

1.3 A população adulta

Para realizar a assistência ao adulto, como foi mencionado, é conhecer este segmento da população. Para isto, você precisa recorrer aos dados da Ficha A, Relatório SSA2 e PMA2. Neles você tem registrado o número de pessoas adultas, por sexo e faixa etária. Procure conhecer o número de diabéticos, hipertensos, tuberculosos, hansenianos cadastrados em sua área, bem como quantas internações ocorreram no mês, o número de óbitos e quais foram suas causas. Na PMA2, você poderá verificar outras informações, tais como o número de internações por fratura de colo de fêmur, por infarto agudo de miocárdio e acidente vasculocerebral. A partir desses dados, você tem condições para planejar e avaliar o seu serviço.

Seção 2 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Nesta seção iremos abordar as ações voltadas à assistência à saúde dos indivíduos adultos, com ênfase na promoção da saúde. Para fins didáticos, separamos o tema em atenção à saúde da mulher e do homem.

2.1 Falando sobre mulheres

Ao se falar sobre a promoção da saúde da mulher, necessitamos, previamente, fazer uma abordagem de seu papel no contexto de nosso país. Ainda vivemos em um ambiente com forte característica machista, mas em que, por imposição de questões econômicas e sociais, a mulher vai ao trabalho, tem sua renda e perspectivas de vida e vem conquistando paulatinamente relativa independência econômica e maior espaço social e profissional.

Esta mulher absorve uma rotina estressante de trabalho fora do domicílio, somada às atividades domésticas e às atribuições de mãe e companheira. Esse acúmulo de funções gera uma expressiva sobrecarga de trabalho e um grande potencial de conflitos.

Todas essas atribuições não só minam as suas reservas, como a colocam pouco disposta para o relacionamento afetivo, gerando conflitos frequentes. Muitos homens lidam mal com essa independência, da qual muitas vezes necessitam, tornando-se agressivos e, ocasionalmente, inconstantes, como forma de expressão de sua incapacidade de lidar com a situação. Isto se agrava se a mulher obtém renda maior que a de seu companheiro. A literatura internacional aborda os conflitos da família moderna, mas em nosso meio as fontes ainda são escassas - e a realidade das famílias precisa ser refletida para

quem queira promover a saúde da mulher e sua real integração nesta sociedade machista.

Uma mudança importante que ocorre é o aumento significativo da escolaridade média das mulheres que, em diversas regiões do país, é expressivamente maior que a dos homens, favorecendo uma renda mais elevada quando ingressam no mercado de trabalho.

Mas a compreensão das questões de gênero é mais complexa, homens e mulheres têm visão de mundo e anseio bem distintos, e a não compreensão dessa divergência gera dificuldades para quem vai trabalhar com as famílias e, principalmente, impede um apoio mais eficiente às pacientes que necessitam de atendimento - seja em função de violência, física ou emocional, seja em consequência dos conflitos emocionais decorrentes da sobrecarga a que a mulher está submetida.

Numa generalização rápida, podemos afirmar que os homens, ao buscarem uma companheira, consideram que ser sua namorada seja a principal característica dela, e nenhum dos atributos a mais que a mulher possa ter - como mãe, cozinheira, organizadora ou outros - será considerado se ela não atender àquele atributo primário. Já a mulher, ao escolher um parceiro, busca alguém que a proteja e possa ser um bom genitor; em outras palavras, que trabalhe e contribua para que ela tenha a casa e a família que são parte essencial da formação feminina. É óbvio que a generalização é grosseira, mas foca o âmago do conflito familiar que temos hoje em dia, e cria a perspectiva de entender que o trabalho com famílias está muito longe de ser simples e exige uma dose grande de observação e suporte para que as pessoas possam lidar com essa dificuldade e se constituam em famílias saudáveis e felizes.

Ao longo do texto, enfocaremos os diferentes ciclos de vida da mulher, desde a adolescência, buscando não apenas entender as dificuldades comuns em cada etapa, como também uma maneira técnica e baseada no conhecimento e evidências

atuais de lidar com essas situações. O enfoque do texto será voltado para a promoção da qualidade de vida, mais do que um texto centrado em patologias ou terapêuticas.

2.2 A mulher na adolescência

Ao final da infância, durante o período puberal, a menina se vê invadida por hormônios, que mudam seu corpo e seu comportamento. Simultaneamente, esses hormônios disparam sinais de sexualidade que geralmente ela não está entendendo ou sabendo controlar. E isto gera insegurança e timidez.

Olhando para os estágios de Tanner, sabe-se que, em média, levarão 2 anos e 6 meses do início do processo puberal até o surgimento da primeira menstruação, e mais uns 2 anos para que ocorra um completo amadurecimento do eixo hipotálamo - hipófise - ovário. E mais, este período varia de menina a menina, podendo iniciar-se aos 8 anos, porém, em algumas meninas, pode começar até aos 15 anos; logo, estamos falando de pessoas com idades e graus de maturidade muito díspares. E os hormônios liberarão a sexualidade em pessoas com capacidade de percepção muito diferente do que acontece.

Muitas meninas recebem informação em suas escolas, ou mesmo em suas famílias, mas, para a grande maioria, essa informação é obscura, não chegando a haver uma compreensão do que seja a menstruação ou o processo que leva à menstruação. É preciso que elas saibam que os hormônios promovem o crescimento de uma camada interna no útero, apropriada para receber um bebê, ao mesmo tempo em que leva ao desenvolvimento do óvulo e à ovulação. A cada ciclo, vários óvulos são estimulados e um se torna dominante - aliás, esse processo é fonte de confusão, pois ecograficamente aparecem como micropolicistas, o que gera dúvidas sobre patologia e muitas vezes sobre tratamento adequado. Aí há um pico de produção de hormônios e ocorre a ovulação, e é neste período

ovulatório que a menina se expõe mais e tem mais vontade de contato sexual - razão pela qual muitas vezes engravida já na primeira relação sexual. Se a fecundação não acontece, a produção de hormônios diminui, gerando um estado instável, comumente chamado de tensão pré-menstrual, e a camada interna do útero descama durante a menstruação, para iniciar-se um novo processo.

A sociedade atual sofreu mudanças significativas nestes últimos 40 anos, seja pela existência de contraceptivos, o que diminui o risco de uma gravidez indesejada, seja pela mudança comportamental da sociedade, que deixa de encarar a virgindade como algo essencial para que uma menina pudesse ter um parceiro ao longo de sua vida. Mas é principalmente pelas mídias que entram nos lares, levando culturas e comportamentos de outros lugares para a casa de todos, que o modo de educação familiar sofre influências, e o modelo transmitido a partir do comportamento dos pais e de suas famílias fica perturbado pelo comportamento de artistas e de outros jovens, incompatível com o que preconiza. Isto gera insegurança e incertezas nas famílias, favorecendo a identidade de grupo que, naturalmente, já é um comportamento característico dos adolescentes.

A adolescência é um ciclo vital do indivíduo, que deixa de ser criança para alcançar a vida adulta independente. Para tanto, ele começa a questionar e negar princípios de sua família de origem e a buscar seguir os comportamentos e atitudes do grupo com que convive. Esse comportamento também promove uma crise nas famílias, que tem suas regras questionadas e sua hierarquia contestada. A adaptação saudável do adolescente e da família é meta das equipes de saúde, mas configura-se como uma tarefa hercúlea para ser planejada e executada. Os jovens têm dificuldade de aceitar sugestões e encaminhamentos diferentes daqueles do seu círculo de amigos e lealdades, e os adultos ficam inseguros em lidar com os questionamentos e com a sexualidade, em especial, de suas filhas.

Trabalhar as famílias significa ajudá-las a reconhecer que seus filhos estão crescendo e que podem - e devem - assumir responsabilidades. Mas também implica mostrar à adolescente que ela tem dificuldade para se posicionar perante adultos, particularmente se este for um namorado, o que a coloca em situação de vulnerabilidade para doenças sexualmente transmissíveis e gestações indesejadas.

Uma questão central neste item é a percepção social vigente de gestação em fases precoces da vida. Muitas famílias reproduzem a situação de gestação na adolescência como um fato normal que faz parte do anedotário familiar. Tal postura só faz aumentar os riscos para suas adolescentes, e o trabalho deve ser centrado em sonhos e objetivos a serem alcançados para que se consiga postergar a ocorrência de gestações.

2.3 Contracepção na adolescência

Como colocado acima, a adolescente é particularmente vulnerável a doenças sexualmente transmissíveis, e o uso de contraceptivos de barreira - preservativos e espermicidas - é fundamental para que isto seja prevenido. A doença inflamatória pélvica pode ser devastadora para as pretensões da adolescente em ser mãe, podendo levar à infertilidade e à dor pélvica crônica.

Ainda em relação à contracepção, devem-se considerar vários outros fatores, como as crenças e preferências das jovens, o que não afasta a necessidade de uma conversa clara sobre os diferentes métodos contraceptivos, enfocando vantagens e desvantagens, bem como o modo de usar e nível de eficiência. Em nosso meio, existem 24 alternativas de contracepção e é fundamental uma conversa ampliada para que as adolescentes façam escolhas mais responsáveis, efetivamente aderindo ao método escolhido. Insistir nas nossas opções leva a um número grande de falhas, devidas à não aderência das pacientes.

Nesta fase da vida, muitas pedem - e preferem - contracepção hormonal, pílulas e injeções, mas em verdade não têm clareza sobre como funcionam e qual a maneira adequada de fazer uso delas. Adiante, faremos uma revisão sobre todos os contraceptivos, mas nesta seção gostaríamos de deixar claro que, se a adolescente deseja usar contracepção hormonal e está orientada sobre riscos e vantagens, ela pode fazê-lo. A idade não é fator limitante. Do mesmo modo, o DIU, cujo uso aumenta o risco de DST nos 3 primeiros meses, pode ser instalado se a adolescente tiver clareza do risco e assumir o cuidado necessário.

É fundamental que ela saiba da existência da pílula do dia seguinte e de sua disponibilidade, enfatizando que, apesar dos efeitos colaterais e do maior índice de falhas, é uma alternativa para uma relação não protegida, mas não uma alternativa para outros métodos contraceptivos.

2.4 Tensão pré-menstrual e dismenorreia

Não há clareza do mecanismo que desencadeia a tensão pré-menstrual, mas sabe-se que ela tende a ser mais significativa em pacientes com ciclos ovulatórios. Os sintomas variam muito de mulher para mulher, sendo descritos mais de 100 diferentes manifestações. O diagnóstico é eminentemente clínico, não havendo exames comprobatórios da síndrome.

O manejo dos sintomas também é empírico e carece de evidências sólidas, havendo a possibilidade de uso de vitaminas, antidepressivos, ansiolíticos, contraceptivos e alterações comportamentais.

Nenhuma das alternativas ofereceu resultados garantidos, por isso o mais lógico é iniciar pelas modificações comportamentais que, além de isentas de efeitos colaterais, melhoram o padrão de saúde. Sabe-se que a ingestão de cafeína, gorduras e açúcares em muita quantidade pode agravar os sintomas, devendo-se

evitá-la; em contrapartida, a ingestão de frutas e verduras, que melhora a resposta emocional e o equilíbrio bioquímico do organismo, deve, portanto, ser estimulada. Da mesma forma a atividade física, que, além de melhorar a autoestima, favorece a liberação de endorfinas, o que alivia a maioria dos sintomas.

Quando isso não é suficiente, deve-se personalizar a terapêutica, oferecendo-se às pacientes alternativas aceitáveis a sua realidade. Algumas podem preferir o uso de contraceptivos, casos em que podemos usar métodos que bloqueiem a menstruação (acetato de medroxiprogesterona 150mg depot, DIU de progesterona ou implante contraceptivo de progesterona). Algumas pacientes preferem o uso continuado de contraceptivo oral combinado. Considerando que a utilização de hormônios, seja em qualquer dose ou composição, pode afetar a resposta humoral, gerando alteração de libido ou de comportamento, esta deve ser feita de forma monitorada para ver como a paciente reage à terapêutica e como podemos auxiliar.

O uso de vitaminas B6 e E tem evidência controversa, mas é uma alternativa de que se pode lançar mão pela baixa ocorrência de efeitos colaterais e pelo fato de que muitas pacientes referem melhora apreciável dos sintomas.

Se o quadro emocional é muito severo, deve-se considerar o uso de antidepressivos e ansiolíticos; há literatura de suporte - e também de crítica - para todos os medicamentos desta categoria.

A dismenorreia primária, típica também de ciclos ovulatórios, tem como característica básica a cólica, que se inicia até 24h antes do início do ciclo menstrual e alivia cerca de 24h após o início do fluxo. Quando esse processo ocorre de forma muito diferente disto, deve-se suspeitar de dismenorreia secundária e reavaliar o caso para afastar outras patologias que provocam dor relacionada ao ciclo menstrual.

A maioria das mulheres tem quadros leves, podendo ou não se associar à síndrome de tensão pré-menstrual. Quando o quadro é leve ou moderado, o uso de antiespasmódico geralmente é suficiente, oferecendo bom alívio à paciente. Em casos moderados a severos deve-se lembrar que o mecanismo da dor é mediado por prostaglandinas e o uso de anti-inflamatórios não hormonais potentes oferece uma resposta satisfatória na maioria das situações.

O uso de contraceptivos hormonais também tem uma ação significativa no controle da dismenorreia primária, sendo uma alternativa para as mulheres que também desejam contracepção.

2.5 Contracepção

Uma das grandes mudanças dos dias de hoje, com impacto importante na vida das pessoas, particularmente das mulheres, foi o controle da fertilidade. Atualmente há diferentes maneiras de se controlar a fertilidade, mas nenhum método é 100% seguro, todos têm algum grau de efeito colateral - ou comportamental - que pode interferir na vida das pacientes. Reconhecer isto é a base para uma conversa aberta com as pacientes, buscando oferecer uma contracepção de qualidade.

Os diferentes métodos contraceptivos e seus níveis de eficiência

Os métodos contraceptivos são comparados pelo índice de Pearl, o qual considera o número de gestações que ocorrem em um ano em 100 casais com prática sexual não protegida. Sabe-se que o índice de gestação para 100 casais com prática sexual não protegida é de 85 gestações por ano - este é o parâmetro que usamos para a comparação.

Tabela 1 - Lista dos diferentes contraceptivos com seus níveis de eficiência

Contraceptivo	Índice de falhas teórico	Índice de falhas real
Anticoncepcional oral combinado	0,1	3
Anticoncepcional oral de progesterona (minipílula)	0,5	5
Injetável combinado mensal	0,5	1
Injetável trimestral de progesterona	0,3	1
Implante contraceptivo de progesterona	0,05	0,3
Anel vaginal combinado	0,5	3
Adesivo cutâneo combinado	0,5	3
DIU de cobre	0,1	1
DIU de progesterona	0,1	1
Preservativo masculino	3	14
Preservativo feminino	5	21
Espermicidas	6	26
Diafragma	6	20
Capuz cervical	9	40
Tabelinha	9	25
Coito interrompido	4	19
Muco cervical	3	10
Laqueadura tubária	0,05	0,05
Vasectomia	0,1	0,15

Fonte: SMS Curitiba, Dynamed

Além desses métodos, há ainda o da pílula do dia seguinte, que tanto pode ser uma dose alta de progesterona como o uso de contraceptivo oral combinado em dose alta. Como não é um método de uso continuado, não se aplica a ele o índice de Pearl; a literatura refere que, usado nas primeiras 24 horas, há uma eficácia de 85% e que, se usado em até 72 horas, teria uma eficiência de 70%.

Todo método tem uma eficiência teórica e outra relacionada ao modo como é utilizado pela população. Prova

disso é o fato de muitas pessoas não se aperceberem de que métodos medicamentosos podem ter sua eficiência alterada por alimentos ou outros medicamentos que interfiram na rota metabólica, fator que pode provocar gestações não desejadas.

Os métodos hormonais, além disto, podem desencadear alterações comportamentais e efeitos colaterais. C o m o linha geral, pode-se afirmar que os estrogênios estão ligados a efeitos, como náuseas e aumento e sensibilidade das mamas. Quanto ao ganho de peso, há controvérsias em relação à sua decorrência, se é devido ao estrogênio ou ao progestogênio, mas este costuma ser de pouca monta; caso análogo envolve a ansiedade e a depressão, que são de pouca expressão clínica. Deve-se acrescentar ainda que há discreto aumento de ocorrência do câncer de mama associado ao uso desses métodos por mais de 10 anos, e que o uso prolongado de contraceptivo oral combinado está igualmente associado a um discreto aumento da incidência de câncer do colo do útero e de trombose venosa; por fim, ocorre também um significativo aumento de infarto do miocárdio em pacientes fumantes, a partir dos 35 anos.

Como linha geral, pode-se afirmar que os progestogênios estão ligados aos seguintes efeitos colaterais: elevação de LDL e baixa de HDL, diminuição de massa óssea, discreto aumento do risco de acidente vascular isquêmico com os novos compostos, amenorreia e ganho de peso significativo associados a doses elevadas.

Além desses efeitos colaterais, um pequeno número de trabalhos sugere que o uso prolongado da contracepção hormonal pode levar a uma diminuição da libido.

Toda essa gama de efeitos, porém, é de pouca expressão clínica e apresenta menor risco à saúde da mulher do que gestações de repetição. Por isso, em função de sua eficiência, os contraceptivos hormonais são de longe os métodos mais usados para espaçar as gestações.

Quando há contraindicações para a contracepção hormonal, podemos considerar o uso de métodos de barreira, como o preservativo, o diafragma, o capuz cervical e os espermicidas. Contudo, todos estes interferem na prática sexual e implicam um comprometimento do casal para a sua utilização, firmado a partir do conhecimento de que nenhum método é mais eficiente do que o preservativo para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

O uso do DIU demanda um capítulo à parte. De fácil instalação, longa duração e com complicações localizadas - o que facilita o seu manejo -, trata-se de um método contra o qual há muitos preconceitos dentro da comunidade, graças ao uso de DIUs primitivos, não medicados, cuja ação era de natureza abortiva. Em nosso meio, tais métodos foram banidos e, hoje, só dispomos de DIUs medicados: os de cobre, que têm uma provável ação espermicida, e os de progesterona, que promovem uma atrofia endometrial com pequena ação sistêmica. Sua aplicação depende do treinamento dos profissionais e da aceitação pela população.

Quanto à contracepção definitiva, é preciso considerar que um número significativo de pacientes se arrepende do procedimento - em média, até 40% das pacientes que optam pela cirurgia, antes dos 30 anos, apresentam arrependimento -, o que nos deve levar a uma reflexão maior sobre as razões da opção e dos riscos potenciais que podem existir. Além disso, deve ser esse método orientado pela regulamentação legal, segundo a qual a mulher deve ter pelo menos 25 anos de idade, dois filhos e não estar em período perigestacional.

2.6 Constituindo uma família

Outro ciclo de vida importante para a mulher refere-se à escolha de um companheiro, dentro de seu imaginário e de sua formação. O centro da vida é direcionado para uma

família cuja arquitetura ela compreende como adequada. Muitas vezes, o profissional responsável pelo atendimento tem seus conceitos de família diferentes daqueles dos pacientes, gerando incompreensões, que devem ser trabalhadas para que possa oferecer um serviço adequado. Aprender a viver a dois é uma das tarefas mais difíceis, pois nossa tendência é avaliar nossos parceiros pelo modo como compreendemos o mundo - e este foi construído em nossas famílias de origem.

Todas as pessoas têm qualidades e defeitos, e avaliamos como produtivo qualquer um que nos ofereça um sonho, uma paixão. Porém, o convívio do dia a dia vai evidenciar as diferenças e crenças que cada um possui, e os defeitos gradualmente tornam-se mais aparentes. Ao trabalhar com as mulheres, convém ajudá-las a refletir sobre seus sonhos, como planeja construí-los e se isto é viável na conjuntura em que se encontra. Esse tipo de trabalho, de pensar e debater junto um sonho, por exemplo, torna mais concreta a perspectiva das futuras relações e abre um elo de confiança entre a equipe de saúde e a mulher.

A construção de parcerias geralmente desconsidera questões fundamentais do desenvolvimento pessoal, bem como as consequências dessas escolhas. Na adolescência e na fase de adulto jovem, a curiosidade e a vontade de experimentar novos caminhos e horizontes são muito fortes; as pessoas têm expectativas de ir a novos lugares, definir novas experiências e traçar seus rumos. Por volta dos 30 anos, tornam-se mais conservadoras, tentando se identificar com sua história de origem e desejando algum tipo de estabilidade - familiar e laboral. Entre 35 e 40 anos, ocorre a crise da meia-idade, quando se questionam escolhas de vida, parceiros e mesmo filhos. Na metade dos anos 40, o foco é direcionado às relações afetivas para ganhar estabilidade; aos 50, surge a preocupação com a perda de funções, pois se inicia um processo de perda de energia física. Após os 60, quando as perdas se acentuam,

precisa-se aprender a lidar com a morte dos amigos. Como visto, são muitas as fases e, em cada momento, há um jeito diferente de olhar a vida.

A maioria das mulheres não tem consciência dessas fases e, ao escolher um companheiro, parte de um olhar afetivo ou econômico, não antevendo dificuldades que certamente levarão a alguns desajustes futuros e poderão ser causa de doença.

2.7 É hora de ser mãe

Ao engravidar, a mulher é inundada de hormônios, essenciais para que seu corpo não rejeite o conceito. Mas esses hormônios promovem uma profunda mudança no funcionamento do corpo e das emoções da mulher.

O trato digestivo tem um funcionamento mais lento, com os alimentos permanecendo muito mais tempo no estômago e no intestino delgado, favorecendo a absorção de nutrientes, que é muito maior que na não grávida. Mas isto aumenta as dificuldades, como de enjoos, azia, constipação e hemorroidas, para não falar do estado anabolizante, que favorece um ganho de peso excessivo.

Como o feto precisa ser alimentado e ter suas necessidades metabólicas atendidas, há um aumento de cerca de 30% do volume circulante, e as reservas de ferro são mobilizadas. O coração, o sistema vascular e o sistema renal terão que lidar com essa sobrecarga, oferecendo ao binômio mãe-feto condições ideais para o desenvolvimento da gestação, mas isto não quer dizer que não possam ocorrer dificuldades. São comuns edemas, varizes, palpitações, tonturas, infecções urinárias, tudo consequência das adaptações que o corpo deve fazer para permitir o bom desenvolvimento da gestação.

O sistema osteomuscular também sofre, pois os hormônios promovem um amolecimento progressivo das articulações semifixas da pelve, aumentando a sua mobilidade, o que pode

causar dores. Também ocorre modificação do eixo corporal, com sobrecarga da coluna lombar em decorrência do crescimento do feto dentro do abdome.

A pele se torna mais oleosa, mais brilhante e, em algumas mulheres, podem aparecer manchas escuras no rosto, além do escurecimento dos mamilos e da linha alba, frutos da maior produção de melanina estimulada pela secreção hipofisária, que prepara o corpo para a amamentação. O ganho de peso e o crescimento fetal fazem a pele se esticar e, caso esta não esteja adequadamente hidratada, poderá apresentar estrias.

Como é necessário diminuir a resposta imune para tolerar o feto, o corpo também se torna mais vulnerável ao surgimento de infecções, particularmente as de vagina e do trato urinário. E os quadros infecciosos tendem a ser mais complexos pela diminuição da capacidade de defesa da paciente.

Finalmente, a gestação promove uma profunda alteração emocional e comportamental da mulher. Ela se torna mais sensível, instável, podendo chorar por mínimas coisas. Muitas vezes briga, sem nem saber por que está fazendo isto. Fica insegura em relação a sua capacidade de ter o filho e de cuidar dele, quanto à percepção que seu parceiro teria dela e sobre a sua sexualidade. Muitas vezes perde-se em sonhos sobre o futuro do filho e tem dificuldades para dormir.

Que mulher é esta? Como a família percebe essas mudanças? Que apoios a gestante tem? Tudo isso faz parte de um planejamento pré-natal que precisará ser feito. Aliás, o pré-natal é a manobra preventiva de maior impacto para a vida das pessoas e deve ser feito de forma adequada, considerando todas as mudanças que a mulher enfrenta.

Um esquema apropriado de pré-natal deve considerar não só as consultas que a gestante deve fazer para avaliar as questões biológicas, mas também as mudanças que ela está sofrendo. É necessário que ela saiba dessas mudanças para entender a sua normalidade e que busque corrigir a alimentação para que se

tenha um desenvolvimento saudável do feto, sem que ocorra obesidade materna.

Há que se oferecer uma educação adequada da gestante sobre o desenvolvimento de seu bebê nas diversas fases, sobre o período de gravidez, que pode ser de 38 a 42 semanas, sobre o parto propriamente dito, para evitar a ansiedade com a hora do nascimento. Também se devem discutir parto normal e cesárea, com abordagem da técnica, dos medos e preocupações da paciente e de sua família. Isto é a essência do pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde, um pré-natal deve ter um mínimo de 6 consultas e devem ser aplicados alguns exames de rotina para garantir o sucesso da gestação.

Na primeira consulta de pré-natal, a mãe deve ser ouvida - e idealmente sua família - sobre a aceitação da gestação e suas expectativas. É importante falar sobre medos, sexualidade e mudanças durante o período, além de solicitar exames de rotina para a gestante e outros que se façam necessários.

Um pacote básico inicial de exames inclui tipagem sanguínea, hemograma (ou eritrograma), VDRL, HIV, glicemia, parcial de urina, urocultura e ultrassonografia obstétrica. De acordo com a realidade local, seria conveniente explorar toxoplasmose e hepatite. Na metade da gestação, deve-se pesquisar diabetes gestacional e, sendo possível, repetir o VDRL, os exames de urina e a ultrassonografia. No final da gestação, havendo condições, deve-se repetir VDRL, HIV, hemograma (ou eritrograma), análise e cultura de urina e a ultrassonografia. Óbvio que isto depende da disponibilidade e dos recursos alocados e deve ser olhado dentro da clínica da paciente, dependendo da qual outros exames poderão ser necessários.

Nas consultas intermediárias, deve-se explorar o desenvolvimento da gestação, abordar as curiosidades da mãe sobre o seu conceito e trabalhar medos e fantasias. Nas consultas do fim da gestação, devemos explorar parto e suas possibilidades, bem como discutir os cuidados que a mulher

deverá ter no pós-parto.

A existência de muitos tabus e preconceitos neste período e as restrições alimentares podem ser a causa de falha da amamentação e de quadros de ansiedade e depressão. Muitas mães se sentem culpadas, pois se veem como incapacitadas para cuidar do filho e podem entrar em conflito com seu parceiro que não entende o desinteresse aparente que acomete as mulheres com filhos ao colo.

2.8 A meia-idade

Por volta dos 35-40 anos, a mulher passa por uma fase de questionamento de sua vida, suas escolhas, sucessos e insucessos. É um momento de instabilidade e a hora em que fatores, como a sexualidade, tornam-se alvo de forte questionamento. Ela faz sexo quando tem vontade, ou quando se sente compelida a isto. Está feliz na sua relação, ou questiona os defeitos de seus parceiros. Trata-se de um momento de dúvida e oportuno para conflitos e infidelidades, entre os mais comuns.

É necessário ouvir e respeitar as angústias e dúvidas, buscando perceber que mulher está a nossa frente e como ela se posiciona. É um erro básico oferecer alternativas, sem antes ouvir as alternativas que a mulher apresenta e refletir com ela sobre as alternativas que você propõe.

A mulher faz sexo, basicamente, para reproduzir ou para compartilhar a sua afetividade e, para muitas, a questão do orgasmo, um momento mágico segundo se afirma, é bastante confusa, o que gera uma sensação de ineficácia. Isso resulta, provavelmente, de uma educação repressiva em relação ao prazer no sexo, tornando-o como uma obrigação conjugal, conforme queixas relatadas pelas pacientes. É preciso mostrar à mulher que, quando ela se sente completa e relaxada após um contato sexual, ela atingiu o clímax da atividade, e que isso depende muito da prática sexual, de uma estimulação prévia e de uma condição adequada para que possa explorar seus

sentidos e sentimentos.

Esse tema tem que ser explorado com tranquilidade, ouvindo mais que falando e construindo conceitos possíveis para a paciente, de modo a não gerar culpas nem inadequações que, com certeza, podem ser plantadas quando levamos os nossos conceitos e visões de mundo para as pessoas com quem trabalhamos.

Os questionamentos sobre a relação conjugal devem ser os da paciente; foi quem ela escolheu o seu parceiro e não nos cabe avaliar se ele é adequado ao nosso ponto de vista. Nossa proposta é auxiliá-la na sua caminhada. Quando plantamos dúvidas sobre as suas escolhas, geramos sofrimento e, muitas vezes, conflito, fato que pode levar a família a rejeitar o atendimento.

2.9 O climatério

A mulher nasce com todos os seus óvulos, que são produzidos durante o seu período embrionário. Utiliza-os durante toda a vida para a produção de hormônios e seu amadurecimento genital. Mas há um momento em que estes já são insuficientes para uma produção hormonal adequada. Nesse momento a hipófise aumenta a sua estimulação, buscando manter um meio hormonal estável o qual, em algum momento, torna-se insuficiente e desenvolve-se a menopausa, caracterizada pela parada das menstruações.

Entre os 38 e os 55 anos de vida, a mulher experimentará o período do climatério, que se inicia uns 2 anos antes da menopausa e se prolonga por um período de cerca de 3 anos após a mesma. Durante essa época, ocorre muita flutuação hormonal e, como consequência, alterações de humor, do sono, da libido e, muitas vezes, o surgimento dos fogachos. Trata-se, pois, de um período de insegurança que, para muitas mulheres, está associado à velhice, à perda de capacidades ou ao fim de sua sexualidade.

É preciso debater as crenças das mulheres, abrir o diálogo sobre seus medos e inseguranças e trazer informação sobre as maneiras de lidar com o quadro do climatério. Para a maioria delas, a prática de atividades físicas, associada a uma dieta rica em frutas e verduras, é suficiente para aumentar a liberação de endorfinas e controlar os desconfortos típicos do período.

Promover a discussão sobre a sexualidade, o fim dos medos de uma gestação não planejada e o perfil hormonal com mais testosterona - típico do período - pode contribuir, inclusive, para melhorar a libido e a resposta sexual das pacientes. Mas elas só estarão motivadas ao sexo para compartilhar afeto, para namorar.

Alguns medos afetam a mulher neste período, tais como a osteoporose, o risco de neoplasias e a perda do vigor da pele. É necessário orientar sobre as manobras preventivas. A atividade física e uma dieta rica em cálcio são mais eficientes na prevenção da osteoporose. Cuidados com uma exposição excessiva ao sol são agora mais importantes, evitando manchas e, conseqüentemente, prováveis neoplasias cutâneas mais prevalentes nesta faixa etária. Por fim, a pele pode ser muito beneficiada por uma hidratação eficiente, endógena e exógena, para oferecer um turgor cutâneo mais adequado.

2.10 Prevenção de neoplasias próprias da mulher

Com os conhecimentos hoje disponíveis, sabe-se que a realização do exame citopatológico do colo do útero é uma manobra de baixo custo com um grande grau de acerto, que melhora com a repetição do exame. A detecção é da ordem de 90% em um exame isolado, mas a repetição regular eleva os níveis de prevenção, além de, nos casos em que o exame deu falso negativo, permitir um diagnóstico precoce e aumentar muito as chances de cura em uma eventual doença. É recomendado que todas as mulheres com vida sexual sejam

avaliadas, dos 25 aos 70 anos, fase em que o câncer do colo do útero é mais prevalente; contudo, o exame não deve ser negado a pacientes mais jovens que já tenham iniciado a vida sexual, devendo ser realizado até para a detecção de doenças sexualmente transmissíveis.

Mas como a população vê este exame? Há, em muitas comunidades, a noção errônea de que, “se mexer em um câncer, ele se espalha e as pessoas morrem mais depressa”. Para muitas mulheres, o exame é agressivo e vexatório. Faz-se necessário oferecer às pacientes informações claras sobre o exame com o propósito de criar um clima de confiança. Convém ainda esclarecer-lhes que o exame apresenta uma margem de erro considerável e que a proteção próxima a 100% só é obtida com a sua repetição regular.

E o câncer de mama? Diferentemente do câncer do colo do útero, em que é possível detectar e tratar as lesões precursoras para evitar o desenvolvimento da doença, na mama, o máximo que se consegue é o diagnóstico precoce.

Há uma controvérsia internacional sobre o momento mais adequado para se iniciar o rastreamento, mas o consenso mais robusto é o de que o rastreamento para a população geral deve iniciar-se no período da menopausa, quando o tratamento se mostra mais eficiente, aumentando a sobrevida e levando a casos de cura. O rastreamento mais precoce é restrito a casos de pacientes de alto risco, como: ter familiar de 1º grau com neoplasia de mama, não ter amamentado, primeira gestação após os 35 anos, uso prolongado de contracepção hormonal, tabagistas. Nesses casos, o risco é maior, mas não há comprovação científica de que o diagnóstico precoce aumente a sobrevida.



VAMOS REFLETIR!

Atenção!

Como você pode notar, não falamos de doenças e sim da atenção que deve ser realizada para manter a mulher em estado de harmonia e saudável. É fundamental que se discutam, como apontado anteriormente, as mudanças não só físicas, mas também as de caráter emocional por que ela irá passar nos diferentes ciclos de vida. A conversa franca do profissional de saúde com a mulher permitirá que ela esteja preparada para vivenciar plenamente cada fase da vida e construir mecanismos de superação.



VAMOS SABER MAIS!

Para atender as possíveis intercorrências de patologias que poderão acontecer, faça uma revisão a respeito dos problemas prevalentes nos *links abaixo*.

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/030.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/025.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/041.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/043.pdf

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/088.pdf



VAMOS REFLETIR!

Como você teve a oportunidade de ler no módulo de assistência multidisciplinar, o homem não tem o hábito de prevenir problemas de saúde, buscando a assistência somente quando está doente, muitas vezes em estágios mais severos da patologia. Então, o que fazer para conseguir a adesão dos homens adultos da comunidade à atenção básica? Como trazê-los à unidade de saúde? E quando ali estiverem, como a equipe de saúde deve proceder?

Esta seção pretende discutir as ações voltadas à atenção da saúde do homem. A Política de Atenção à Saúde do Homem foi discutida e você já conhece suas diretrizes. Agora é seu papel criar mecanismos para efetivá-la.

Você pode ter acesso à população masculina através de sua família, mulher, irmãs ou mãe. Procure nos contatos que tem com a população feminina conhecer a população masculina e discutir com as mulheres a importância de trazer o homem para avaliação de saúde na unidade de saúde da família. Discuta com a mulher a promoção à saúde de seu companheiro, irmão ou filho.

Converse com seus agentes comunitários de saúde sobre a necessidade da captação deste segmento da população e estabeleça estratégias para atendê-lo em horários alternativos. Também é importante discutir com o conselho local de saúde a atenção à população masculina. Enfim, utilize todos os recursos que você tenha disponível para conseguir a adesão dessa população.

3.1 As ações de promoção à saúde

Após ter conseguido que os indivíduos adultos cheguem ao serviço, é preciso que você e sua equipe estabeleçam mecanismos para manter a saúde dos homens. As ações precisam ser voltadas aos agravos mais prevalentes em sua comunidade. Nesta faixa etária (20 aos 40 anos) a morbimortalidade é causada por causas externas, tais como acidentes automobilísticos, armas, causas relacionadas ao alcoolismo e uso de drogas ilícitas. Mais tardiamente, (acima dos 40 anos) as causas de morbimortalidade são os agravos cardiovasculares, decorrentes de complicações de diabetes e hipertensão arterial, e as neoplasias, que são causas importantes de internações e óbitos.

Sabendo disso e analisando as causas de óbito e internações de sua população, você deve planejar quais serão as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Entre elas, destacam-se:

Sedentarismo - a atividade física regular é um importante fator para manutenção do estado de saúde do indivíduo, independente da idade. Auxilia na redução do risco de doenças cardiovasculares, no controle glicêmico e pressórico, na manutenção do peso, além de proporcionar bem-estar mental e envelhecimento saudável. Estimule sua comunidade, tanto a masculina, como a feminina, a aderir à atividade física regular. Recomenda-se a realização de 30 minutos de atividade física diária, de intensidade leve a moderada. Em Campo Grande, a secretaria de saúde disponibilizou nas unidades de saúde da família um educador físico para orientar e fazer atividade física com a comunidade.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais, leia as recomendações sobre atividade física na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Dieta saudável - manter uma dieta equilibrada é um dos desafios da mudança do estilo de vida de nossa população. A agitação da vida diária e a falta de tempo fazem com que as pessoas acabem ingerindo alimentos ricos em gorduras saturadas, carboidratos e pequena quantidade de fibras. O consumo excessivo de refrigerantes e massas é uma realidade em nosso estado. Esse padrão alimentar acaba levando os indivíduos a ganho ponderal, elevação dos níveis pressóricos em indivíduos geneticamente predispostos, alterações do perfil lipídico e glicêmico, aumentando a ocorrência de doenças cardiovasculares.

Tabagismo - é responsável por 85% dos casos de DPOC, 90% dos casos de câncer pulmonar, 25% das doenças isquêmicas do coração e 25 % das mortes por doenças cerebrovasculares, lembrando que é evidente a associação do uso de tabaco a doenças cardiovasculares e neoplasias. Cabe a você estimular a mudança de hábito e dar suporte aos indivíduos que desejam abandonar este hábito. Para tanto, é necessário fazer uma abordagem preventiva, pelo desenvolvimento de atividades voltadas ao esclarecimento das consequências do tabagismo em escolas, associações comunitárias, junto aos ACS e filhos de indivíduos tabagistas.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais do manejo do tabagismo, leia o guia de abordagem do indivíduo dependente do tabaco, disponível na biblioteca virtual do curso.

Alcoolismo - o consumo de álcool está fortemente relacionado à mortalidade por causas externas, em decorrência de acidentes automobilísticos, acrescentando ainda a associação entre consumo de álcool e violência **doméstica**. **Portanto, devemos estimular nossa população, sobretudo a masculina, a reduzir o consumo de álcool.**

Prevenção de DST/AIDS - você tem conversado com sua população a respeito da importância do uso de preservativos? Como está a prevenção de DST/AIDS em sua área de abrangência? Na sua área há muitos pacientes com HIV ou hepatites? É indiscutível a necessidade de abordagem desses temas na atenção à saúde do homem. Como você sabe, o número de pessoas com DST/AIDS tem aumentado ao longo dos anos. Um dos fatores decisivos é o comportamento dos indivíduos ao realizar o sexo desprotegido, muitas vezes, contaminando-se e também contaminando sua parceira. Para proteger a saúde dos indivíduos, é importante uma conversa clara com a população, principalmente a masculina.



VAMOS SABER MAIS!

Atenção! Para saber mais, leia o material referente à prevenção de DST/ AIDS e hepatites, que pode ser encontrado na biblioteca virtual.

Atenção ao indivíduo adulto - deverá ser norteadada pelos critérios de risco individuais, coletivos ou advindos do ambiente de trabalho. Deve-se fazer uma anamnese detalhada, procurando conhecer os fatores de risco individual, as predisposições familiares e os riscos ocupacionais do indivíduo. Realizar exame físico detalhado; os exames subsidiários serão orientados pela sua anamnese. Ao realizar a consulta do homem adulto, é importante também conhecer o estado de sua imunização.



VAMOS REFLETIR!

Como está a imunização dos indivíduos adultos do sexo masculino em sua área? Que ações você e sua equipe têm desenvolvido para melhorar o índice de pessoas imunizadas?

Seção 4 - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Atualmente, observa-se aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis - importante problema de saúde pública -, pois englobam uma série de patologias responsáveis por 59% do total de mortes no mundo. Dentre elas, destacam-se as enfermidades cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de neoplasias. O grupo de doenças cardiovasculares é responsável por 30% dos óbitos no estado de Mato Grosso do Sul. (SARAIVA E DUTRA, 2010).

Ao mesmo tempo, convive-se com doenças infectoparasitárias de grande impacto na saúde dos indivíduos, dentre elas a tuberculose, hanseníase, hepatites, dengue e AIDS. Nesta seção, trataremos dessas doenças devido à sua relevância.

4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica²

Condição clínica, multifatorial caracterizada por níveis elevados e mantidos de pressão arterial. Geralmente é associada a alterações funcionais ou estruturais de órgãos-alvo e alterações metabólicas, que podem levar a eventos cardiovasculares fatais ou não. A prevalência está acima de 30% - 35,8% em homens e 30% em mulheres.

Em pessoas com mais de 65 anos, a prevalência de HAS é igual ou superior a 60%, sendo ligeiramente superior em homens até os 50 anos e havendo inversão após essa idade. Em indivíduos não brancos, a prevalência é superior; indivíduos obesos ou com sobrepeso apresentam maior probabilidade de se tornarem hipertensos.

2 Texto adaptado da VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO-Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (supl.1); 1-51.

A ingestão de sal em excesso tem sido correlacionada com a HAS, assim como ingestão de álcool por períodos prolongados e tabagismo podem aumentar o risco de surgimento de hipertensão arterial, além de aumentar o risco cardiovascular geral.

A atividade física regular reduz a incidência de hipertensão. Outros fatores, tais como genéticos, socioeconômicos e ambientais podem também contribuir para o surgimento de hipertensão arterial.

Prevenção Primária

Mudanças no estilo de vida, redução de peso, com estímulo à atividade física regular, diminuição da ingestão de sal, redução da ingestão de álcool, cessação do tabagismo são elementos essenciais para a prevenção primária da hipertensão arterial. Estas orientações devem ser implementadas desde a infância e adolescência.

Classificação

Definem-se como hipertensão arterial valores de pressão sistólica > ou igual a 140mmHg e/ou pressão diastólica > ou igual a 90 mmHg, registrados em pelo menos três ocasiões (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Tabela 2 - Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010.

Na tabela abaixo, verifique as recomendações para seguimento dos indivíduos.

Tabela 3 - Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação

Pressão arterial inicial (mmHg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças de estilo de vida
130–139	85–89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças do estilo de vida
140–159	90–99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA
160–179	100–109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
≥ 180	≥ 110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.

** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão.

*** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010



VAMOS SABER MAIS!

Ao avaliar um paciente e classificá-lo como portador de hipertensão arterial, considere a possibilidade de hipertensão relacionada ao efeito do avental branco. Procure ler a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Avaliação Clínico-Laboratorial - objetivos:

- Confirmar o diagnóstico de HAS por medida de pressão;
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares;
- Diagnosticar lesões em órgãos-alvo;

- Pesquisar presença de outras doenças associadas;
- Estratificar o risco cardiovascular global.
- Avaliar indícios de diagnóstico de HAS secundária.

A avaliação clínica começa com uma anamnese completa, procurando conhecer os fatores de risco, sinais e sintomas que possam indicar hipertensão arterial secundária ou lesões de órgãos-alvo.

É importante avaliar o ciclo de vida em que o indivíduo se encontra, se está ou não sob situação de estresse. Investigue também tratamentos prévios para hipertensão e uso de medicações que possam interferir no tratamento.

Faça um exame físico completo, verifique sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e/ou hipertensão secundária. Lembre-se de verificar a frequência cardíaca, sua elevação representa uma maior incidência de risco cardiovascular. Se possível, realizar exame de fundo de olho em pacientes com HAS em estágio 3, portadores de diabetes ou com lesões em órgãos-alvo. Verifique também, no exame físico, a medida da cintura - normalidade de 88cm em mulheres e de 102cm em homens.

Todos os pacientes devem realizar os exames complementares para estratificar o risco cardiovascular global. Rotineiramente, solicitam-se: EAS, dosagem de potássio plasmático, creatinina e estimativa da filtração glomerular, colesterol total e frações, glicemia de jejum, triglicérides, ácido úrico e eletrocardiograma. A estimativa da filtração glomerular é dada pelo *clearance de creatinina*. Veja a tabela abaixo:

Tabela 4 - Cálculo do clearance de creatinina e ritmo de filtração glomerular e interpretação dos valores para classificação de doença renal crônica de acordo com NKF

Taxa de filtração glomerular estimada (TFGE) pela fórmula de Cockcroft-Gault ¹³ : $TFGE \text{ (ml/min)} = [140 - \text{idade}] \times \text{peso (kg)} / \text{creatinina plasmática (mg/dL)} \times 72$ para homens; para mulheres, multiplicar o resultado por 0,85
Ritmo de filtração glomerular pela fórmula MDRD ¹⁴ no link www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd
Interpretação ¹⁵ : função renal normal: > 90 ml/min sem outras alterações no exame de urina; disfunção renal estágio 1: > 90 ml/min com alterações no exame de urina; disfunção renal estágio 2: 60–90 ml/min; disfunção renal estágio 3: 30–60 ml/min; disfunção renal estágio 4–5: < 30 ml/min

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010

Em pacientes com indícios de lesões em órgãos-alvo, idade maior que 40 anos, com diabetes, com dois ou mais fatores de risco, deve-se complementar com:

- Rx de tórax PA e perfil - para avaliar a suspeita clínica de insuficiência cardíaca, além de verificar se há acometimento pulmonar ou de aorta.
- Ecocardiograma - em pacientes com HAS estágios 1 e 2, sem hipertrofia ventricular esquerda ao ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita de insuficiência cardíaca.
- Microalbuminúria - em pacientes hipertensos e diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com dois ou mais fatores de risco.
- Ultrassom de carótida - em pacientes com sopro carotídeo, com sinais de doença cerebrovascular ou com doença aterosclerótica em outros territórios.

- Teste Ergométrico - em pacientes com suspeita de doença coronariana estável ou antecedente familiar para doença coronariana com pressão arterial controlada.
- Hemoglobina glicada - em pacientes portadores de diabetes, para controle dos índices glicêmicos, ou com risco de diabetes, para diagnóstico da doença.
- Investigação de hipertensão secundária - em pacientes com indícios clínicos que despertem suspeita.

A estratificação de risco

Para decidir a terapêutica a ser utilizada, devem-se considerar alguns fatores:

- valores de pressão arterial;
- fatores de risco adicionais, entre eles: idade superior a 55 anos em homens e 65 anos em mulheres, tabagismo, triglicérides ≥ 150 mg/dl, LDLcol > 100 mg/dl; HDL < 40 mg/dl, diabetes melito, história prematura de doença cardiovascular- homens abaixo de 55anos e mulheres abaixo dos 65 anos.

Importante ressaltar que outros fatores adicionais têm sido considerados, tais como: circunferência abdominal maior de 102 cm em homens e 88 cm em mulheres, história prévia de pré-eclampsia, glicemia de jejum entre 100 a 125mg/dl, hemoglobina glicada anormal e história familiar de hipertensão.

Recomenda-se o controle da pressão arterial para prevenir o surgimento de condições clínicas desencadeadas pelas HAS descompensada, tais como doenças cerebrovasculares, doenças arteriais coronarianas, nefropatia hipertensiva e doença arterial periférica.

Tabela 5 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1-2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM - DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

(LOA: lesão de órgãos-alvos; SM: síndrome metabólica; DM: diabetes melito).

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2010

Essa última tabela é a estratificação de risco global; com a sua utilização, você poderá planejar melhor o tratamento e seguimento de seu paciente portador de HAS.

A terapêutica

Na instituição de terapia medicamentosa, deve-se considerar a pressão arterial, fatores de risco, presença de lesões em órgãos-alvo e/ou doenças cardiovasculares estabelecidas. A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão aponta a importância de instituição de terapia medicamentosa, inclusive em pacientes com PA entre 130-139/80- 89mmhg, se este for portador de doenças cardiovasculares, renais, diabetes e síndrome metabólica.

Em pacientes com HAS estabelecida, os objetivos do tratamento são:

- proteger órgãos-alvo;
- reduzir o impacto causado pela elevação da pressão;
- reduzir o impacto gerado pelos fatores de risco;
- retardar o processo arteriosclerótico.

É indispensável mudança de estilo de vida, tanto para pacientes com pressões limítrofes, quanto para pacientes com hipertensão instalada. A decisão terapêutica está baseada no risco.

Medidas não medicamentosas isoladas para controle, em pacientes limítrofes e com hipertensão sem lesão de órgãos-alvo, são indicadas até no máximo 6 meses. Se os níveis pressóricos não forem controlados neste período, está indicada a terapia medicamentosa.

Em pacientes com HAS com riscos médio, alto ou muito alto, devem-se instituir as terapias não medicamentosas e medicamentosas.

Objetivos do tratamento

Reduzir a morbimortalidade por eventos cardiovasculares. É importante conhecer as características dos anti-hipertensivos, portanto deve-se explicar cuidadosamente aos pacientes a possibilidade de efeitos adversos e a importância da utilização da medicação regularmente.

Classes medicamentosas existentes para o tratamento medicamentoso:

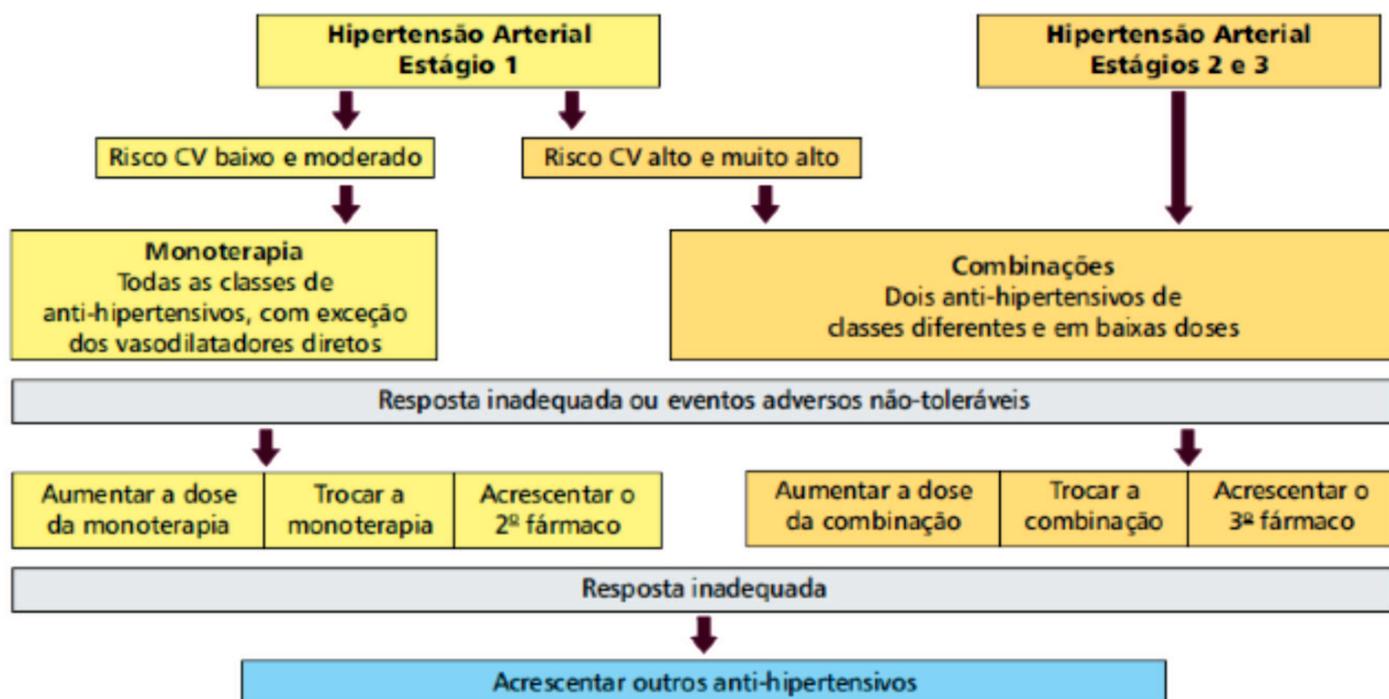
- Diuréticos;
- Inibidores adrenérgicos: de ação central (agonistas alfa-2 centrais); betabloqueadores (beta adrenérgicos); alfabloqueadores (alfa-1 adrenérgicos);
- Vasodilatadores diretos;
- Bloqueadores de canais de cálcio;
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina;
- Bloqueadores do receptor AT¹ da angiotensina II;
- Inibidor direto da renina.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais sobre as medicações, leia a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Figura 1 - Fluxograma para o tratamento medicamentoso.



Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

É recomendada a monoterapia, na dependência da estratificação de risco e dos critérios citados a seguir:

- nível socioeconômico;
- características individuais;
- doenças associadas;
- eficácia do agente medicamentoso em reduzir a morbimortalidade;
- segurança da medicação.

As drogas de escolha são:

- diuréticos;
- betabloqueadores;
- bloqueadores de canal de cálcio;
- inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA);
- bloqueadores do receptor da angiotensina 1.

A terapia deve ser individualizada e, para manter a PA abaixo de 140/90mmhg, é preciso ajustar a dose da medicação. Se isto não ocorrer, pode-se adotar uma das três condutas abaixo:

- Se o controle for parcial ou nulo, não tendo ocorrido efeitos adversos com a medicação, recomenda-se aumentar a dose da medicação ou associar uma segunda droga;
- não havendo controle da pressão com a dose máxima preconizada para a medicação, ou surgindo efeitos adversos, deve-se substituir o anti-hipertensivo;
- se a resposta ainda for inadequada, associar dois ou mais medicamentos.

Terapêutica anti-hipertensiva combinada

Frente a pacientes com hipertensão arterial, classificados com alto e muito alto risco cardiovascular, como diabéticos, portadores de insuficiência renal e com HAS estágio 2 e 3, é recomendada a instituição de terapia medicamentosa associada.

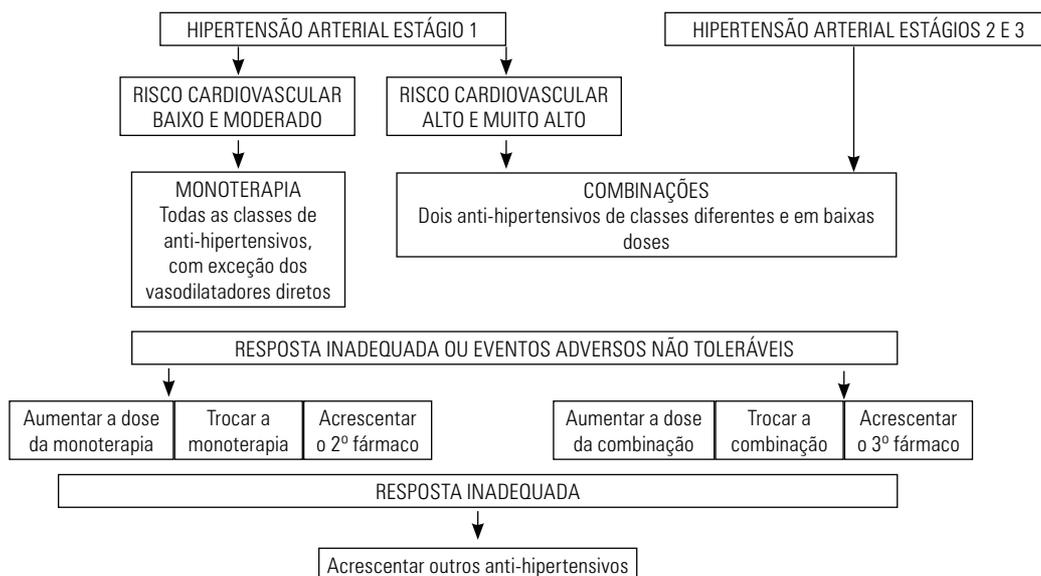
A associação de drogas deve obedecer ao critério de não pertencer à mesma classe medicamentosa, exceção feita a diuréticos tiazídicos e de alça com os poupadores de potássio.

Não ocorrendo controle pressórico adequado, você pode adotar uma destas condutas:

- não havendo reações adversas, aumentar a dose da associação até a dose máxima preconizada ou associar outra droga;

- se ocorrerem reações adversas não toleráveis ou controle inadequado com a dose máxima preconizada, deve-se substituir a associação medicamentosa;
- associar outras drogas se ainda não houver controle pressórico desejado.

Figura 2- Fluxograma para o tratamento de HAS



Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, pacientes que estejam utilizando pelo menos duas medicações devem ter um diurético associado.

Em pacientes em uso de três drogas ou mais, que estejam usando diuréticos e não há resposta adequada, está caracterizada hipertensão resistente. Nesta situação, devem-se investigar os fatores que podem dificultar o controle da pressão, tais como ingestão aumentada de sal, álcool, obesidade, drogas que possam elevar a pressão e formas secundárias de hipertensão arterial.

Após a correção dos fatores relacionados ao estilo de vida, caso não se obtenha o controle dos níveis de pressão, deve-se considerar o encaminhamento para o especialista. A

VI Diretrizes Brasileiras de HAS recomenda a associação de espirolactona, simpatolíticos centrais e betabloqueadores ao esquema terapêutico.



VAMOS SABER MAIS!

Atenção! Um dos fatores principais do mau controle dos níveis pressóricos é a falta de adesão ao tratamento. Sendo assim, é importante enfatizar que a construção do vínculo médico-paciente é essencial para o sucesso do tratamento, bem como a participação de equipe multidisciplinar para o cuidado do paciente com hipertensão.



VAMOS REFLETIR!

Caro especializando, você deve analisar a prevalência de pacientes com hipertensão diagnosticada em sua área de abrangência e verificar o número de internações em decorrência de complicações da hipertensão arterial. Reflita sobre o tema, buscando responder a estas questões:

- Como está sua área? Como está o controle pressórico dos seus pacientes? Você consegue resgatar essas informações?
- Que ações você e sua equipe têm desenvolvido para promover a saúde dos filhos desses indivíduos portadores de hipertensão arterial?
- Quais ações você tem desenvolvido para prevenir as complicações da hipertensão?

Como já foi apontado, não é suficiente atender os doentes da área, o importante é resgatar a saúde dos indivíduos e manter a família equilibrada e corresponsável pelo tratamento do indivíduo portador de HAS.

4.2 Diabetes Mellitus

A diabetes define-se como grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresentam em comum a hiperglicemia em consequência de defeitos na ação e secreção da insulina ou de ambos. Classifica-se em diabetes tipo 1 (autoimune ou idiopático), diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e diabetes gestacional.

Estima-se que a prevalência de diabetes seja de 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos. Esta patologia, que vem ocorrendo de forma mais frequente em países subdesenvolvidos, tem sido considerada uma epidemia do século 21, como consequência do envelhecimento da população, sedentarismo, erros de dieta, obesidade, sendo responsável por 9% da mortalidade mundial.

É importante apontar que a expectativa de vida em pacientes com DM t 2, diminui de 5 a 7 anos. Pacientes com DM têm risco de 2 a 4 vezes mais de desenvolver doenças cardíacas e cerebrovasculares.

No Brasil, a DM e a HAS são a primeira causa de mortalidade e hospitalização. A diabetes é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputações de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares.

Diabetes tipo 2

Responsável por 90 a 95% dos casos de diabetes, caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina, podendo prevalecer um dos dois defeitos. Em geral, ocorre após os 40 anos e acomete indivíduos que apresentam sobrepeso ou obesidade.

Critérios diagnósticos

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal, com glicemia casual acima de 200mg/dl;
- glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dl. Se houver pequenas elevações de glicemia, deve-se repetir o teste em outro dia;
- glicemia de duas horas pós sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl.
- pacientes com glicose de jejum acima de 100 e menor de 126 mg/dl são caracterizados como pacientes com tolerância diminuída à glicose.

Rastreamento de diabetes

Sabe-se que 50% dos pacientes com diabetes não sabem que o são, muitas vezes abrindo o diagnóstico na vigência de complicações da doença. Dessa forma, o rastreamento está indicado para esta patologia e é recomendado para indivíduos que apresentam risco no desenvolvimento do diabetes, tais como:

- Idade >45 anos;
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25);
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes;
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg);
- Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicerídeos >150 mg/dL;
- História de macrosomia ou diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Nesses pacientes deve ser realizado exame de glicemia de jejum ou teste oral de tolerância à glicose.

Prevenção

Os pacientes com tolerância diminuída à glicemia beneficiam-se com mudança de estilo de vida, mudança esta que abrange atividade física regular, emagrecimento e correção de dieta, a qual precisa ter restrição calórica, eliminação de gorduras saturadas e aumento da oferta de alimentos com fibras. Pacientes com IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ beneficiam-se com uso de metformina.

Atividade Física

Outra importante orientação aos pacientes com DM é praticar atividades físicas, como fazer exercícios aeróbicos, caminhar, andar de bicicleta, nadar, três a cinco vezes por semana, por 30 a 60 minutos por dia, com intensidade moderada, ações que promovem melhora do controle glicêmico, redução do risco cardiovascular, redução de peso e melhora da autoestima.

Recomenda-se a realização de teste de esforço, antes de iniciar atividade física, em pacientes sedentários com um destes fatores de risco:

- Idade superior a 35 anos, com ou sem fatores de risco cardiovascular, além de diabetes;
- Idade superior a 24 anos e mais de 15 anos de DM1, ou mais de 10 anos de DM2;
- Hipertensão Arterial;
- Dislipidemia;
- Tabagismo;
- Nefropatia, incluindo microalbuminúria ou insuficiência renal;
- Retinopatias proliferativas e pré-proliferativas;
- Neuropatia autonômica;

Manejo do paciente com diabetes

Por se tratar de patologia crônica, para a qual a mudança de estilo de vida e a adesão ao tratamento são fundamentais, sugere-se a abordagem centrada no indivíduo. Procure entender sua crença sobre a doença, promova discussão sobre ela, conheça os seus medos e o quanto a patologia impactou em sua vida pessoal e familiar.

Estabeleça vínculo de confiança com o paciente e, junto com ele, construa um plano terapêutico a fim de obter um bom controle da glicemia e prevenção de complicações. Lembre-se de que a família deve ser envolvida. O compartilhamento das decisões com a família e o paciente facilitará a adesão ao tratamento.

Não é possível controlar os níveis glicêmicos se o paciente não fizer dieta alimentar adequada e não realizar atividades físicas; então, incentive-o a explorar as dúvidas quanto à alimentação e à prática dessas atividades. O suporte da equipe para o paciente portador de diabetes é fundamental para adesão ao tratamento e prevenção de complicações.

Além disso, procure, nos contatos com seu paciente, promover a saúde de seus descendentes, com ênfase à prevenção da diabetes, através de informações sobre essa patologia e manutenção de hábitos saudáveis.

Para saber mais, leia o Caderno de Atenção Básica-Diabetes. Você poderá encontrá-lo em sua biblioteca.

A terapia medicamentosa

Os objetivos do tratamento são manter níveis de glicemia próximos ao normal e hemoglobina glicada (HbA1) < 7%.

Atenção!

Recomenda-se a utilização de Insulina em pacientes com:

- Glicemia acima de 270mg/dl;
- Pacientes com emagrecimento rápido;
- Pacientes com doença renal;
- Na vigência de infecções, cirurgias, fase aguda de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio;
- Pacientes graves.

Quadro 1 - Fármacos utilizados no tratamento da Diabetes tipo 2

FÁRMACO	POSOLOGIA
Metformina	500mg a 2,550gr, fracionada em 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
Sulfoniluréias	
• Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
	2,5mg a 20mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
• Glicazida	40mg a 320 mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	
• NPH	10 U NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias, ver texto.
• Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas, ver texto.

Fonte: Caderno de Atenção Básica- Diabetes. MS.

Mecanismo de Ação dos Agentes Antidiabéticos Orais

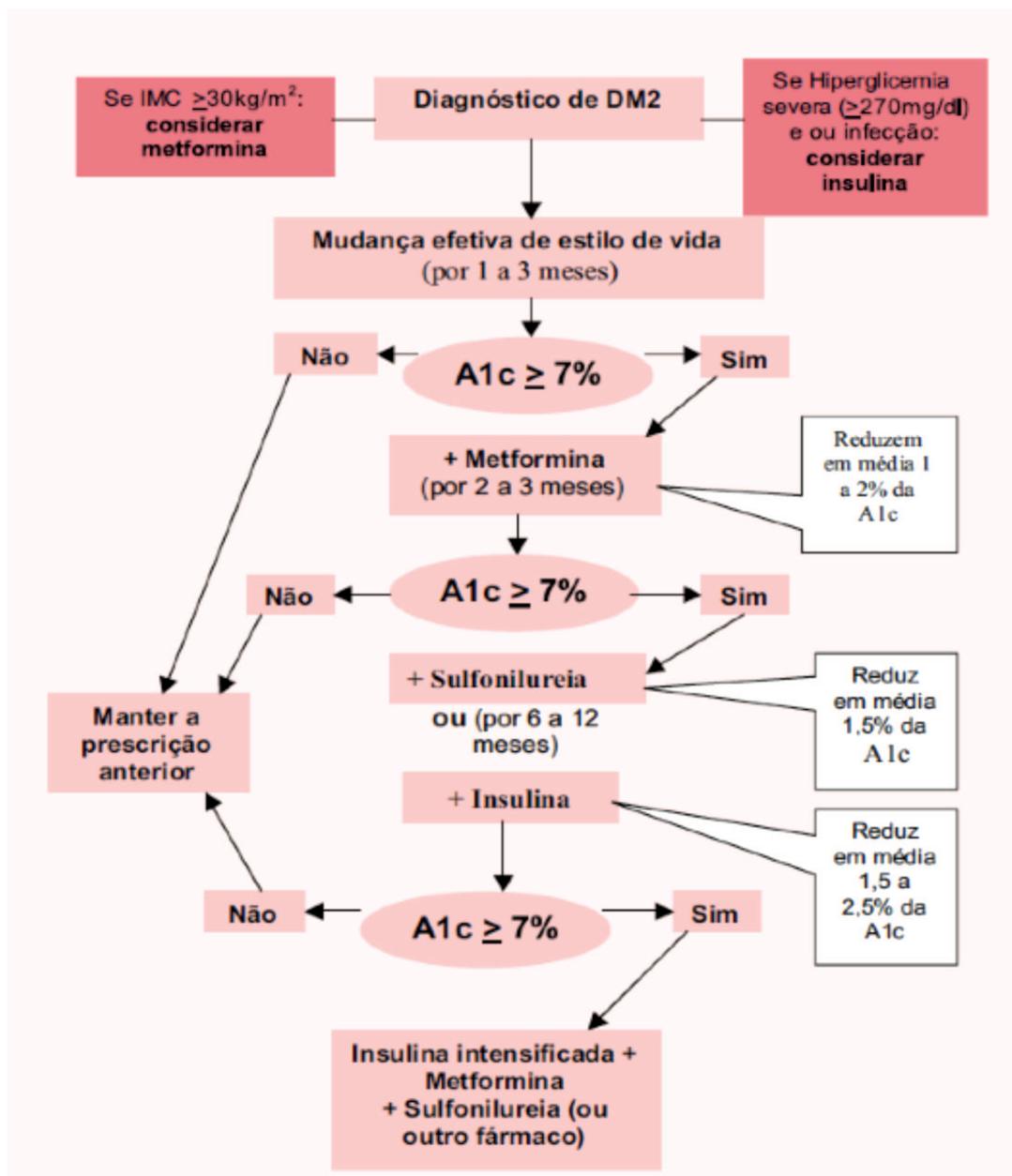
- Drogas que aumentam a secreção de insulina- sulfonilureias e glinidas;
- Drogas que diminuem a produção hepática da glicose- biguanidas;
- Drogas que reduzem a velocidade de absorção dos glicídios- inibidores das alfa-glicosidase;
- Drogas que aumentam a utilização periférica de glicose- glitazonas;
- Drogas que aumentam a secreção de insulina, quando a glicemia se eleva, e controlam a elevação do glucagon- a droga se baseia no efeito da incretina- sitagliptina e exenatida.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais a respeito das drogas orais e utilização de insulina, leia a Diretriz de Diabetes, 2009.

Figura 3 - Fluxograma de escolha medicamentosa no tratamento farmacológico.



Fonte: Caderno de Atenção Básica. Diabetes. MS.

Prevenção e Manejo das Complicações Crônicas da Diabetes

As complicações crônicas podem ser divididas em:

- microvasculares- retinopatia diabética, nefropatia e neuropatia.
- macrovasculares- doença coronariana, cerebrovascular e vascular periférica.

4.2.1 Doença Cardiovascular

Tem alta morbimortalidade e é mais frequente e precoce em indivíduos com diabetes. Os sintomas são semelhantes aos de pacientes sem diabetes, merecendo atenção alguns pontos:

- Infarto do miocárdio: pode ocorrer de forma atípica na apresentação e caracterização da dor em decorrência da neuropatia autonômica cardíaca do diabetes.
- Sintomas cerebrais de hipoglicemia: podem ser semelhantes aos sintomas dos ataques isquêmicos transitórios.
- Evolução pós infarto: é pior em pacientes com diabetes.

As diretrizes para prevenção das doenças cardiovasculares são semelhantes às dos pacientes sem diabetes, devendo-se fazer a avaliação de risco cardiovascular pelo uso do escore de Framingham.

- Controle de HAS: Intensificar o controle da pressão arterial, mantendo-a em níveis inferiores a 130/80 mmHg. Recomenda-se utilização de diuréticos tiazídicos, efetivos em baixar a pressão e evitar eventos cardiovasculares, associados a inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), principalmente em pacientes com albuminúria ou insuficiência renal.
- Controle da Dislipidemia: Diabéticos têm prevalência aumentada de anormalidades lipídicas, que colaboram

para surgimento das doenças arteriais coronarianas (DAC). Para pacientes com risco de DAC acima de 20%, recomenda-se uso de estatina, independente no nível de colesterol LDL. Também se observam em pacientes diabéticos elevados níveis de triglicérides com baixo colesterol HDL; devem-se afastar, portanto, causas secundárias, tais como: hipotireoidismo, mau controle glicêmico, alimentação inadequada e álcool em excesso.

- Uso de antiplaquetários: Pacientes diabéticos com doença cardiovascular clínica se beneficiam do uso de terapia antiplaquetária pelo uso de Aspirina na dose de 75 a 150mg/dia. O controle do tabagismo é mandatório
- Retinopatia diabética: Doença progressiva e assintomática inicialmente que acomete a maioria dos pacientes (90%) com mais de 20 anos de diabetes e se configura como a principal causa de cegueira no Brasil. É um marcador precoce de complicações microvasculares, devendo-se avaliar a função renal quando há ocorrência dos sintomas.

Classificação da retinopatia:

- a) Sem retinopatia - sem lesões; avaliação anual com oftalmologista;
- b) Retinopatia diabética não proliferativa leve - com lesões que podem evoluir para cegueira; avaliação anual com oftalmologista.
- c) Retinopatia diabética não proliferativa moderada - com lesões mais graves; avaliação com intervalo menor de um ano com oftalmologista;
- d) Retinopatia diabética não proliferativa severa - alta chance de evoluir para cegueira; deve submeter-se à fotocoagulação;

- e) Retinopatia diabética proliferativa - alta chance de evoluir para cegueira; deve submeter-se à fotocoagulação e fazer estadiamento da mácula;
- Sem maculopatia - sem lesões próximas à mácula; seguimento habitual.
 - Com maculopatia aparentemente presente - com lesões próximas à mácula, que não aumentam a chance de perda visual; seguimento em intervalos < de 6 meses;
 - Com maculopatia presente - alterações na parte central da mácula, induzindo à perda visual, independentemente do estágio da retinopatia; indica-se tratamento.



VAMOS SABER MAIS!

A gravidade e progressão da retinopatia aumentam com o mau controle glicêmico. A cada 1% de redução da hemoglobina glicada, há diminuição de risco de aparecimento da retinopatia de 35% e de progressão de 39%. A Diretriz de Diabetes de 2009 aponta que o uso de insulina resultou na redução de 76% no risco de surgimento de retinopatia.

Pacientes com Diabetes tipo II devem ser submetidos à avaliação com oftalmologista, assim que for realizado o diagnóstico de diabetes.

Durante a gravidez, a avaliação com oftalmologista deve ser trimestral.

Pacientes com queixa de queda de visão devem ser encaminhados para oftalmologista com **URGÊNCIA!**

4.2.2 Nefropatia Diabética

É a principal causa de insuficiência renal crônica em pacientes que chegam à diálise, e a prevalência varia entre 5 a 20% dos pacientes com diabetes tipo II. Deve-se fazer a detecção precoce através da dosagem de albumina em urina, repetindo por 2 a 3 vezes, em intervalo de 3 a 6 meses. Presença de pequenas quantidades de albumina na urina representa o estágio inicial da doença e, no estágio mais grave, ocorre macroalbuminúria. Não se deve utilizar medida isolada de creatinina para avaliar função renal; recomenda-se fazer a estimativa da taxa de filtração glomerular de rotina com a medida da albuminúria, pois em alguns pacientes ocorre albuminúria normal com taxa de filtração glomerular diminuída.

Estratégias e metas para proteção renal e cardiovascular em pacientes com nefropatia:

- Utilização de IECA e/ou ARAlI- controle pressórico - PA < 125/75mmhg;
- Controle glicêmico- hemoglobina glicada < 7%;
- Utilização de estatinas- LDL-C, menor ou igual a 100mg/dl;
- Utilização de ácido acetilsalicílico- prevenção de trombose;
- Suspensão do fumo- prevenção da aterosclerose.

4.2.3 Pé Diabético

Definido como infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles, associados a alterações neurológicas e vários graus de Doença Arterial Periférica (DAP) em membros inferiores. A incidência varia de 1% a 4,1% e a prevalência, entre 4% a 10%; a incidência de ulceração é de 25% e 85% das úlceras que precedem as amputações. Aponta-se que, a cada minuto, ocorrem duas amputações no mundo em decorrência da diabetes.

Fatores implicados na ulceração:

- Polineuropatia diabética - é o fator mais importante no surgimento das úlceras de membros inferiores; afeta 20 a 25% dos pacientes na atenção primária à saúde;
- Doença Arterial Periférica - ocorre em indivíduos mais jovens, pode estar presente em 10% dos casos de diabetes recém diagnosticados, 5 vezes mais frequentes em indivíduos com diabetes, 50% dos pacientes são assintomáticos ou têm sintomas atípicos, 20 a 30% têm claudicação intermitente, 10 a 20% têm formas mais severas com isquemia crítica.

Avaliação clínica

A perda da sensibilidade protetora é o fator chave para desenvolvimentos das úlceras e maior vulnerabilidade a traumas. Os pacientes devem ser submetidos à avaliação anual, com história clínica e exame dos pés. No exame físico, verifique se há pele ressecada, fissuras, rachaduras, unhas hipotróficas ou encravadas, maceração interdigital, calosidades, dilatação dos vasos dorsais dos pés e ausência de pelos. Deve-se testar a sensibilidade dos pés em 4 pontos: hálux na falange distal, primeiro, terceiro e quinto metatarsos, utilizando-se monofilamento.



VAMOS SABER MAIS!

A técnica e outros exames podem ser verificados na Diretriz de Diabetes.

Organização do Serviço

Os profissionais de saúde precisam se organizar para avaliar as extremidades de todos os pacientes portadores de diabetes,

a fim de fazer diagnóstico precoce e evitar as complicações, principalmente as amputações. Leia o consenso internacional de Pé Diabético.

4.2.4 Neuropatia Diabética

Distúrbio neurológico de instalação precoce, com alta prevalência (50% dos diabéticos), que leva à alta morbidade com piora significativa da qualidade de vida dos pacientes. Para evitar ou retardar sua progressão, é necessário bom controle glicêmico. A lesão neurológica envolve o sistema nervoso periférico nos seus componentes sensório-motor e autonômico, com clínica variável, concordante com as hipóteses patogênicas de natureza metabólica e/ou microvascular. Pode apresentar-se sob duas formas:

- polineuropatia sensório-motora simétrica;
- neuropatia autonômica (cardiovascular, respiratória, digestiva e geniturinária).

Com menor frequência, é mais localizada:

- mononeuropatia focal- tibial, mediano, e em pares cranianos III,IV,VI e VII;
- neuropatia multifocal radicular (intercostal, toracoabdominal e lombar);
- neuropatia multifocal variada;
- plexopatia ou amiotrofia.

Todo paciente com diabetes precisa ser submetido a:

- teste de sensibilidade - dolorosa (palito ou agulha), tátil (algodão ou monofilamento), térmica (quente/ frio) e vibratória (diapasão de 128Hz)
- pesquisa de reflexos tendinosos - aquileu, patelar e tricipital.
- medidas de pressão arterial - deitado e em pé; queda da pressão sistólica superior a 20mmhg um minuto após ficar em posição ortostática.

- frequência cardíaca - sugestiva de disautonomia cardiovascular quando o valor estiver acima de 100bpm.

Os sintomas são: dormência ou queimação em membros inferiores, pontadas, choques, agulhadas nas pernas e pés, queixas de diminuição tátil, térmica ou dolorosa. A ausência de sinais de parestesia não exclui a neuropatia, pois alguns pacientes evoluem direto para perda total de sensibilidade.

Tratamento

- Controle adequado da glicemia; é essencial;
- Medicamentoso - voltado ao controle da dor neuropática:
 - acupuntura;
 - Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina (25 a 150mg), imipramina (25 a 150mg) e nortriptilina (10 a 15 mg) - via oral;
 - Anticonvulsivantes - carbamazepina (200 a 800mg) e gabapentina (900a 1800mg)- via oral;
 - neuroléptico- flufenazina (1 a 6mg), via oral.
 - capsacaína (0,075%) em creme - uso tópico;
 - mexiletina (300 a 400mg), via oral;
 - clonidina (0,1 a 0,3 mg), via oral;
 - duloxetina 90 a 120mg), via oral.



VAMOS REFLETIR!

Como está a prevalência de pacientes diabéticos em sua área?

Ocorrem internações por complicações de diabetes?

Como está o controle glicêmico de seus pacientes?

Que ações você tem desenvolvido para atender integralmente estes pacientes para minimizar as complicações advindas da diabetes?

Pare e avalie o seu serviço!

4.3 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC

A DPOC é definida como enfermidade respiratória³ caracterizada por obstrução crônica do fluxo aéreo, de caráter progressivo, associada à resposta inflamatória anormal dos pulmões, geralmente desencadeada pelo tabagismo. A taxa de mortalidade na década de 1990 foi de 19,04/100mil hab. Em 2003, foi a 5ª causa de internação no sistema público de saúde.

FATORES DE RISCO	
Ambientais	Individuais
Tabagismo	Deficiência de alfa-1 - antitripsina
Poeira Ocupacional	Deficiência de glutatona transferase
Irritantes químicos	Alfa-1- antiqumiotripsina
Fumaça de lenha	Hiperresponsividade brônquica
Infecções respiratórias graves na infância	Desnutrição
Condição socioeconomica.	Prematuridade

Diagnóstico

O sintoma mais frequente é a tosse, podendo ser produtiva em 50% dos tabagistas, diária ou intermitente. A dispneia é o principal sintoma, associado à incapacidade e piora de caráter progressivo do prognóstico. A associação com tabagismo é inquestionável, sendo que 15 % dos fumantes irão desenvolver DPOC.

A avaliação da intensidade da dispneia é um indicador do prognóstico do paciente; para isto, a diretriz recomenda a adoção do índice de dispneia do Medical Research Council- MRC, apresentado abaixo:

3 II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC-2004. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Vol.30, supl. 5.2004. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_124_40_DPOC_COMPLETO_FINALimpresso.pdf. acesso em junho 2011.

Índice de Dispneia Modificado⁴

0 - Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso;

1 - Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira;

2 - Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade;

3 - Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano;

4 - Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

Espirometria

Frente a caso caracterizado por exposição a tabaco, deve ser realizada a espirometria em paciente com suspeita de DPOC. Este exame tem que ser feito antes e após uso de broncodilatadores, a fim de verificar o VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) e a relação VEF1/ CVF. A limitação ao fluxo aéreo é determinada pela presença VEF1/CVF abaixo de 0,70 após uso de broncodilatador.

Tabela 6 - Estadiamento da DPOC com base na espirometria

Estadiamento da DPOC com base na espirometria	
Estádio	Espirometria VEF/CVF pós-BD
Estádio 1 - Doença Leve	VEF < 70% Normal
Estádio 2 - Doença Moderada	< 70% ≥ 50% < 80%
Estádio 3 - Doença Grave	< 70% ≥ 30% < 50%
Estádio 4 - Doença Muito Grave	< 70% < 30%

4 (Modificado de: Ferrer M, Alonso J, Morera J, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and health-related quality of life. Ann Intern Med 1997;127:1072-9)

Exame Radiológico

O rx simples de pulmão deve ser realizado para excluir outras patologias, entre elas a neoplasia de pulmão, além de identificar bolhas. A tomografia de tórax deve ser indicada em casos suspeitos de bronquiectasias ou bolhas pulmonares.

Eletrocardiograma

Indicado quando houver suspeita de hipertensão e cor pulmonale.

Diagnóstico diferencial

- **Asma** - doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar. Leia a IV Diretriz Brasileira para Manejo da Asma.
- **Bronquiectasias** - cursa com dispneia, tosse e secreção copiosa; em fase avançada, ocorre hipoxemia e cor pulmonale. O diagnóstico é confirmado com tomografia computadorizada de tórax.
- **Tuberculose Pulmonar** - deve ser afastada através de pesquisa de BAAR (Bacilo Álcool Ácido Resistente) e radiografia de tórax, devido à alta prevalência. Para conhecer tuberculose, leia: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2010.
- **Insuficiência Cardíaca Congestiva** - Síndrome definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender às necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou somente com elevadas pressões de enchimento (III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, 2009).

Classificação da DPOC

- Estádio 1: Doença Leve - nesta fase se encontra a maioria dos pacientes, não necessitando de avaliação com pneumologista.
- Estádio 2: Doença Moderada - há redução da capacidade física e o paciente percebe a dispneia, mas a atribui ao envelhecimento ou falta de preparo físico. O paciente deve ser encaminhado ao especialista se não houver resposta ao tratamento ou dúvida no diagnóstico.
- Estádio 3: Doença Grave - pacientes com hipoxemia intensa, mas sem hipercapnia, independente do valor de VEF1; pacientes estáveis com dispneia grau 2 ou 3; pacientes com sintomas respiratórios frequentes e repercussões sistêmicas. Neste estágio todos os pacientes devem ser acompanhados por especialista devido à gravidade do quadro
- Estádio 4- Doença Muito Grave - pacientes com hipercapnia ou sinais de insuficiência cardíaca direita, ou pacientes com dispneia grau 4. Devem ser acompanhados por especialista.

Exacerbação

Os fatores de agravação do quadro respiratório podem ser por fatores pulmonares ou extrapulmonares.

Fatores pulmonares: infecção respiratória, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, agravação da doença de base.

Fatores Extrapulmonares: alterações cardíacas, tais como infarto, arritmia, descompensação cardíaca, além do uso de sedativos ou outras drogas.

A infecção respiratória é a principal causa da exacerbação; na maioria dos casos ocorre somente mudança da coloração da secreção, que passa de mucoide a purulenta, com aumento do volume expectorado e agravação da dispneia. Atenção! Não

costuma ocorrer febre, leucocitose e alterações na radiografia de tórax.

Agentes etiológicos: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e os vírus respiratórios.

Deve-se suspeitar de tromboembolismo pulmonar quando houver descompensação aguda da DPOC, sem causa evidente ou que não responda à terapêutica instituída, e suspeitar de pneumotórax quando ocorrer deterioração grave e rápida.

A terapêutica depende da gravidade do quadro.

Objetivos do tratamento:

- Tratar a infecção, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, isquemia cardíaca, arritmia e insuficiência cardíaca congestiva;
- Melhorar a oxigenação do paciente;
- Diminuir a resistência de vias aéreas - broncodilatadores, corticoides e fisioterapia respiratória;
- Melhorar a função da musculatura respiratória.

Conduta na exacerbação:

- sem necessidade de internação:
 - Antibiótico: quando houver aumento da expectoração, aumento da intensidade de dispneia e mudança do aspecto da expectoração para purulento;
 - Broncodilatador inalatório: iniciar ou aumentar a frequência de beta-2 agonista de curta duração ou brometo de ipatrotópio;
 - Corticoide: prednisona ou equivalente por via oral;
 - Oxigênio: titular a oferta de O² para manter SpO² entre 90 e 92%.

- com necessidade de indicar internação:
 - Insuficiência respiratória aguda grave - aumento da dispneia, distúrbios de conduta ou hipersonolência, incapacidade para deambular, dormir ou comer;
 - Hipoxemia refratária, hipercapnia com acidose;
 - Complicações como embolia pulmonar, pneumonia, pneumotórax;
 - Descompensação cardíaca ou de outra condição crônica associada, como diabetes;
 - Impossibilidade de realizar tratamento ambulatorial.

Quadro 2

Classificação da doença pulmonar obstrutiva crônica com os patógenos causadores das exacerbações e tratamento antibiótico ambulatorio recomendado

Grupo	Patógenos mais freqüentes (Evidência B)	Tratamento recomendado (Evidência C)
I. DPOC com VEF ₁ > 50% e sem fatores de risco	<i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i>	β-lactâmico + inibidor de β-lactamase ¹ Cefuroxima Azitromicina/claritromicina
II. DPOC com VEF ₁ > 50% e com fatores de risco ²	<i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> SPRP	Os anteriores mais Moxifloxacino/gatifloxacina/levofloxacina Telitromicina
III. DPOC com VEF ₁ entre 35 - 50%	<i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> SPRP Gram - entéricos	Moxifloxacino/gatifloxacina/levofloxacina Telitromicina β-lactâmico + inibidor de β-lactamase ¹
IV DPOC com VEF ₁ < 35%	<i>H. influenzae</i> SPRP Gram - entéricos <i>P. aeruginosa</i>	Moxifloxacino/gatifloxacina/levofloxacina Ciprofloxacina se se suspeita de <i>Pseudomonas</i> β-lactâmico + inibidor de β-lactamase ¹ (se há alergia às quinolonas) ³

SPRP = *S. pneumoniae* resistente a penicilina.

1. Amoxicilina-clavulanato, amoxicilina-sulbactam e ampicilina-sulbactam.

2. Os fatores de risco são detalhados nos quadros 10 e 11.

3. Em certas ocasiões pode ser necessário o tratamento endovenoso em pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por Gram-negativos, incluídas *Pseudomonas*. Neste caso pode-se administrar piperacilina-tazobactam ou imipenem ou cefepima.

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC-2004.

DPOC estável

Devem-se utilizar broncodilatadores, preferencialmente por via inalatória, não existindo consenso quanto ao tipo para iniciar o tratamento da DPOC. Recomenda-se apenas que as Xantinas sejam utilizadas como último recurso terapêutico. Verifique no quadro abaixo os broncodilatadores disponíveis no mercado.

Tabela 6 - Principais apresentações de brincodilatadores disponíveis no mercado

Droga	Dispositivo inalatório (mcg) e Solução para nebulização (mg/ml)	Oral	Injetável	Duração de ação (h)
<i>β₂ agonistas</i>				
<i>Curta ação</i>				
Fenoterol	100 - 200 (N)	5	2,5 mg (C) 0,25 - 0,5 mg/ml (L)	4 - 6
Salbutamol	100 (N)	5	2, 4 mg (C) 0,4 mg/ml (L)	4 - 6
Terbutalino	500 (Pó)	10	2,5 mg (C) 0,3 mg/ml (L)	4 - 6
<i>Longa ação</i>				
Formoterol	6 - 12 (N e pó)			12+
Salmeterol	25 - 50 (N e pó)			12+
<i>Anticolinérgicos</i>				
<i>Curta ação</i>				
Brometo de ipratrópio	20 (N)	0,25		6 - 8
<i>Longa ação</i>				
Brometo de tiotrópio	18 (Pó)			24+
<i>Associação β₂ agonista + anticolinérgico</i>				
Fenoterol / Ipratrópio	100/40 (N)			6 - 8
Salbutamol / Ipratrópio	100/40 (N)			6 - 8
<i>Metilxantinas</i>				
Aminofilina			100 - 200 mg (C) gotas e solução	24 mg/ml 4 - 6
Teofilina (AP)			100, 200, 300 mg (C)	12
Bamifilina (AP)			300 e 600 mg (C)	12
<i>Associação β₂ agonista + corticoide inalatório</i>				
Formoterol / budesonida	6/100, 200 (Pó) 12/200, 400 (Pó)			
Salmeterol / fluticasona	50/100, 250, 500 (Pó) 25/50, 125, 250 (N)			

AP = ação programada; C = comprimido; G = gotas; N = nebulizador dosimetrado; L= líquido

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC-2004.

Quadro 3 - Orientações de terapia segundo os estádios da DPOC

Estádios	Drogas
I	β_2 -agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário
II	Reabilitação pulmonar <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas eventuais: β_2- agonista de curta duração e/ou ipratrópio, quando necessário • Sintomas persistentes: β_2-agonista de longa duração e/ou tiotrópio
III	Reabilitação Pulmonar β_2 -agonista de longa duração e tiotrópio Acrescentar xantina de longa duração, se persistirem sintomas Corticóide inalatório se exacerbações freqüentes (≥ 2 exacerbações ao ano)
IV	Reabilitação Pulmonar β_2 -agonista de longa duração e tiotrópio Acrescentar xantina de longa duração, se persistirem sintomas Corticóide inalatório se exacerbações freqüentes (≥ 2 exacerbações ao ano) Oxigenoterapia Estudar indicações cirúrgicas para o tratamento do enfisema (cirurgia redutora de volume pulmonar, bulectomia ou transplante pulmonar)

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC-2004.

Para finalizar, sempre é importante lembrar a associação do tabagismo com DPOC. Cabe a você orientar sua população quanto à importância da cessação do hábito do tabagismo. Verifique em sua área a prevalência de indivíduos que fazem uso de tabaco e organize o serviço no sentido de estimular e dar suporte aos pacientes que manifestem o desejo de cessar o hábito.

Para sua orientação, leia o manual do Ministério da Saúde para abordagem e manejo de pacientes. Na diretriz de DPOC, você encontra orientações para o manejo dos pacientes tabaco-dependentes. O material está disponível em sua biblioteca.

5.1 Tuberculose Pulmonar

O Brasil apresenta uma incidência de 38/100mil hab. de tuberculose, ocupando a 19ª posição em relação ao número de casos. Em 2008, a tuberculose foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte em pacientes com AIDS (BRASIL, 2010). Em Mato Grosso do Sul (2007), a incidência de tuberculose em todas as formas foi de 36 casos por 100mil hab., e de 19 por 100mil hab. para os casos bacilíferos (BRASIL, 2009). A taxa de cura foi de 70%, inferior à meta de 85%. Houve 8% de abandono e 4% de óbitos.

As metas globais estabelecem a redução, até 2015, da incidência para 25,9/100mil hab. Espera-se que até 2050 a incidência global seja menor que 1/100mil hab. por ano.

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*. A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos, e a via de contaminação é a respiratória. No Brasil, a infecção costuma ocorrer na infância.

Formas clínicas

Qualquer órgão pode ser atingido pela tuberculose; geralmente ocorre em pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos. Somente 10% das pessoas infectadas desenvolvem a doença, sendo que mais da metade nos dois primeiros anos após a infecção.

Busca ativa

Na Atenção Primária à Saúde, é importante a busca ativa de novos casos de tuberculose; para isto você e sua equipe precisam fazer um rastreamento nos seguintes casos:

- Sintomático respiratório: indivíduo com tosse há mais de 3 semanas, produtiva ou não;
- Indivíduos com sintomatologia sugestiva de tuberculose;
- Indivíduos com história prévia de tuberculose;
- Contactantes de pacientes com tuberculose.

Populações de risco:

- Privadas da liberdade, asiladas, em instituições psiquiátricas, albergadas:
- Pacientes com doenças debilitantes- entre elas, diabetes e neoplasia;
- Imunodeprimidos- por uso de medicamentos ou por infecções, como HIV;
- Usuários de drogas;
- Trabalhadores da área da Saúde.

Rastreamento

O parâmetro nacional recomendado como meta é de 1% da população, ou 5% das consultas de primeira vez de indivíduos maiores de 15 anos, no serviço de saúde, lembrando que, para cada 100 sintomáticos respiratórios, espera-se encontrar em média 3 a 4 doentes bacilíferos.

Sintomas

Tuberculose Pulmonar- os sintomas clássicos são: tosse persistente, produtiva ou não (eventualmente com sangue), febre vespertina, inapetência.

Tuberculose Miliar- ocorre em 1% dos pacientes HIV soronegativos e em 10% dos pacientes HIV soropositivos. Os sintomas são febre, astenia e emagrecimento, associados à tosse em 80% dos casos. Ocorre hepatomegalia em 35% dos casos, alterações do sistema nervoso central (30% dos casos) e alterações cutâneas do tipo eritemato-máculo-papulo-vesiculosas.

Tuberculose Extrapulmonar - os sintomas estarão na dependência do órgão afetado.

Tuberculose Pleural- ocorre mais em jovens, cursando com dor torácica do tipo pleurítica, provocando astenia, emagrecimento e anorexia em 70% dos pacientes, e tosse seca em 60%. O diagnóstico se obtém por cultura e exame histopatológico de pleura.

Empiema pleural tuberculoso

Tuberculose ganglionar periférica- forma mais frequente de TB extrapulmonar em pacientes HIV soropositivos e crianças; em adultos é mais comum abaixo dos 40 anos. Apresenta aumento subagudo, indolor e assimétrico das cadeias ganglionares cervical anterior e posterior, além de supraclavicular. Os gânglios podem evoluir para fistulização. O diagnóstico é realizado através de punção por agulha ou biópsia ganglionar, para realização de exames bacteriológicos e histopatológicos.

TB meningoencefálica- responsável por 3% dos casos de TB em paciente HIV soronegativos e 10% dos casos HIV soropositivos. Nas formas subagudas, cursa com cefaleia, irritabilidade, alteração do comportamento, sonolência, anorexia, dor abdominal, associadas à febre, fotofobia, vômitos e rigidez de nuca por tempo superior a duas semanas. Pode haver envolvimento de pares cranianos II, III, IV, VI e VII, bem como sinais de hipertensão craniana. Na forma crônica, o paciente apresenta cefaleia por várias semanas, com surgimento de envolvimento de pares cranianos. A doença pulmonar ocorre em 59% dos casos concomitantemente.

TB óssea- mais comum em crianças e, em adultos, ocorre entre as 4ª e 5ª décadas de vida. Atinge mais a coluna vertebral e as articulações coxofemural e joelho. A TB de coluna- Mal de Pott - é responsável por 1% dos casos de TB óssea.

Diagnóstico

Através da baciloscopia direta no escarro. Este exame permite detectar de 70 a 80% dos casos de TB pulmonar.

Solicitar sempre o exame em pacientes com queixas respiratórias, pacientes com alterações radiográficas sugestivas de tuberculose e contactantes de casos de tuberculose com queixas respiratórias.

É importante lembrar que o LACEN adotou o protocolo de realizar cultura de escarro para afastar a possibilidade de infecções por outras mycobactérias. Recomenda-se a coleta do escarro após o atendimento do indivíduo na unidade de saúde. E a segunda amostra na manhã do dia seguinte.

Telerradiografia de Tórax

Realizar em casos suspeitos. A radiografia de tórax permite a identificação de indivíduos com imagens sugestivas de tuberculose, além de permitir a exclusão de outras patologias.

Classificação do RX de tórax:

- Normal- sem imagens patológicas;
- Suspeito- com imagens sugestivas de tuberculose;
- Sequela- tem imagens sugestivas de lesões cicatriciais;
- Outras doenças- imagens sugestivas de pneumopatias não tuberculosas.

Prova Tuberculínica- PPD

Sendo reator, é indicativo de presença de infecção, não de doença. A classificação do PPD, segundo o Manual de Controle de Tuberculose, 2010, em reator forte, fraco e não reator, não é mais recomendada devido aos erros de interpretação, à variabilidade dos valores de corte na população estudada e risco de adoecimento.



VAMOS SABER MAIS!

Atenção!

Falso negativo - causas técnicas: quando o teste for realizado com tuberculina mal conservada, aplicação profunda ou com quantidade insuficiente, administração tardia em relação à aspiração da tuberculina e leitor inexperiente; causas biológicas: tuberculose grave ou disseminada, outras doenças agudas virais, indivíduos imunodeprimidos, quer seja por doenças, ou por uso de quimioterápicos, corticoides. Vacinação com vírus vivo. Neoplasias, desnutrição, diabetes mellitus, insuficiência renal, gravidez, idosos >65 anos, crianças menores de 3 meses, linfgranulomatose benigna ou maligna, desidratação acentuada.

Falso positivo- em indivíduos que foram vacinados ou revacinados após o primeiro ano de vida, ou em indivíduos infectados por outras mycobactérias.

Sorologia para HIV

Todo paciente com diagnóstico positivo para tuberculose deve fazer a sorologia para detecção de HIV.

Definição de Caso de Tuberculose

Tuberculose Pulmonar Positiva- pacientes com duas baciloscopias diretas positivas, ou uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva, ou uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose, ou duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva.

Paciente com Tuberculose Pulmonar Negativa- todo paciente com duas baciloscopias negativas, porém com clínica sugestiva de tuberculose e imagem radiológica sugestiva.

Tratamento

Princípios do Tratamento: a tuberculose é tratável em 100% dos casos, desde que a terapêutica correta seja administrada e seguida pelo paciente. É fundamental o tratamento dos bacilíferos para interromper a cadeia de transmissão. O paciente submetido à terapêutica deixa de ser bacilífero após 15 dias do início do tratamento.

O esquema terapêutico obedece a três regras: atividade bactericida precoce, capacidade de prevenir a emergência de bacilos resistentes e ter atividade esterilizante. Para saber mais, conheça o Manual de Recomendações de Controle de Tuberculose. Vá até a biblioteca do módulo.

Esse esquema terapêutico sofreu acréscimo de uma droga, o etambutol, em decorrência de dados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos Antituberculose, que mostraram o aumento da resistência primária à isoniazida. O etambutol foi introduzido na fase intensiva do tratamento - 2 meses.

Quadro 4 - Esquemas Preconizados segundo situação de tratamento do paciente e unidades de atendimento

Situação	Esquema Indicado	Local de Realização
Caso Novo	Esquema Básico	Atenção Básica
Com tratamento anterior: Recidiva após cura (RC) Retorno após abandono (RA)	Esquema Básico até o resultado da cultura e TS	Atenção Básica ↓ Referência terciária (dependendo do resultado do TS)
Tratamentos especiais: hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/Aids, uso de imonossupressores.	Esquemas Especiais	Referência Secundária
Tuberculose meningoencefálica	Esquema para Meningoencefalite	Hospitais inicialmente
Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento antiTB	Esquema Especial para mono/poli e multirresistência	Referência terciária

Fonte: Manual de recomendações para controle de tuberculose. Brasil. 2010.

Apresentação farmacológica - comprimidos combinados dos quatro medicamentos (RHZE) - R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg. Para tratamento de crianças abaixo de 10 anos, permanece o Esquema RHZ.

Deixou de existir o Esquema I reforçado e o Esquema III. Deve ser solicitada a cultura e teste de sensibilidade nos casos de retratamento e, até sair o resultado dos exames, iniciar o esquema básico.

A medicação é de uso diário e em dose administrada em uma tomada em:

- Caso novo: pacientes nunca submetidos ao tratamento ou o fizeram por até 30 dias.
- Caso de retratamento ou com tratamento anterior: pessoa já tratada para TB, por período maior que 30 dias, que necessitem de novo tratamento por recidiva após cura, ou retorno após abandono do tratamento.
- Caso de falência - quando houver persistência da positividade do escarro até o final do tratamento, ou em pacientes fortemente positivos (++ou +++), mantendo a mesma situação até o quarto mês de tratamento, ou em pacientes com positividade inicial seguida de negatividade e posterior positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento.

Conheça a seguir o novo esquema de tratamento.

Quadro 5 - Esquema básico para tratamento de Tuberculose em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100	20 a 35 kg	1 comp ou caps 300/200mg	4
		36 a 50 kg	1 compr ou caps 300/200 mg + 1 comp ou caps 150/100 mg	
		> 50 kg	2 comp ou caps 300/200mg	

Fonte: Manual de recomendações para controle de tuberculose. Brasil. 2010.



VAMOS SABER MAIS!

Verifique os outros esquemas de tratamento no manual.

Reações adversas

É importante informar ao paciente que poderão existir efeitos adversos com o uso da medicação, nem sempre sendo necessária a interrupção do tratamento. Esses efeitos adversos podem ser classificados como menores e maiores; quando esta última condição ocorrer, o tratamento será suspenso e o paciente deve ser seguido em serviço de referência para tuberculose.

O paciente deve ser orientado a retornar ao serviço de saúde. Deve-se fazer monitoramento laboratorial com

hemograma, avaliação de função renal e hepática. Conheça os efeitos e seu manejo.

Quadro 6 - Efeitos adversos menores ao tratamento antituberculose

Efeito adverso	Provável (eis) fármaco (s) responsável(eis)	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Reformular o horário da administração da medicação (2h após o café da manhã ou junto com o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prurido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum) Etambutol (incomum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50 mg/dia
Hiperurecemia sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol e colchicina, se necessário
Cefaleia, ansiedade, euforia, insônia	Isoniazida	Orientar

Fonte: Manual de recomendações para controle de tuberculose. Brasil. 2010.

Quadro 7 - Efeitos adversos maiores ao tratamento antituberculose

Efeito adverso	Provável (eis) fármaco (s) responsável(eis)	Conduta
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol Estreptomicina	Suspender o tratamento; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro; substituir o esquema nos casos reincidentes ou graves, por esquemas especiais sem a medicação causadora do efeito
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Suspender a Isoniazida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o Etambutol e reiniciar esquema especial sem a referida medicação É dose-dependente, e quando detectada precocemente, reversíveis. Raramente desenvolve toxicidade ocular durante os dois primeiros meses com as doses recomendadas.
Hepatotoxicidade	Pirazinamida Isoniazida Rifampicina	Suspender o tratamento; aguardar a melhora dos sintomas e redução dos valores das enzimas hepáticas; reintroduzir um a um após avaliação da função hepática; considerar a continuidade do EB ou EE substituto conforme o caso (ver quadro X).
Hipoacusia Vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender a Estreptomicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender a Rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender a Rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a Pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação

Fonte: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC-2004.

Seguimento dos pacientes

- Fazer baciloscopia de controle no 2º, 4º e 6º meses, dentro do esquema básico. Ao final do segundo mês, estando positiva a baciloscopia, deve-se solicitar a cultura do escarro.
- Realizar avaliação clínica mensalmente para verificar o estado de saúde do paciente, a recuperação de peso e a ocorrência de possíveis efeitos adversos.
- Pacientes bacilíferos deverão ter duas baciloscopias negativas para comprovar a cura.



VAMOS REFLETIR!

Como está a busca de sintomáticos respiratórios em sua área? Qual a incidência de tuberculose pulmonar? Qual é a taxa de internação por tuberculose? E a taxa de mortalidade? Procure sempre analisar esses dados e avaliar a sua atuação e a da equipe em relação a este indicador de saúde.

5.2 Dengue

Doença febril aguda, caracterizada por febre geralmente elevada, associada à cefaleia, adinamia, mialgia, artralgia, dor retro-orbitária, com ou sem exantema e/ou prurido. Náuseas, vômitos e diarreia podem ocorrer por 2 a 6 dias. Pode haver também manifestações hemorrágicas, assim como a plaquetopenia. Alguns pacientes podem evoluir para formas graves da doença, principalmente ao CESSAR a FEBRE, quando podem surgir vômitos, dores abdominais intensas, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, letargia, derrames cavitários. Em geral esses sintomas precedem as manifestações hemorrágicas e os sinais de insuficiência circulatória.



VAMOS SABER MAIS!

Atenção! Os sintomas ocorrem pelo extravasamento plasmático, que se expressa através da hemoconcentração, hipoalbuminemia e derrames cavitários.

Definição de caso suspeito de dengue - febre, seguida por mais dois sintomas.

Diagnóstico diferencial - influenza, enterovirose, doenças exantemáticas, hepatites virais, abdome agudo, hantavirose, arboviroses, entre outras.

Tratamento - sintomático e hidratação.

Veja o quadro abaixo:

Grupo	Caracterização	Conduta
A	Paciente com prova do laço negativa e ausência de manifestações hemorrágicas. Ausência de sinais de alarme	Hidratação oral Antitérmicos e analgésicos
B	Prova do laço positiva ou manifestação hemorrágica espontânea Ausência de sinais de alarme Se hemograma normal	Hidratação oral Antitérmicos e analgésicos
	Se hematócrito aumentado em até 10% do valor basal ou, na ausência desse, com as seguintes faixas de valores: Crianças: $\geq 38\%$ e $\leq 42\%$; Mulheres: $\geq 40\%$ e $\leq 44\%$; Homens: $\geq 45\%$ e $\leq 50\%$ e/ou plaquetopenia entre 50 e 100.000 cels/mm ³ e/ou leucopenia < 1.000 cels/mm ³	Tratamento ambulatorial com hidratação oral vigorosa Antitérmicos e analgésicos
	Se hematócrito aumentado acima de 10% do valor basal ou na ausência desse, com os seguintes valores: Crianças: $> 42\%$; Mulheres: $> 44\%$; Homens: $> 50\%$ e/ou plaquetopenia < 50.000 cels/mm ³	Hidratação oral supervisionada ou parenteral Antitérmicos e analgésicos Reavaliação clínica e de hematócrito após hidratação
C	Presença de algum sinal de alarme Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes	Hidratação venosa rápida em unidade com capacidade para realizar hidratação venosa sob supervisão médica, por um período mínimo de 24h Exames inespecíficos obrigatórios:
D	Choque Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes	hemograma completo, tipagem sanguínea, dosagem de albumina sérica, radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurrell), outros exames conforme necessidade: glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, transaminases, gasometria, ultrasonografia de abdome e de tórax

Fonte: Doenças infecciosas e parasitárias- Guia de bolso. 2010

Educação em Saúde

Para minimizar a ocorrência de casos de dengue, é necessário o trabalho do poder público e da coletividade. Não há como combater os focos de mosquito se não houver colaboração dos indivíduos. Cabe ao poder público traçar estratégias para evitar as epidemias e dar suporte físico e estrutural para manter o combate ao vetor. E você, profissional de saúde, também precisa ajudar na sensibilização da população visando ao controle dos focos. Somente o trabalho com participação popular será efetivo para controlar a dengue, cuja vacina está em fase de avaliação.

Embora o Ministério da Saúde tenha criado grupos técnicos para implantar a imunização contra dengue no país, o combate aos focos de mosquito deverá prosseguir. Temos que pensar em outras arboviroses. Para saber mais sobre a dengue, leia o material referente ao tema na biblioteca.



VAMOS REFLETIR!

Quais ações você e sua equipe têm realizado para controle de dengue em sua área?

Você teve internações por dengue hemorrágica em sua área no último ano?

Você utiliza o site da SES para verificação do boletim epidemiológico de dengue?



VAMOS SABER MAIS!

Consulte o site www.saude.ms.gov.br, verifique a situação da dengue em seu município e, a partir desses dados, estabeleça o plano de ação para controle desta patologia em sua área de abrangência.

Caro colega, você deve se atualizar com a frequência que julgar necessária e de acordo com a evolução do conhecimento.

Na biblioteca virtual do curso você encontrará o Caderno de Atenção Primária nominado por Atenção À Demanda Espontanea, nele estão descritas as patologias mais frequentes na atenção primária. Utilize este material.

REFERÊNCIAS

II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC, 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Volume 30, suplemento 5. 2004.

ALPER, B. S. et al. **Oral contraceptives**. Ipswich. Dynamed. 07/2007.

ALPER, B. S. et al. **Injectable contraceptives**. Ipswich. Dynamed. 07/2007.

ALPER, B. S. et al. **Intrauterine device**. Ipswich. Dynamed. 07/2007.

ALPER, B. S. et al. **Implantable contraceptives devices**. Ipswich. Dynamed. 07/2007.

BARTLE, S. E. The degree of similarity of differentiation of self between partners in married and dating couples - preliminary evidence. *Contemporary family therapy*, v. 15, n. 6, p. 467-484, 1993.

BARREIRO, A. O. G.; WAGNER, H. L. **Critério de indicação de esterilização masculina e feminina pelo médico de família e comunidade**. Curitiba. Diretrizes da SBMFC. 2006. <http://www.sbmfc.org.br/biblioteca/diretrizes/20d47c62-19dc-4e18-95b9-c912db2b9a55.aspx>

BRASIL- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica- Caderno de Atenção Básica- Diabetes. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. VIGILÂNCIA EM SAÚDE Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica - n.º 21 Brasília - DF 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília, DF. 2010-b.

BRASIL- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2010.

BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq. Bras. Cardiol. 2009;93(1 supl.1):1-71.

BOZA JIMENEZ, E. J. **Planejamento familiar**. Curitiba. SMS Curitiba. 2005.

COOK, L.; NANDA, K.; GRIMES, D. **Diaphragm versus diafragm with spermicides for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 12/2002.

CAETANO, J. P. J.; COTA, A. M. M.; LAMAITA, R. M. **Idade e reprodução**. In: PROAGO. Vol. 6 - Mod. 4, Porto Alegre: Artmed. 2010.

CARTER, Betty, *et al.* **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHRISTIE-SEELY, J. *et al.* **Working with families in primary care**. Oxford, 1984.

DEACON, S. A. Intercountry adoption and the family life cycle. **American journal of family therapy**, v. 25, n. 3, p. 245-260, 1997.

DRAPER, B. H. et al. Depot medroxyprogesterone versus norethisterone oenanthate for long-acting progestogenic contraception. Oxford. Cochrane Colaboration, 05/2006.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Sociedade Brasileira de Diabetes. 3ª ed. - Itapevi, São Paulo.

FORMAN, P. D. *et al.* **Contraceptive patch and vaginal rings**. Seward. Dynamed. 07/2007.

FRAMO, J. L. The family-life cycle - impressions. **Contemporary family therapy**, v. 16, n. 2, p. 87-117, 1994.

FREIRE, P.; MYLES, H. **O caminho se faz caminhando**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GALLO, M. F. *et al.* **Non latex versus latex male condoms for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 11/2005.

GALLO, M. F.; GRIMES, D. A. SCHULZ, K. F. **Cervical cap versus diaphragm for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 06/2006.

GALLO, M. F. *et al.* **Combination injectable contraceptives for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 03/2005.

GANNON, L. *et al.* **Emergency contraception**. Hardwick. Dynamed. 07/2007.

GELLERSTEDT, M. E., LEROUX, P. Beyond anticipatory guidance-parenting and the family-life cycle. **Pediatric clinics of North America**, v. 42, n. 1, p. 65-78, 1995.

GRASSANO, S. *et al.* **Abordagem sistêmico integrativa**. Curitiba: CD-ROM, 1996.

GRIMES, D. *et al.* **Spermicide used alone for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 06/2005.

GUZZELLI, C. A. F e BARBIERI, M. **Cr terios de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais**. In: PROAGO. Vol. 5 - Mod. 4, Porto Alegre: Artmed, 2009.

HAAM, V. *et al.* **Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 05/2006.

HAAM, V. *et al.* **Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 05/2006.

HAAM, V. *et al.* **Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 05/2006.

HALPERN, V. *et al.* **Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 10/2005.

HAMIL, S. B., GOLDBERG, W. A. Between adolescents and aging grandparents: midlife concerns of adults in the "sandwich generation". **Journal of Adult Development**, v. 4, n. 3, p. 135-147, 1997.

HANNAN, K. L., *et al.* **The lesbian family life cycle**. **Journal of marriage and the family**, v. 58, n. 3, p. 807-808, 1996.

HILLFER, J. E.; GRIFFTH, E.; JENNER, F. **Education for contraceptive use by womem after childbirth.** Oxford. Cochrane Colaboration. 03/2002.

HOFER, S. *et al.* The changing family-life cycle - a framework for family-therapy. **Schweizerische zeitschrift fur psychologie - Revue Suisse de psychologie**, v. 52, n. 3, p. 232-235, 1993.

Januchowski, R. *et al.* **Contraception overview.** Spartanburg. Dynamed. 08/2007.

JORDAN, J. R.; KRAUS, D. R.; WARE, E. S. Observations on loss and family development. **Family process**, v. 32, n. 4, p. 425-440, 1993.

KULIER, R. *et al.* Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception. Oxford. Cochrane Colaboration. 05/2006.

LAIRD, J. Family-centered practice in the postmodern era. **Families in society - the journal of contemporary human services**, v. 76, n. 3, p. 150-162, 1995.

LANTZ, J., AHERN, R. Meaning and the family-life cycle. **Journal of religion & health**, v. 33, n. 2, p. 163-172, 1994.

MAITRA, N. *et al.* Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. Oxford. Cochrane Colaboration. 04/2004.

MCDANIEL, S. H. *et al.* **Terapia familiar médica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MCGOLDRICK, M. **Ethnicity and family therapy.** New York: Guilford, 1982.

MINUCHIN, S. **Famílias - funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MOORE, A.; STAMBROOK, M.; PETERS, L. Centripetal and centrifugal family-life cycle factors in long-term outcome following traumatic brain injury. **Brain injury**, v. 7. n. 3, p. 247-255, 1993.

NEWBY, N. M. Chronic illness and the family life-cycle. **Journal of advanced nursing**, v. 23, n. 4, p. 786-791, 1996.

NUNES, J.M.M. **Comunicação em Contexto Clínico**. Lisboa, 2008. disponível em: http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/ensino_5ano/livro_comunicacao.pdf

O´BRIEN, P.A.; MARFLEET, C. **Frameless versus classical intrauterine device for contraception**. Oxford. Cochrane Colaboration. 11/2004.

PAPP, P. **Casais em perigo**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RIBEIRO MMF e AMARAL CFS- **Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008.

SCHWARZ, E. B.; BASCELLI, L. **Preconception counseling**. Pittsburgh: Dynamed. 06/2008.

SARAIVA J.F., Dutra R.A.- **Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 15, nº. 1, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., 2010; 95(1 supl.1): 1-51

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2010.

TALBOT, Y. R. **Family system medicine.** Toronto: Publicola Reg'd, 1991.

WAGNER, H. L. *et al.* **Abordagem familiar sistêmica.** Fazenda Rio Grande: Curso PSF, 1997.

WAGNER, H. L. **Planejamento familiar.** In: PROMEF. Vol. 3 - Mod. 2, Porto Alegre: Artmed, 2008.

WILSON, L. **Trabalhando com famílias - livro de trabalho para residentes.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 1996.

WIJDEN, C.; KLEIJNEN, J.; BERK, T. **Lactational amenorrhea for family planning.** Oxford. Cochrane Colaboration. 07/2003. World Health Organization. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** Reproductive Health and Reserach. 4ª ed. 2010.

CAPÍTULO 5

ATENÇÃO MÉDICA À SAÚDE DO IDOSO

A população de idosos vem aumentando progressivamente, até o ano de 2025, é provável que o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo, este fato gera ao serviço de saúde uma grande responsabilidade, que é a promoção de um envelhecimento saudável.

É importante que o serviço de saúde preste atenção integral a este segmento da população, principalmente, promovendo ações que ajudem a manter o idoso com boa capacidade funcional e controle das patologias instaladas.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, apresenta como diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, além da recuperação da saúde.

O profissional de saúde, principalmente o médico precisa ter competências para assistir integralmente sua população idosa. Para isto este capítulo pretende discutir as ações necessárias para manter a qualidade de vida deste segmento da população.

Seção 1 - ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE DO IDOSO

Para que possamos estabelecer e discutir estratégias eficazes, que realmente tenham impacto na saúde e na qualidade de vida dos idosos, é preciso que se compreenda o que significa envelhecer e quais as implicações do envelhecimento para o ser humano.

O envelhecimento é um processo caracterizado por transformações nos campos biológico, psicológico e social, associado à continuidade temporal e variável de acordo com características individuais, como estilo de vida, fatores ambientais e genéticos. Envelhecer implica uma diminuição da capacidade funcional, relacionada a um progressivo decréscimo do desempenho dos sistemas orgânicos.

Apesar de o envelhecimento ser um processo universal, ele teve repercussões variáveis nas diferentes fases de evolução da humanidade. Conhecer os marcos históricos que determinaram as ações desenvolvidas na atualidade é essencial para programarmos novas estratégias e corrigirmos discrepâncias na assistência de nossos idosos.

No período pré-histórico mais remoto, evidências arqueológicas mostram que, em aglomerados sedentários de humanos caçadores-coletores, a expectativa de vida era inferior a trinta anos, sendo que doenças, desnutrição e acidentes de caça ceifavam a vida dos indivíduos antes mesmo de iniciarem um decréscimo funcional significativo.

Com a escassez de alimentos, os humanos tornaram-se nômades, o que determinou uma necessidade de adaptação e organização maior para que eles pudessem enfrentar o desconhecido. Comunicar-se se tornou imperativo e, paralelamente ao desenvolvimento da fala, surgiram a arte e o poder de abstração, essenciais para uma identidade cultural.

Essa identidade precisava ser repassada às novas gerações, e os indivíduos que viviam mais tempo dentro dessas sociedades primitivas assumiam a responsabilidade de transmitir estas informações. Neste período apareceram os xamãs, que foram os arquitetos das primeiras religiões e da medicina.

Os xamãs assumiram funções religiosas e de curandeirismo que aumentaram seu status social progressivamente. Os indivíduos mais velhos passaram a ser respeitados e reverenciados, assumindo postos de liderança. Esse poder diminuiu após o advento da escrita, quando o acesso ao conhecimento não dependia mais exclusivamente da experiência e sabedoria dos mais velhos.

O início da Idade Média foi marcado por disputas territoriais, domínio da Igreja e falta de higiene, período em que o status social determinava a longevidade dos indivíduos. Os clérigos e os nobres viviam mais tempo e eram respeitados pela sociedade em função do poderio financeiro e religioso. A expectativa de vida dessa época havia subido para cerca de quarenta anos, mas, nas classes mais abastadas, alguns indivíduos chegavam aos sessenta ou setenta anos de idade, com o status de patriarca.

Com a Revolução Industrial, os hábitos de higiene foram melhorados, técnicas medicinais foram aperfeiçoadas e o homem passou a intervir melhor no ambiente, tendo como consequência o aumento da longevidade.

A sociedade foi se voltando cada vez mais para a produção e, no início do século XX, surgiram formas de organização como o taylorismo e o fordismo, que visavam à maximização das práticas produtivas e do lucro. O homem passou a ser tratado como mero instrumento do sistema, e os indivíduos que perdiam sua capacidade produtiva plena perdiam parte de sua identidade social.

No sobe e desce do status social dos idosos, esse período foi um dos mais críticos, com repercussões até o dia de hoje. Numa sociedade em que a produção é supervalorizada, indivíduos que não são considerados capazes de produzir são tratados como fardos.

Paradoxalmente, com os avanços tecnológicos acelerados neste período, a expectativa de vida foi se elevando e o número de idosos foi aumentando progressivamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, entre 1975 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes, chegando a mais de 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais. Em 2050, deveremos ter aproximadamente 14,2% de idosos no planeta (CHAIMOWICZ, 1997).

No final da década de 1970, em função das análises demográficas que identificavam o envelhecimento populacional, pesquisadores e profissionais da área da saúde e da assistência social iniciaram um movimento de valorização do idoso. Foi a partir de julho de 1982, com a realização da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena, organizada pela ONU, que as discussões passaram a render ações efetivas.

Como consequência da Assembleia, foi publicado em 1983 o Plano de Ação para o Envelhecimento, que estabeleceu princípios para a criação de políticas públicas para os idosos. O Brasil, como país signatário, incorporou o tema nas rodas políticas, o que resultou na inclusão de um capítulo na Constituição de 1988, que ressalta que o apoio ao idoso é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais têm o dever de assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, além de garantir o seu direito à vida.

Na área da saúde, foi aprovada, em 1994, a Lei nº 8.842, a Política Nacional do Idoso (PNI), trazendo um conjunto de ações governamentais que visavam garantir os direitos sociais dos idosos. Entre suas diretrizes, destacava-se a descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais.

Em setembro de 2003, foi aprovada a Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso, que enfatizou a conscientização dos direitos

dos idosos no que diz respeito a questões de saúde. Também regulamentou as medidas de proteção asseguradas aos indivíduos com 60 anos ou mais, estabelecendo penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos desta faixa etária.

Vale citar também a Portaria 399, de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em que a Saúde do Idoso é uma das seis prioridades pactuadas.

Ainda em 2006, foi relançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528), que tem a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com princípios e diretrizes do SUS.

Com o objetivo de operacionalizar a assistência ao idoso, foi publicado, ainda naquele ano, o Caderno de Atenção Básica nº. 19, com o título Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que destaca o caráter interdisciplinar do atendimento ao idoso, a humanização das ações, a acessibilidade aos serviços oferecidos e a promoção de hábitos saudáveis. Também trata da abrangência das UBS e ESF, que devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todos os idosos cadastrados, visando à manutenção e recuperação de sua capacidade funcional.

Entende-se por capacidade funcional a habilidade de o indivíduo realizar atividades imprescindíveis para a manutenção de suas necessidades básicas, como: caminhar, alimentar-se, manter hábitos de higiene, vestir-se, comunicar-se, manter a continência, tomar medicações conforme prescrição, controlar suas finanças e fazer compras coerentes com sua subsistência.

Um indivíduo pode envelhecer convivendo bem com as limitações impostas pelo tempo, mantendo sua capacidade funcional até idades avançadas. Em outras palavras, envelhecer não é sinônimo de adoecer. Antes do aparecimento de uma doença orgânica, o idoso apresenta sinais de alerta ou situações de risco que devem ser identificados com antecedência pelos profissionais da saúde, visando a uma intervenção precoce capaz de promover a melhoria de sua qualidade de vida.

Para que possamos definir melhor as prioridades, devemos classificar os idosos em dois grupos, considerando-se o grau de fragilização:

- idosos ativos ou independentes - aqueles que permanecem ativos dentro de seu ambiente familiar e social, mesmo que portadores de patologias; e
- idosos fragilizados - aqueles que não conseguem manter sua capacidade funcional, ou apresentam riscos que possam ser rastreados pelas equipes de saúde.

A fragilização do idoso pode ser identificada por situações consideradas de risco, independente do tipo de patologia ou do evento desencadeante. São elas:

- possuir 75 anos ou mais;
- morar sozinho;
- já estar recebendo algum tipo de cuidado;
- usar cinco ou mais medicamentos;
- ter uma ou mais internações no período de um ano;
- sofrer duas ou mais quedas no mesmo ano.

Após serem definidas as prioridades, as ações de promoção à saúde devem ser pactuadas, considerando fatores locais, socioculturais e econômicos. Podemos categorizar a atenção à saúde dos idosos em três diretrizes principais:

- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- manutenção e reabilitação da capacidade funcional;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Promover o envelhecimento ativo consiste em desenvolver atividades que objetivem melhorar a qualidade de vida do idoso, preservando sua autonomia, sua saúde física e mental. Incluem-se ainda orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos, atividades recreativas que estimulem o convívio social e atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes de hábitos, como o fumo e o consumo de bebidas alcoólicas, além de estratégias de acolhimento e seguimento que aumentem a adesão aos tratamentos propostos e diminuam a automedicação. Tais ações dependem de medidas simples e de parcerias com organizações não governamentais, escolas, igrejas e centros comunitários.

Para manutenção e reabilitação da capacidade funcional do idoso, é necessário, em primeiro lugar, capacitar as equipes de saúde para lidarem com aspectos peculiares da saúde dos idosos. Os profissionais devem saber identificar situações de fragilização e/ou de vulnerabilidade social, diagnosticar precocemente patologias comuns nesta faixa etária, como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e doenças demenciais, e avaliar o grau de comprometimento da capacidade funcional. Os gestores precisam garantir ainda uma estrutura para investigação diagnóstica, medicamentos e reabilitação.

Na atenção básica, independentemente das atribuições específicas dos profissionais no atendimento da pessoa idosa, todos devem ficar atentos a situações que potencialmente levem à perda de capacidade funcional. Para tanto, é necessário que exista uma boa comunicação entre os membros da equipe de saúde e que os instrumentos de registro das condições do indivíduo com idade avançada sejam corretamente preenchidos por todos. Para exemplificar, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que facilita a rápida visualização do estado de saúde do indivíduo e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou similares, que permitem o planejamento das ações de saúde.

Essa abordagem multidisciplinar permite que as equipes

de saúde avaliem o idoso como um todo. Para esta faixa etária específica, o conceito de doença única, segundo o qual uma só patologia definiria todo o quadro clínico do doente, não se aplica. Uma determinada patologia pode levar à falha de um sistema, que acaba levando à falha de outro. Por esse motivo, o idoso deve ser avaliado não apenas em função da sua queixa principal, mas levando-se em conta seu histórico pregresso, alimentação e nutrição, acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, sexualidade, vacinação, avaliação cognitiva, humor, mobilidade, quedas, suporte social e familiar, medicações, além da avaliação funcional.

Algumas peculiaridades têm impacto direto na qualidade de vida do idoso e devem ser consideradas no estabelecimento de seu real estado de saúde:

Alimentação e Nutrição - Além das orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, o avaliador deve estar atento à perda de peso acentuada, anorexia, dificuldade na mastigação, déficit de visão ou da capacidade olfativa e perda da autonomia de comprar ou preparar alimentos. Na avaliação nutricional, considerar o declínio da altura, observado como avançar da idade, redução do peso por diminuição do conteúdo de água corporal, osteoporose, redução de massa muscular e redistribuição do tecido adiposo. Em função dessas peculiaridades, considera-se baixo peso o $IMC \leq 22$, eutrófico o $IMC > 22$ e < 27 e sobrepeso o $IMC \geq 27$.

Avaliação de Acuidades Sensoriais - As deficiências visuais e auditivas devem sempre ser investigadas, já que muitas vezes o paciente se habitua à deficiência, perdendo a oportunidade de tratá-la. Os déficits sensoriais são causas importantes de diminuição da capacidade funcional, pois, progressivamente, vão isolando o paciente de seu grupo social e familiar, além de, nos casos mais graves, impossibilitá-lo de executar funções básicas, como vestir-se e alimentar-se.

Incontinência Urinária (IU) - Cerca de 30% dos idosos apresentam algum grau de incontinência, que determina repercussões sociais e psicológicas, podendo levar a isolamento social e quadros depressivos. Muitos não referem esse estado por vergonha. Sendo assim, o assunto deve ser abordado diretamente, por meio da elaboração de questões simples pelo investigador, a fim de saber se o paciente sente-se molhado ou se percebeu a perda de urina recentemente. A incontinência predispõe a infecções urinárias, facilita a instalação de dermatoses, contribui para disfunção sexual, pode afetar o sono e levar a quedas. As causas de IU podem ser agudas ou crônicas e incluem distúrbios endócrinos, neurológicos, infecciosos ou psicológicos, entre outras; além disso, pode estar relacionada ao uso de medicamentos. O sucesso do tratamento, que inclui medidas gerais, como evitar a ingestão de grandes volumes de líquidos, cafeína e álcool, depende também da correta abordagem das patologias de base.

Sexualidade - Estudos mostram que 74% dos homens e 54% das mulheres mantêm vida sexual após os 60 anos. Vários fatores afetam o desempenho sexual, como fadiga, menopausa, artrite, disfunções cardiopulmonares, vasculares e medicamentos. Esses fatores devem ser identificados e tratados. Nos idosos sexualmente ativos, a investigação de DST/AIDS deverá ser rotineira como em qualquer outra faixa etária.

Vacinação - O esquema vacinal deve ser sempre revisado, uma vez que, nesta etapa da vida, mesmo patologias virais simples podem evoluir de forma catastrófica. O registro de vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o que facilita a visualização por parte de qualquer membro das equipes de saúde.

Avaliação Cognitiva - Auxilia a identificação de alterações na saúde mental dos idosos. Problemas de memória são muito comuns nesta faixa etária e são considerados graves quando afetam as atividades cotidianas. Os profissionais da saúde

devem sempre estar atentos aos quadros demenciais, em que ocorre o comprometimento de funções diversas, como atenção, memória, pensamento, linguagem, aprendizado, compreensão e julgamento. A demência, uma importante causa de declínio da capacidade funcional, pode ser reversível ou irreversível. As causas irreversíveis são divididas em quatro tipos principais: 1- Doença de Alzheimer: de início insidioso, afeta especialmente a memória recente; 2- Demência Vascular: de início abrupto após um episódio vascular, é acompanhada de sinais focais; 3- Demências dos Corpúsculos de Lewy: com flutuação na cognição, produzem alucinações complexas e acompanhadas de parkinsonismo precoce; 4- Demências Frontotemporais (Doença de Pick): com início pré-senil, manifestam-se com alterações na linguagem, hipersexualidade, transtornos obsessivo-compulsivos e ganho de peso. As causas reversíveis devem ser identificadas e tratadas precocemente. As mais comuns são as medicamentosas, endócrinas, metabólicas, neurológicas, infecciosas, colagenoses, nutricionais, alcoolismo, entre outras. Existem instrumentos de avaliação no Caderno de Atenção Básica à Saúde do Idoso, como o Mini Exame Mental, o Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional. (Obs. do Revisor: Pode-se atualizar a grafia para Miniexame?)

Depressão - A presença de depressão nos idosos tem impacto negativo em sua vida, uma vez que os indivíduos deprimidos tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional. São pacientes que procuram mais as unidades de saúde e consomem mais medicamentos. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens, na proporção de 2 por 1. O isolamento social, conflitos familiares e dificuldades econômicas são fatores de risco que podem desencadear o quadro depressivo. Acontecimentos como aposentadoria, morte do cônjuge, abandono e/ou maus-tratos, patologias incapacitantes ou dolorosas, transtornos

psiquiátricos prévios, internações e uso de medicações merecem especial atenção. Cerca de 60% dos casos não são identificados e sintomas, como fadiga matutina, retardo psicomotor, redução da afetividade, alterações no apetite, queixas mal definidas e distúrbios comportamentais podem ajudar os profissionais de saúde na detecção dos casos. O tratamento inclui suporte medicamentoso, apoio psicológico, atividades comunitárias e atendimento à família.

Mobilidade - Os idosos apresentam uma diminuição na amplitude dos movimentos dos membros superiores e inferiores, determinando alterações na marcha e no equilíbrio. Essas alterações podem ser avaliadas utilizando-se a Escala de Tinetti (POMA-Brasil no Brasil), que também está disponível no Caderno de Atenção Básica à Saúde do Idoso. Outros fatores determinam alterações na mobilidade, como doenças demenciais, quadros depressivos, quadros neurológicos, doenças vasculares ou osteoarticulares. A dificuldade na mobilidade pode afastar o idoso do convívio social, dificultar atividades básicas de higiene e alimentação, além de ser motivo frequente de quedas. Os exercícios físicos e o tratamento das causas reversíveis de déficit de mobilidade podem diminuir o grau de fragilização e, portanto, recuperar parte da capacidade funcional desses pacientes.

Quedas - As quedas frequentes estão relacionadas com o grau de fragilização do idoso. Elas determinam elevados índices de morbimortalidade e redução da capacidade funcional das pessoas idosas. As causas mais comuns são relacionadas a fatores ambientais, alterações na mobilidade, tonturas, vertigens, síncope e déficit sensorial. A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou no seu entorno durante a realização de atividades corriqueiras. As equipes de Atenção Básica devem estar alerta aos riscos ambientais, agindo junto às famílias dos idosos, no sentido de diminuir os obstáculos e promover a acessibilidade ao ambiente doméstico. As ações

devem ser realizadas precocemente para evitar os agravos que determinam perdas maiores da capacidade funcional.

Avaliação Funcional - Durante este capítulo, o termo capacidade funcional foi citado repetidamente, pois, como não é possível interromper o processo natural de envelhecimento, cabe aos profissionais de saúde criar ações que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes em idade avançada e lhes possibilitar, no mínimo, a realização das atividades básicas de subsistência, colaborando, dessa forma, com a manutenção de sua capacidade funcional. Para isso, é fundamental a avaliação da competência do idoso em executar ações do dia a dia, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, comunicar-se, cuidar de suas finanças e manipular adequadamente medicamentos.

O Caderno de Atenção básica à Saúde do Idoso traz alguns métodos de avaliação funcional, como: - Escala de Katz, que mede a habilidade da pessoa em realizar suas atividades de forma independente; Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que avalia atividades mais complexas, dependentes da capacidade da vida comunitária; e a Medida de Independência Funcional (MIF), que identifica a necessidade e a quantidade de ajuda exigida pelo idoso, o que auxilia no planejamento assistencial. As ações não dependem apenas dos esforços das equipes de saúde. O suporte familiar e social é essencial para o monitoramento, reabilitação e manutenção da capacidade funcional dos idosos. Uma família disfuncional e/ou uma comunidade omissa podem anular qualquer esforço das equipes de saúde em reduzir os danos infligidos pelo envelhecimento. Em função deste fato, devemos ficar atentos à dinâmica familiar, promover atividades educativas e estimular ações inclusivas na comunidade.

Doenças Cardiovasculares - As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, em que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus

representam os principais fatores de risco. Tanto a hipertensão quanto o diabetes são patologias que vão aumentando de frequência com a idade e têm o potencial de majorar o grau de fragilização do idoso de várias maneiras: incrementam o risco de eventos vasculares cerebrais que podem levar a quadros demenciais e restrição na mobilidade; visão subnormal ou cegueira, que diminuem consideravelmente a capacidade de executar atividades básicas; perda funcional orgânica (ICC e IRC) que, além de incapacitante, aumenta consideravelmente o risco de morrer; vasculopatias e neuropatias periféricas que podem levar a quedas e amputações, entre outras causas. Os protocolos de tratamento não se fixam apenas na administração de fármacos, uma vez que a eficácia do tratamento depende de mudanças profundas em hábitos de vida dos doentes, como alimentação e atividades físicas. O diagnóstico das patologias é apenas um dos desafios das equipes de saúde. A adesão ao tratamento depende de ações que incluem atividades educativas, formação de grupos, interação com os familiares, visitas domiciliares e acompanhamento psicológico.

Para concluir, é importante lembrar que, apesar do processo de envelhecimento determinar aos indivíduos uma condição de vulnerabilidade, só envelhece quem sobrevive à batalha do dia a dia. O idoso deve ser tratado com o respeito que um sobrevivente merece e não rotulado como doente ou incapaz. A maioria das pessoas almeja viver mais de 60 anos, preferencialmente com qualidade de vida. É importante, então, que trabalhem desde já para que isso aconteça, criando e consolidando ações para manter a capacidade funcional dos idosos. Isso é o mínimo que podemos fazer por eles e por nós mesmos.



VAMOS SABER MAIS!

Bibliografia Recomendada - Disponível na biblioteca do módulo.

- Quedas em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes.
- Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa- SES do Espírito Santo
- Demência do Idoso- Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde. Projeto Diretrizes.
- Incontinência urinária em Idosos. Acta Cirúrgica Brasileira.
- Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa. Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. - 2ª. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 70 p. - (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília, 2006.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Roberto Higa



Foto: Roberto Higa

ISBN 978-85-7613-357-5



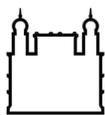
9 788576 133575

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL



ASMEFAC
Associação Sul-Mato-Grossense de
Médicos de Família e da Comunidade



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública



UNASUS
Universidade Aberta do SUS