

Sérgio

Sumário

Sérgio.....	4
Especificidades da Atenção Primária	7
Doenças Periodontais	15
Síndrome Metabólica	17

► Sérgio



Sérgio Brito, mais conhecido como Serjão, tem 35 anos, é casado com Cleide, de 29 anos, e tem uma filha, Michelle, de 4 anos. Após um longo período desempregado, começou, há dois meses, a trabalhar como vigia numa indústria de móveis, localizada em Cachoeira da Serra. Serjão aceitou o trabalho em período noturno, da 0 às 8h, por sentir-se com poucas opções de outros tipos de trabalho e porque esse lhe renderia um pouco mais.

Há aproximadamente um mês, Sérgio vem tendo alguns sintomas que o incomodam: insônia, irritabilidade, “problemas na memória”. A princípio, pensou que se tratava de problemas temporários, que passariam sozinhos. Porém, após conversar com sua mulher e sua mãe e notar a persistência dos sintomas a despeito do uso de chás caseiros, decidiu procurar por ajuda na UBS local. Pensou: “Está na hora de fazer um check-up!”.

Na manhã de quinta-feira, após uma noite longa de trabalho, Sérgio vai até a Unidade Básica de Saúde de Pedra Azul, próxima à sua casa. Lá, solicitam-lhe seu endereço, e

Sérgio é, então, informado de que seria atendido pela equipe de Saúde da Família. A enfermeira Rita é quem o receberia para o “acolhimento”. Após trinta minutos de espera, Sérgio é chamado por ela:

- Bom dia – cumprimenta Rita.
- Bom dia – responde Sérgio.
- Pois não, em que podemos ajudá-lo?
- Moça, qual o seu nome mesmo?
- Rita.
- Bom, Rita, eu gostaria de marcar uma consulta médica.
- Uhum... – concorda Rita.
- É que eu não tenho me sentido bem nos últimos dias, não durmo bem, fico com o corpo todo ruim de dia...
- comenta Sérgio.
- Há quanto tempo você está sentindo esses sintomas? – indaga Rita.
- Ah, sei lá... tipo uns 30 dias, mais ou menos – responde Sérgio.

– Teve febre? – pergunta Rita.

– Não.

– Tosse?

– Não.

– Diarreia?

– Não.

– Sérgio, sente-se aqui e vamos ver seus dados vitais – diz a enfermeira, apontando para uma cadeira.

Após mensurar os dados vitais de Sérgio, Rita retorna à conversa, com jeito de quem não gostou do que encontrou.

– Sérgio, você está com a pressão meio alta, está 140 x 85 agora. Além disso, está acima do peso para a sua altura (80 kg e 1,70 m). Acho melhor você marcar uma consulta com o Dr. Felipe para averiguar melhor isso – aconselha Rita.

– Hoje? – pergunta Sérgio.

– Não, hoje não. A agenda de consultas está meio cheia hoje, e o seu caso não tem urgência, sabe... – diz Rita.

– Hummm, sei, urgência... – comenta Sérgio, com desdém.

– É, Sérgio, tem pessoas que têm que ser atendidas no mesmo dia, senão pioram – explica Rita.

– Tá bem – assente Sérgio.

– Vamos marcar, então, na semana que vem? Venha comigo até a recepção para agendarmos com a atendente – conclui Rita.

Ao final do atendimento, é marcada a consulta com o médico da equipe, Dr. Felipe, para sete dias depois.

Para Sérgio, foram sete dias de espera ansiosa: o que se iniciara com um simples check-up e uma “insoniazinha” agora se tornara a temida “pressão alta”. Sérgio, que até então se sentia um “touro”, passou a lembrar-se de seus parentes que sofriam desse problema: do avô Quinzinho, que faleceu aos 85 anos, de AVC; de sua mãe Jandira, que tomava remédio para pressão “todo dia”; e de seu tio Jurandir, irmão de Jandira, que falecera aos 50 anos de “infarto fulminante”. É, agora Sérgio estava realmente preocupado...

Na manhã da consulta, após mais uma longa noite de trabalho e depois de tomar seu café da manhã habitual, lá

estava Serjão novamente. Agora, uma “sua-deira louca” tomava conta de suas mãos e seu estômago parecia não caber mais na barriga. Foi chamado pelo Dr. Felipe, que até então ele não conhecia.

– Bom dia – cumprimenta Dr. Felipe.

– Bom dia, doutor – responde Sérgio.

– Vamos nos sentar? – convida Dr. Felipe.

– Pois não – aceita Sérgio.

– Finalmente, eu consegui conhecer o marido da Cleide – diz Dr. Felipe, rindo.

– Ela me disse mesmo que você viria esta semana.

– É... – concorda Sérgio, encabulado.

– Meu nome é Felipe, sou médico da ESF aqui da prefeitura de Cachoeira da Serra. Em que posso ajudá-lo?

– Doutor, eu ando meio estranho. Não durmo bem, fico com o corpo todo ruim de dia, ando no maior estresse com a Cleide e com a Michelle, minhas mãos estão suando...



- Há quanto tempo vem sentindo esses sintomas? – continua Dr. Felipe.
- Ah... sei lá, tipo uns dois meses.
- Há alguma coisa que os fazem piorar?
- Não que eu note.
- E a melhorar?
- Também não.
- Há outra coisa que o incomoda?
- Ah, tenho dor nas pernas, principalmente na direita, que tem estas varizes – diz, mostrando-as. – Depois que comecei a trabalhar à noite, elas estão mais inchadas e doendo no final do dia. Minha perna também está ficando mais escura...
- Sérgio, e como vão as coisas: trabalho, casamento? Você acha que isso pode ter influenciado o surgimento dos seus problemas? – indaga Dr. Felipe.
- Ah, mais ou menos. Eu e a Cleide sempre nos demos muito bem, mas você sabe, né, doutor, quando surgem os filhos, as responsabilidades aumentam... – diz Sérgio, com desânimo.
- Hummm – murmura Dr. Felipe.
- Andei um tempo desempregado, mas agora já estou trabalhando de novo. Naquela época, sim, eu estava preocupado – comenta Sérgio.
- Joia. E tem sentido alguma coisa na urina? – continua Dr. Felipe.
- Não.
- Como está o intestino?
- Beleza.
- Bom, Sérgio, é muito comum que o cansaço e o estresse provoquem sintomas semelhantes aos que você está



sentindo. Vamos examiná-lo para ver como é que está – diz Dr. Felipe.

O doutor encaminha Sérgio para a maca e observa no seu exame físico:

- Pressão arterial: 135 x 90;
- Frequência cardíaca: 88 bpm;
- Frequência respiratória: 16 ipm;
- Mucosas coradas e hidratadas, bulhas normorrítmicas e normofonéticas em dois tempos, murmúrio vesicular fisiológico;
- Tireoide de tamanho e consistência usuais à palpação;
- Perna direita discretamente edemaciada, com trajeto venoso de safena tortuoso e inchado;
- Dermatite ocre perimaleolar à direita;

- Altura: 1,70 metros;
- Peso: 80 quilos.

Após anotar esses achados, Dr. Felipe volta-se para Sérgio:

– Bom, Sérgio, eu pude notar que a sua pressão está alta, pela segunda vez, e que você está um pouco acima do peso. Isso pode aumentar o risco de você ter, no futuro, infartos, derrames e outros problemas. Além disso, suas varizes estão bem inchadas, não é? Você fuma? – pergunta Dr. Felipe.

– Não – responde Sérgio.

– Você sabe se tem casos de diabéticos em sua família? Já fez algum exame para saber como está sua glicemia? Você sabe se tem diabetes? Tem muita sede e bebe muita água? Urina muito? – pergunta Dr. Felipe.

– Olha, doutor, eu bebo muita água, sim, e urino bastante, mas isso não é normal? Nunca fiz exame para saber se tenho diabetes, mas tenho primos que têm e meu pai e meu tio tinham também... – responde Sérgio.

– Você bebe?

– Não.

– Bem, nesse caso é mais simples. O ideal é que você inicie um plano de tratamento com a diminuição de sal na comida. Vamos pedir exames de sangue para avaliação: hemograma completo, glicemia, colesterol, ácido úrico e exame de urina – diz Dr. Felipe.

– Você faz atividades físicas? – pergunta Dr. Felipe.

- O quê? – diz Sérgio, parecendo não ouvir.
- Exercício físico... – responde pacientemente Dr. Felipe.
- Ah, doutor, eu costumava bater uma bolinha com os amigos no fim de semana, mas já tem um tempão que não jogo mais. Minha vida tá que é só trabalho... – comenta Sérgio, desanimado.
- Bom, para a pressão baixar, também é importante fazer atividades físicas, pelo menos três vezes na semana. Mais alguma queixa? – questiona Dr. Felipe.
- Estou com dor de dente há uma semana, tenho vários dentes estragados, moles, e queria fazer um tratamento dentário. Acho melhor “arrancar” todos, tenho dor e estou cansado disso... Não consigo comer e mastigar direito... – lamenta Sérgio.
- Ok, calma. Vamos encaminhá-lo para o Dr. Júlio, nosso dentista, para avaliar e decidir qual conduta tomar... Não se preocupe... – tranquiliza-o Dr. Felipe.

O médico continua dando as orientações. A essa altura, Sérgio pensava em como conseguir tempo, com tudo o que fazia, para tratar as varizes. E será que teria diabetes como o pai, o tio e os primos?

– Sérgio, vamos fazer assim: você faz esses exames e volta daqui a um mês para a gente ver como está a pressão, a taxa de glicemia e os resultados. É bom também você usar meias elásticas, pois vão te dar mais conforto e melhorar os sintomas das varizes. Leve também o encaminhamento para a consulta odontológica.

Sérgio marca consulta com o cirurgião-dentista Dr. Júlio na semana seguinte. Na consulta foram observados dentes com lesões de cárie extensas, perdas de muitos elementos anteriores e posteriores, com indicação de tratamento endodôntico ou exodontia de dois pré-molares, exodontia de dois molares e de todos os incisivos inferiores devido à extensa destruição coronário radicular e à perda óssea avançada com grande mobilidade.

Dr. Júlio, junto com a auxiliar de saúde bucal Ana Cristina, orienta o paciente sobre os cuidados da sua saúde bucal, principalmente dieta e higiene, e que deveria respeitar rigorosamente suas orientações previamente à cirurgia, por ser portador de cardiopatia, e também aguardar os resultados dos exames de sangue e urina. Portanto, vários cuidados e condutas deveriam ser tomados no pré e no pós-cirúrgico. Dr. Júlio conclui dizendo que os resultados dos exames seriam avaliados a fim de seguir os protocolos de profilaxia, explicando do que se tratavam.

Sérgio sai do consultório um tanto preocupado. Na volta para casa, decide conversar com a mulher sobre a consulta odontológica. No caminho, encontra Pimenta, amigo de longa data:

- Faaala, Serjão!!! Como é que vai essa força? – pergunta Pimenta.
- Força? Eu tô mal, cara. Minha pressão está alta. O dentista falou que tenho problema no coração. Na consulta com o Dr. Felipe na semana passada, ele me disse que tenho pressão alta! – desabafa Sérgio.
- Bicho, relaxa – tranquiliza-o Pimenta. – Eu também tenho esse problema e estou tomando um chazinho de folha de pata-de-vaca, que é o canal. Resolveu tudo, agora eu estou beleza! – comenta entusiasmado.



– É... Sei não... – diz Sérgio, desconfiado.

Em casa, Sérgio escuta de sua mulher:

– Calma, amor, vai ficar tudo beleza. O que o doutor disse? – pergunta Cleide.

– Pois é, não bastava o Dr. Felipe ter falado que eu deveria diminuir o sal na comida e fazer exercícios físicos para a pressão, o dentista disse que meus dentes estão ruins, mas que para tratar tenho que cuidar do coração. Me sinto tão cansado e ainda tenho que fazer ginástica! E no coração não sinto nada! – reclama Sérgio.

– Amor, você tem que conseguir, esse negócio de pressão pode ser sério! – diz Cleide, preocupada. – Eu posso te ajudar, ficando mais com a filhota, pra você poder fazer umas caminhadas, e preparando a nossa comida com menos sal. Não é nada demais, e a gente vai acabar comendo uma comidinha mais saudável. É bom pra todo mundo. E você não vive se queixando de dor nas pernas? Quem sabe tudo isso te ajude? – tranquiliza-o Cleide.

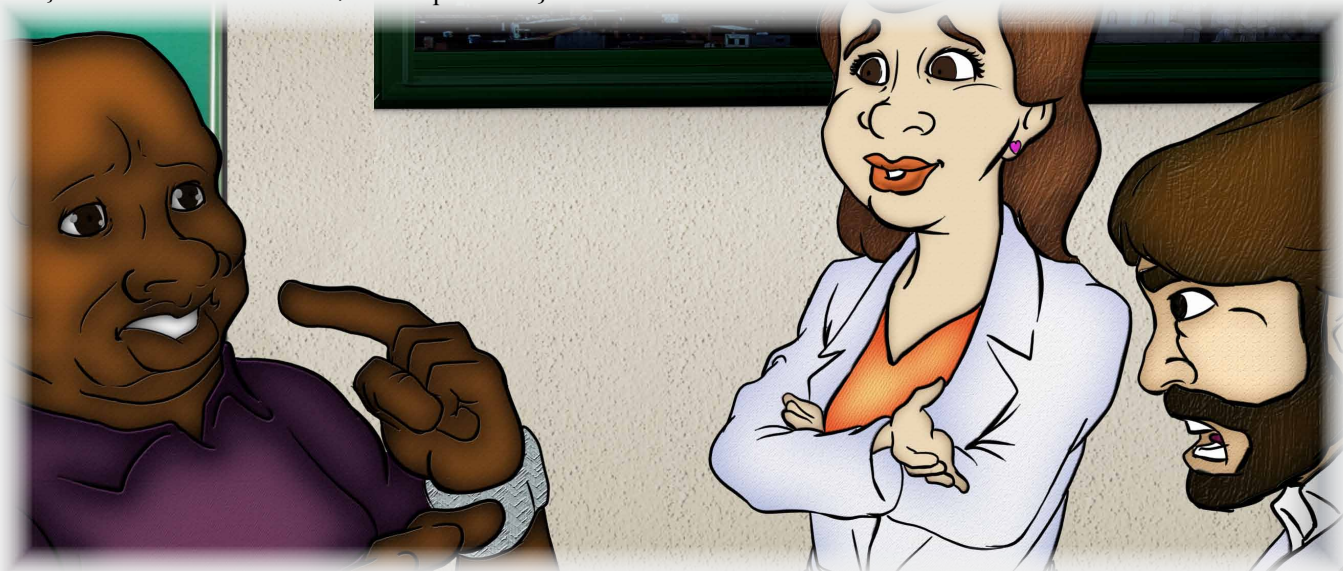
– Você está falando isso pra me agradar. Comida sem sal é uma droga, fica tudo sem gosto... – responde Sérgio, com desânimo.

Após um mês, Sérgio volta a se consultar com Dr. Felipe. Desde a última consulta, não tinha mensurado a sua pressão. Sua esposa se esmerou em reduzir o sal da dieta e em estimulá-lo a iniciar suas caminhadas – sem sucesso. Ao passar pelas auxiliares de enfermagem da equipe, estas verificam novamente a sua pressão: 140 x 90. Sérgio leva os exames pedidos pelo doutor:

- ECG normal;
- Colesterol total:
 - 240 (LDL: 163, VLDL: 28, HDL: 49);
- Triglicérides: 140;
- Glicemia em jejum: 107;
- Creatina: 1,0;
- Exame de urina rotina: normal.

Ainda não havia comprado as meias por não ter dinheiro. Mas disse que vai comprar mês que vem. Ao final da consulta, Dr. Felipe decide iniciar medicação e explica para Sérgio que ele também está com colesterol alto. Pede finalmente para que Sérgio passe em consulta com a enfermeira Rita e que retorne com ela em 30 dias e, quando a pressão tiver boa, voltar com Dr. Júlio.

Após uma semana, Rita atende Sérgio, explicando melhor sobre a doença, como mudar os hábitos para perda de peso e controle do colesterol. A pressão arterial ainda está 140 x 90, e Sérgio diz que às vezes se esquece de tomar o medicamento. Ele foi cadastrado no Programa de Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) e, em reunião de equipe, a enfermeira Rita conversa com a ACS Rosalina para que o cadastre como hipertenso no SIAB e passe a ter atenção na adesão do remédio, e se disponha a ajudá-lo nas visitas domiciliares.



► Especificidades da Atenção Primária

Gustavo Gusso



a. A incerteza, a consulta, a medicina centrada na pessoa e os riscos

Incerteza

Segundo Ian McWhinney (1997), o médico de família deve **lidar com problemas indiferenciados, ter competências preventivas, terapêuticas e de gestão de recursos**. Na verdade, essas quatro competências servem para todos os profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde (APS). Lidar com problemas indiferenciados talvez seja a competência mais sofisticada e chave para todas as outras. Esse locus do sistema de saúde deve fazer o papel de filtro, e, por isso, é importante uma equipe coesa e treinada especificamente para essa tarefa. Juan Gervas e Pérez Fernández, no artigo *Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre*, diz que “o bom médico reduz a incerteza (probabilidade) até um certo ponto, e a partir daí atua para ajudar o paciente, com ou sem diagnóstico correto” (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2005).

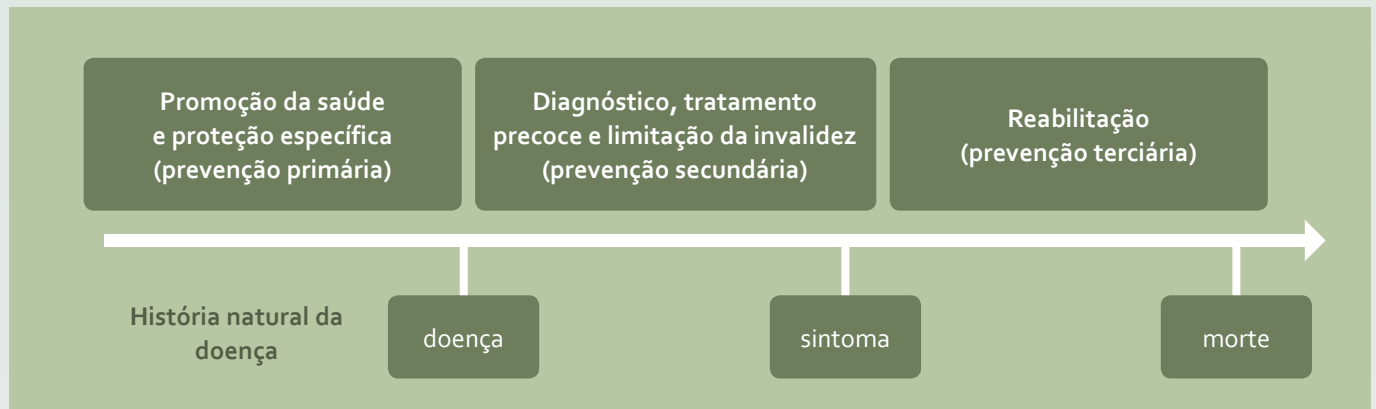
Essa não é tarefa fácil. No caso de Sérgio, por exemplo, as principais queixas – insônia, irritabilidade e problemas de memória – são bastantes vagas. Pelo relatado, os problemas têm ligação com o emprego novo de vigia noturno. Porém esse assunto foi pouco discutido com os profissionais de saúde. Uma das hipóteses é que, por serem queixas vagas, os profissionais sabem que são de difícil manejo. Muitas vezes há pouco a ser feito, o que frustra o profissional, que muitas vezes é treinado em ambientes hospitalares onde uma resolução ou evolução rápida do problema é cobrada pelo ambiente.

A melhor forma de treinar as habilidades para lidar com a incerteza é por meio da filmagem da consulta. Pandleton (2011) é um psicólogo social inglês que se especializou em analisar consultas filmadas de clínicos gerais ingleses. Seu trabalho sistematiza grande parte das dificuldades e das tarefas que os profissionais devem praticar para estar aptos a lidar com um ambiente de tanta complexidade quanto a Atenção Primária à Saúde.

Agendas

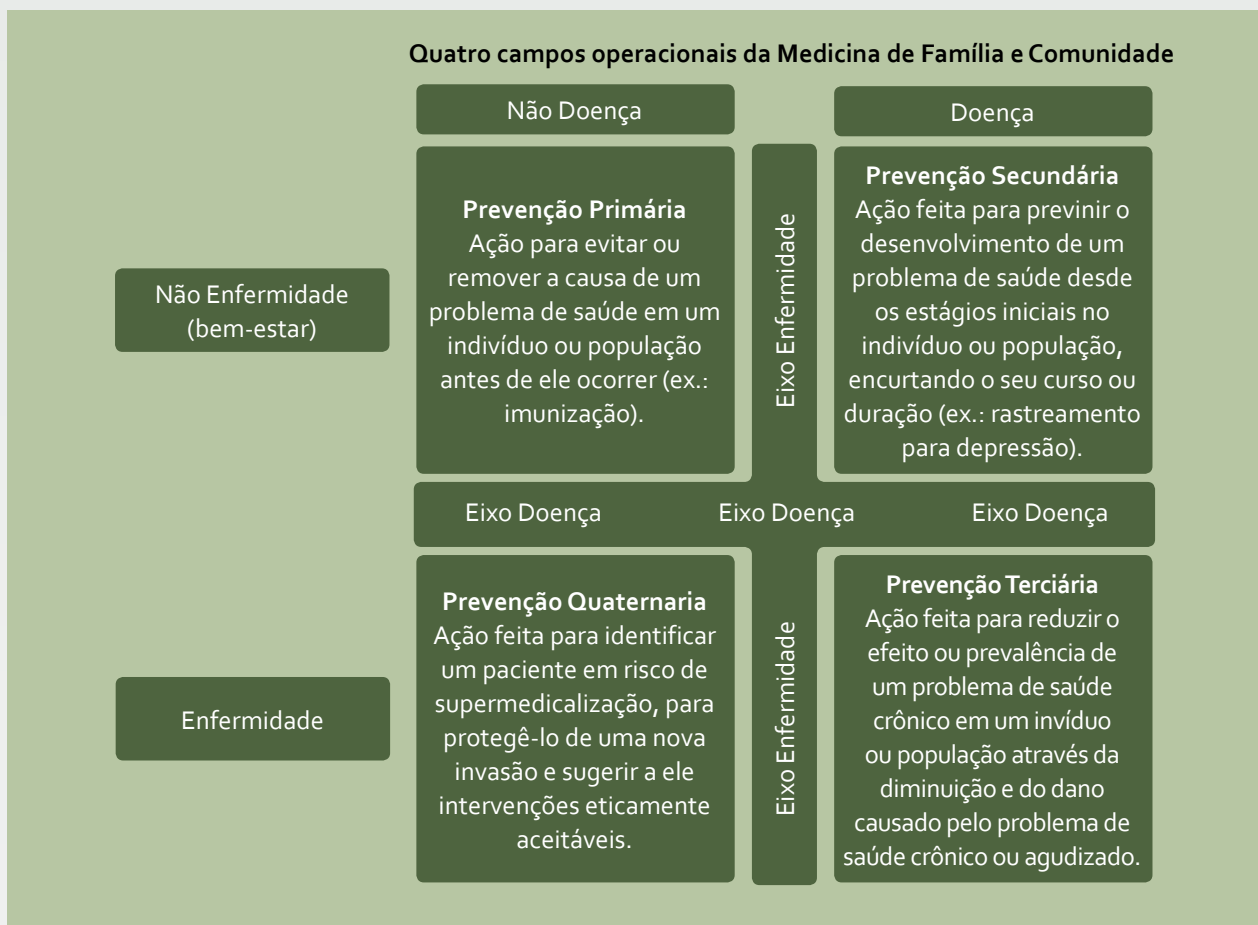
No seu livro *A Nova Consulta*, Pandleton insiste em alertar para a prática corriqueira na Atenção Primária de impor uma “agenda” ao paciente. Isso ocorreu no caso de Sérgio e é uma constatação grave. A Atenção Primária é conhecida como um ambiente onde se pratica prioritariamente promoção e prevenção. Para muitos pesquisadores e líderes da área, como Juan Gervas, Marc Jamouille, Iona Heath, Barbara Starfield, entre outros, esse é um dos fatores para o desprestígio da APS. É preciso entender o que é prevenção ou quais as dimensões da prevenção. Geoffreu Rose (1992), em seu clássico livro *Estratégias da Medicina Preventiva*, define prevenção primária e secundária como aquelas que ocorrem antes e depois de um evento. Porém o conceito mais difundido é de Leavell e Clark (1976), que ainda

na década de 1960 desenvolveram o conceito de **prevenção primária** (antes de o problema ocorrer), **secundária** (diagnóstico precoce antes do sintoma) e **terciária** (reabilitação). Na década de 1990, Marc Jamouille desenvolveu o conceito de prevenção quaternária, que está descrito no dicionário da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) como “ação feita para identificar um paciente em risco de supermedicalização, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis” (GUSSO, 2009) (Figuras 1 e 2).



_Fig. 1 – Prevenção segundo história natural da doença (LEAVELL; CLARK, 1976).

O modelo de Leavell e Clark estava equivocado porque lidava com a história natural das doenças, mas nem sempre as pessoas têm uma doença. Entretanto, para o caso em questão e para o que pretendemos discutir agora, mesmo no modelo de Leavell e Clark, podemos inferir que **as atividades preventivas não se resumem a diagnóstico precoce ou promoção à saúde.**



_Fig. 2 – Prevenção quaternária (KUEHLEIN, 2010; BENTZEN, 2003; GUSSO, 2009).

Atender as pessoas e avaliar exaustivamente os sintomas ou queixas na sua fase mais incipiente e, portanto, de maior incerteza, também é prevenção (terciária ou quaternária). Por vários motivos, os profissionais da saúde, em especial no Brasil, não identificam atividades como acolhimento, consultas do dia ou demanda espontânea como atividades de prevenção. As principais razões são a demanda grande (áreas com quatro mil ou mais pessoas para um

médico e uma enfermeira, que acabam ficando responsáveis por grande parte das consultas), a influência histórica da medicina preventiva e da saúde coletiva na Atenção Primária e o passado de ações programáticas e verticais.

Esses fatores fazem com que os profissionais acabem privilegiando a agenda de prevenção primária e secundária, que na Figura 2 estão nos quadrantes superiores, ou seja, correspondem justamente às situações em que os pacientes não se sentem mal. Isso faz com que tanto a agenda dos profissionais seja motivo de disputa entre ações de prevenção primária/secundária versus terciária/quaternária quanto a consulta em si seja palco dessa dicotomia. Assim, é tarefa do profissional fazer um balanço entre as quatro modalidades de prevenção, não esquecendo que, se não der atenção às queixas, em especial quando são vagas, os pacientes tenderão a tencionar por furar o sistema de saúde, procurando um subespecialista, um hospital ou uma emergência.

Nesse processo, é fundamental que haja sempre discussões de casos difíceis na Unidade para que os profissionais se sintam encorajados a continuar valorizando as quatro modalidades de prevenção sem privilegiar apenas uma ou duas, ou seja, buscando sempre um equilíbrio e tentando entender por que têm dificuldade com uma ou outra modalidade. Sem dúvida, a mais difícil de lidar é a quaternária, que é o caso de Sérgio, porque o paciente traz problemas indiferenciados, sendo impossível fechar um diagnóstico etiológico. Um desfecho trágico para este caso seria o paciente aceitar o tratamento para hipertensão na Unidade de Saúde e procurar um psiquiatra que poderia receitar benzodiazepínico e/ou antidepressivo para a insônia e a irritabilidade.

Além das discussões, o trabalho de filmagem das consultas, feito sob orientação e seguindo os preceitos éticos com coleta de consentimento livre e esclarecido dos pacientes – explicando que a consulta será usada estritamente para fins didáticos e assegurando que o profissional filmado será o guardião do material e que não é feita filmagem do exame físico – é um excelente método para os profissionais observarem o quanto muitas vezes as prioridades dos médicos e dos pacientes estão distantes.

Medicina centrada na pessoa

Em sua sistematização, Pandleton cita vários métodos que procuram aproximar as agendas e fazer com que o profissional consiga contemplar ações de prevenção primária ou secundária, sem deixar de esgotar as queixas dos pacientes. Um dos métodos de maior sucesso é o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (STEWART et al., 2003). Esse método subdivide a consulta em seis componentes, sendo o primeiro “explorar a enfermidade (illness) e a experiência da doença (disease)”. Na representação gráfica (Figura 3) há um pequeno raio entre os dois polos, e é importante durante a consulta explorar também o que os autores do método chamam de FIFE: sentimentos (ou feelings), ideias (ou ideas), função (ou function) e expectativas (ou expectation). No caso de Sérgio, como não foi explorado esse componente em relação às suas queixas principais, é difícil saber quais eram seus medos, ideias e expectativas. Sabemos apenas que praticamente nenhum minuto foi gasto com a insônia, a irritabilidade e a perda da memória tanto no acolhimento quanto na consulta com o médico.



Riscos

Segundo Rose (1992), existem atividades de promoção que visam à população; outras, ao indivíduo. Os estudos de rastreamento são de base populacional, portanto não beneficiam o indivíduo diretamente, o que causa grande confusão

(falácia ecológica). Para avaliar com qualidade quais ações têm de fato benefício na morbimortalidade, é importante aplicar escalas de risco que tentem separar o indivíduo de uma população. Por exemplo, pessoas hipertensas constituem uma população em risco, porém dentro esta população há aqueles que são hipertensos e diabéticos e, dentre estes, os que são hipertensos, diabéticos e já tiveram um evento cardiovascular. Dessa forma, estratificando populações, consegue-se atingir o risco individual. As ações verticais, como rastreamento para câncer de mama e colo de útero, não fazem isso, encarando todas as pessoas de um determinado sexo ou faixa etária como uma população em risco.

As tabelas de risco mais difundidas são as cardiovasculares, em especial o UKPDS (Perspectiva do Diabetes do Reino Unido, segundo a sigla em inglês)(STEVENS et al., 2001), voltado para pacientes diabéticos, e o escore Framingham (WILSON et al., 1998), sendo que no caso em questão o risco em 10 anos é de aproximadamente 6%, sendo que, se o LDL baixar para 130 ou a pressão se mantiver abaixo de 139 x 89, o risco cai para 4%, ou seja, uma queda considerável. Segundo o Adult Treatment Panel III (NCEP, 2001), o objetivo do LDL para pacientes como Sérgio, um ou menos fatores de risco (Quadro 1) é até 160 (Quadro 2).

QUADRO 1 Fatores de risco que modificam objetivo do LDL (NCEP, 2001)	
Tabagismo	
Hipertensão (pressão sistólica > 140/90 mm Hg) ou uso de medicação anti-hipertensiva	
HDL colesterol baixo (<40 mg/dL)	
História familiar de doença coronariana (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos)	
Idade (homem > 45 anos e mulher > 55 anos)	

Obs.: Diabetes significa equivalente isquêmico e HDL > ou = a 60 remove um fator de risco

QUADRO 2 Categorias de valores de LDL (NCEP, 2001)	
Categoria de risco	LDL alvo (mg/dL)
Doença coronariana ou risco equivalente (por exemplo, diabetes)	< 100
Dois ou mais fatores de risco	< 130
0-1 fator de risco	< 160

Como se pode observar nos quadros de risco, nenhum fator de risco leva a um risco maior que o fato de já ter tido um evento, de forma que quem já teve um infarto tem mais risco de ter outro infarto do que quem tem dois ou mais fatores de risco, excetuando diabetes. Ou seja, os pacientes que exigem um controle bastante rígido são os que já tiveram um evento, o que Geoffrey Rose chamava de prevenção secundária.

Referências

BENTZEN, N. (Ed.). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegering, 2003.

EXECUTIVE Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP). **Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III)**. Disponível em: <<http://www.med.ucla.edu/champ/NCEP%20Reference.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2014.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*, v. 35, n. 2, p. 95-98, 2005.

GUSSO, G. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2). São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

KUEHLEIN, T. et al. **Prevenção quaternária**: uma tarefa do clínico geral. Primary Care Archives. Disponível em: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_port.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2014.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MCWHINNEY, I. R. **A Textbook of Family Medicine**. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

PANDLETON, D. et al. **A nova consulta**: desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

ROSE, G. **The strategy of preventive medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

STEVENS, R. J. et al. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in type II diabetes (UKPDS 56). *Clin Sci (Lond)*, n. 101, p. 671-679, 2001.

STEWART, M et al. **Patient Centered Medicine**: Transforming the Clinical Method. 2nd. ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2003.

WILSON, P. W. et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*, n. 97, p. 1837-1847, 1998.

Bibliografia consultada

AMERICAN Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes care*, n. 31, Supplement 1, p. S55-S60, 2008.

MOYNIHAN, R. Who benefits from treating prehypertension? *BMJ*, 341: c4442, 2010.

_____. Medicalization. A new deal on disease definition. *BMJ*, 342: d2548. doi: 10.1136/bmj.d2548, 2011.

THE SEVENTH Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, May 2003.

WILSON, W. et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*, v. 116, n. 15, p. 1736-1754, Oct. 2007.

WORLD Health Organization. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus. Abbreviated Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 2011.

b. Processo de trabalho e consulta de enfermagem

Joel Levi Ferreira Franco

Conhecemos neste caso Sérgio Brito, cujo apelido é Serjão, 35 anos, esposo de Cleide e pai de uma criança de 4 anos, Michelle. Ele trabalha como vigia noturno há dois meses, após um longo período desempregado.

Como vimos, Sérgio procura o serviço de saúde por causa dos primeiros sinais de cansaço e estresse, com o objetivo de fazer um *check-up*.

Nesse contexto, abordaremos as seguintes possibilidades para discussão e reflexão:

- Processo de trabalho;
- Consulta de enfermagem.

Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Vamos aqui analisar o atendimento de Sérgio, desde o primeiro encontro com a enfermeira Rita até a reunião de equipe em que a ACS Rosalina foi orientada a acompanhar o caso mais de perto.

Na chegada à Unidade, Sérgio foi direcionado para o “acolhimento”. Podemos considerar “acolhimento” uma postura inerente à categoria profissional, portanto não é possível classificá-lo como um serviço da Unidade que deva ser executado por um profissional técnico, devendo ser adotado por todos, pois visa “ouvir” com atenção ao outro, não apenas como sentido (audição), mas envolvido na resolução do que ouviu, construindo vínculos fortes com a família.

Sérgio foi atendido após 30 minutos de espera. Mesmo tendo trabalhado a noite toda, o cliente foi atendido pela enfermeira que não se identificou, realizando, após a queixa do paciente, uma série de perguntas.

Nesse ponto, a entrevista que compõe uma das etapas do processo de enfermagem, sendo fundamental para a coleta de dados que conduzem ao processo diagnóstico de elaboração de um plano terapêutico, não foi utilizada pela enfermeira durante o processo, consistindo de perguntas fechadas, não permitindo ao cliente maior oportunidade de contextualizar sua queixa, inviabilizando a comunicação efetiva entre profissional e cliente. A abordagem ampliada durante a entrevista subsidia a coleta de dados para a equipe multiprofissional, obedecendo às especificidades de cada categoria. Após mensurar os dados vitais de Sérgio, Rita identificou uma elevação na pressão arterial e comentou a respeito do peso, já que o IMC do paciente, caso fosse calculado e de acordo com os valores mesurados pela profissional, apontaria 27,7, direcionando-o para o agendamento de uma consulta médica.

Após a consulta médica, outros fatores são identificados: a dor nas pernas, a relação na família... Assim, podemos nos perguntar:

- As condutas foram adequadas?
- O que mais poderia ser abordado com relação ao risco cardiovascular?
- A orientação com relação à dieta foi suficiente para que Sérgio entendesse os riscos associados à ingestão elevada de sal?
- A orientação para a prática de exercícios foi compreendida por Sérgio?

A percepção de Sérgio quanto ao processo de adoecimento precisa ser identificada, pois o entendimento muitas vezes é pautado por experiências vividas ou assistidas de alguma forma no contexto familiar no processo de adoecer. Sérgio, que até aquela data não via essa necessidade de serviço de saúde, fez uso de outras estratégias, até que, sem saída, procurou a Unidade. A equipe deve estar sensível a essa percepção, que irá proporcionar um campo de discussão para a adesão ao tratamento. Além disso, havia uma experiência anterior na família, o que o deixou preocupado.

Nossa linguagem influenciará nas decisões do cliente quanto a seguir ou não o tratamento. Embora outros fatores possam contribuir nessa decisão, não basta apenas citar as condutas a serem adotadas: devemos ir mais além, procurar identificar até que ponto ele nos compreende e assim traçar um plano terapêutico, adaptado às condições dele e da família, como verificamos quando Cleide se prontificou a ajudar o marido. Sérgio não aderiu ao tratamento, como constatado no mês seguinte em consulta com Dr. Felipe, sendo solicitada então a consulta com a enfermeira Rita em 30 dias. A consulta de enfermagem ocorre 30 dias depois: a enfermeira aborda com mais detalhes a doença, o tratamento e suas consequências. Aqui, podemos refletir sobre a necessidade de um plano comum de tratamento entre os profissionais.

Considerando os dias decorridos desde o primeiro atendimento, o caso de Sérgio foi discutido em equipe somente após um mês e meio, quando então a ACS Rosalina foi comunicada da necessidade de incluí-lo no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no acompanhamento da família, bem como no HIPERDIA. Esses dois sistemas de informação dão subsídios para o planejamento do cuidado, bem como possibilitam o conhecimento da realidade epidemiológica da população cadastrada, identificando o número de pessoas em risco e o detalhamento das morbidades no território.



Saiba mais...

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, os gestores das secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde.

Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico dessa população e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida e à redução do custo social.

Fonte: Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807)

A equipe deve monitorar sua população de risco, de modo a efetivar ações de promoção e prevenção. Sérgio procurou o serviço, mesmo pensando ser um “touro” invulnerável à doença, mas qual o papel da Estratégia Saúde da Família na questão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)? A equipe tem conhecimento de sua população em risco? Há algum instrumento que possa trazer informações com relação à população cadastrada que esteja em risco? Depois de identificado o risco, qual a atitude esperada dessa equipe?

Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem é legitimada por meio do processo de enfermagem que consiste na sistematização do cuidado. A resolução COFEN 358/2009:

estabelece que processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e ainda destaca as cinco etapas: coleta de dados (ou histórico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

A entrevista compõe a primeira etapa do processo de enfermagem por meio da coleta de dados e do exame físico:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009).

A enfermeira Rita não realizou uma consulta de enfermagem neste primeiro contato com Sérgio, mesmo tendo encontrado alterações importantes, deixando de identificar fatores e adotar medidas que contribuiriam para o seguimento do caso. O uso do protocolo de enfermagem, quando existente no município, ajudaria nessa situação? Na sua prática, o protocolo de enfermagem facilita ou dificulta a consulta de enfermagem?

Conclusão

No caso Sérgio, a abordagem inicial deixou algumas necessidades pendentes, nos permitindo refletir sobre:

A importância do primeiro contato com o cliente;

- A percepção do processo de adoecimento por parte do cliente;
- O envolvimento da família no processo do cuidar;
- A necessidade de um plano terapêutico multidisciplinar conjunto;
- Os mapeamentos de risco na população cadastrada;
- O monitoramento e uso do SIAB no planejamento da equipe.

Esses são elementos indispensáveis à assistência integral em Saúde da Família.

Referências

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 358/2009**. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 05 dez. 2014.

Bibliografia consultada

ABRASCO. **Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em saúde**. Educação a Distância/Escola Nacional de Saúde Pública – Concepções sobre Saúde e Doença. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção à saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2014.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2014.

▶ Doenças periodontais

Marcia Regina Ramalho da Silva Bardauil



Para que qualquer intervenção odontológica ocorra com segurança, é necessário conhecer o paciente como um todo. Portanto, saber a rotina pessoal e a história médica faz parte do diálogo inicial com o paciente no primeiro contato. Problemas sistêmicos, emocionais ou físicos podem impedir ou retardar um tratamento odontológico por menos invasivo que seja (VIEIRA et al., 2010). Assim, no caso de Sérgio, devemos considerar os fatores emocionais e físicos.

Fatores emocionais causados pelo período de desemprego e a troca do turno de trabalho (noturno) alteraram a sua rotina familiar, e, sem dúvida, influenciaram no seu desequilíbrio psicológico. Tais fatores foram relatados pelo próprio paciente, como irritabilidade, insônia e a preocupação da responsabilidade de um pai (VIEIRA et al., 2010).

Fatores físicos como maus hábitos alimentares e má higiene bucal decorrentes da troca do turno de trabalho podem estar associados. Alimentos mais fibrosos e com mais proteínas devem ter sido substituídos por outros mais fáceis de preparar e mastigar, por exemplo, massas e frituras. Mesmo porque a dor relatada de seus dentes não aconteceu de uma hora para outra, visto que várias cáries extensas foram diagnosticadas. Invariavelmente à dor de dente, a má alimentação e a má higiene facilitaram a instalação da doença gengival (PENNEL; KEAGLE, 1977).

Devemos considerar também que as extensas cáries e a perda de dentes posteriores, responsáveis pela mastigação, podem ter feito com que Sérgio tenha concentrado sua mastigação nos dentes anteriores. Somando-se esses fatores, o progresso da doença periodontal, com perda da inserção óssea, foi inevitável, levando à mobilidade dos dentes anteriores (VIEIRA et al., 2010).

Como em todo planejamento odontológico, a emergência se sobrepõe a qualquer outro procedimento. No entanto, nesse caso, como o paciente apresenta pressão alta e ainda faltavam, na altura, resultados de exames (sangue e urina), devemos iniciar somente com a orientação sobre a dieta e a higiene bucal. Um dos procedimentos mais simples, uma limpeza ou profilaxia bucal, pode causar danos e descompensar pacientes que utilizam medicamentos de uso contínuo nessa situação em que ainda está sob investigação (FORNER et al., 2006).

O uso de profilaxia antibiótica previamente a procedimentos odontológicos com provável sangramento está indicado em pacientes cardiopatas, com risco de desenvolvimento de endocardite bacteriana (DEBONI et al., 2001). No entanto, no caso de Sérgio, a pressão alta não necessita de tal profilaxia (DEBONI et al., 2001; DURACK, 1995).

Para procedimentos invasivos, como o tratamento endodôntico e extrações dentárias, devemos ter o momento cirúrgico oportuno para que sejam menos traumáticos e perigosos. A pressão deve estar bem controlada para evitar riscos de picos de hipertensão provocados inclusive por ansiedade e medo do paciente perante a cirurgia (ARANE-GA et al., 2004). Problemas de discrasia sanguínea e coagulação devem estar descartados para minimizar problemas durante o ato cirúrgico e mesmo de reparação. Infecção urinária ou infecções de qualquer outro tipo também devem

estar descartadas para evitar a disseminação de micro-organismos na área cirúrgica, prolongando a reparação com uma infecção secundária (PIZZO et al., 2010; LOPES et al., 2011; ARAÚJO; ARAÚJO, 2001).

No ato cirúrgico, o uso de anestésicos deve ser feito com cautela. Quantidades pequenas de anestésicos, dois tubetes e uma técnica anestésica bem realizada garantem um procedimento indolor, sem desconforto para o paciente e o profissional (PIZZO et al., 2010; LOPES et al., 2011; ARAÚJO; ARAÚJO, 2001). Anestésicos sem vasoconstritores ou com vasoconstritores sintéticos parecem ser mais seguros para pacientes cardíacos. No entanto, anestésicos como a mepivacaína a 2% associada ao vasoconstritor adrenalina 1:100.000 não implicam riscos e podem ser utilizados nos casos em que seja necessário um maior tempo de trabalho, perto de quatro horas (AKUTSU et al., 1964; MALAMED, 1987; PERUSE, 1992). No caso em questão, as exodontias dos dentes anteriores podem ser realizadas em um único tempo utilizando tal anestésico, assim como no tratamento endodôntico.

Referências

- AKUTSU, A. et al. American Dental Association and American Heart Association. Management of dental problems in patients with cardiovascular disease. **J Am Dent Assoc.**, n. 68, p. 333-342, 1964.
- ARANEGA, A. M. et al. Antimicrobial prophylaxis at dentistry offices. **Rev Odontol Araçatuba**, v. 25, n. 1, p. 33-38, 2004.
- ARAÚJO, I. C.; ARAÚJO, M. V. A. **Etiopatogenia da hipertensão arterial, riscos e condutas preventivas a serem empregadas no atendimento odontológico a pacientes hipertensos.** Seminário apresentado no curso de mestrado, 2001.
- DEBONI, M. C. Z. et al. Profilaxia antibiótica: recomendações atuais. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 55, n. 2, p. 96-99, 2001.
- DURACK, D. T. Prevention of infective endocarditis. **N Engl J Med**, v. 332, n. 1, p. 38-44, 1995.
- FORNER, L. et al. Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. **J Clinical Periodont**, v. 33, n. 6, p. 401-407, 2006.
- LOPES, D. R. et al. Randomized study of surgical prophylaxis in immunocompromised hosts. **J Dental Research**, v. 90, n. 2, p. 225-229, 2011.
- MALAMED, S. F. **Handbook of medical emergencies in the dental office.** 3rd ed. St Louis: Mosby-Year Book, 1987.
- PENNEL, B. M.; KEAGLE, J. G. Predisposing factors in the etiology of chronic inflammatory periodontal disease. **J Periodont**, v. 48, n. 9, p. 517-532, 1977.
- PERUSSE, R. et al. Contraindications to vasoconstrictors in dentistry: Part I. Cardiovascular diseases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, n. 74, p. 679-686, 1992.
- PIZZO, G. et al. Dentistry and internal medicine: from the focal infection theory to the periodontal medicine concept. **Eur J Intern Med.**, v. 21 n. 6, p. 496-502, Dec. 2010.
- VIEIRA, T. R. et al. Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 2, p. 237-243, 2010.

► Síndrome Metabólica



a. Dislipidemia e risco cardiovascular

Maysa Cendoroglo

Para discutirmos o manejo da dislipidemia e a estratificação de risco cardiovascular a partir do caso Sérgio, primeiramente vamos nos ater sobre a dosagem dos lípides sanguíneos.

Para a realização da dosagem dos níveis séricos das lipoproteínas, o paciente deve estar em jejum de 12 a 14 horas, evitar atividade física vigorosa e ingestão de álcool nas 24 a 72 horas que antecedem o exame; estar com dieta habitual, peso e estado metabólico estáveis por pelo menos duas semanas. Quando essas recomendações são feitas aos pacientes, a interpretação dos resultados será mais adequada. As concentrações de triglicérides podem ser superestimadas pelo aumento do glicerol livre, como no exercício recente, doença hepática aguda, Diabetes Mellitus descompensado, nutrição parenteral ou medicação intravenosa contendo glicerol. Nesses casos, é recomendada reavaliação em momento clinicamente mais oportuno.

A acurácia na determinação do perfil lipídico depende de variações analíticas (relacionadas à metodologia e a procedimentos utilizados pelos laboratórios) e pré-analíticas (relacionadas a procedimentos de coleta e preparo da amostra ou a fatores intrínsecos do indivíduo, como estilo de vida, uso de medicações e doenças associadas). Pacientes com alterações no perfil lipídico devem ter seus exames confirmados pela repetição de nova amostra a ser realizada com o intervalo mínimo de uma semana e máximo de dois meses após a coleta da primeira amostra.

Entre duas dosagens sucessivas, é aceita como variação intraindividual máxima aceitável (estimada pelos coeficientes de variação biológico e analítico) para CT 9,1%, LDL-C 13,5%, HDL-C 13,4% e TG 27,6%. Isso significa que, em relação aos exames de Sérgio, podemos esperar:

- Variação de colesterol total de 218 a 262;
- LDL de 141 a 185;
- HDL de 42 a 56;
- Triglicérides de 101 a 179.

Caso a variação entre as duas dosagens seja superior à máxima aceitável, deve-se suspeitar de interferência pré-analítica ou analítica e proceder-se a uma terceira dosagem.

Com o objetivo de *screening*, é suficiente avaliar o colesterol total e os triglicerídeos. Caso seja possível dosar as frações de colesterol, as metas de tratamento serão baseadas nas frações.

Nesse caso, o paciente apresenta triglicerídeos 140 (o recomendável seria abaixo de 150 mg/dL). Portanto, deve ser orientado a manter a dieta equilibrada em gordura para que continue com os valores satisfatórios. Se possível, dar preferência a azeite, óleo de canola, óleo de girassol, óleo de milho ou mesmo óleo de soja. Evitar embutidos (linguiça, salsicha), frituras e retirar a gordura visível das carnes antes do preparo. É recomendável uma maior ingestão de verduras e frutas frescas e menos produtos industrializados, inclusive biscoitos, massas e salgadinhos. A alimentação

do brasileiro, que tem arroz, feijão, uma carne e uma salada, é saudável se for proporcionalmente equilibrada e se for preparada de forma adequada.

Estratificação de risco

Para realizar a estratificação de risco:

- Primeiro passo: identificar se Sérgio apresenta doença aterosclerótica ou equivalente;
- Segundo passo: cálculo do escore de Framingham;
- Terceiro passo: identificar se Sérgio apresenta fatores agravantes;
- Quarto passo: definição do estrato de risco a partir das informações anteriores.

Realizando a estratificação de risco:

PRIMEIRO PASSO

- Recomendação grau I (nível de evidência A).
- Identificação de manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes (doença coronária manifesta atual ou prévia; doença arterial cerebrovascular; doença arterial periférica; doença arterial carotídea, com estenose maior ou igual a 50%; Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2).
- Risco maior que 20% em 10 anos de apresentar novos eventos cardiovasculares.

Sérgio não apresenta manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes.

SEGUNDO PASSO

Cálculo do escore de Framingham para Sérgio

Idade = 35 anos	0 ponto
Colesterol total = 240	2 pontos
HDL-Col = 49	0 ponto
PA = 140 x 90	2 pontos
Diabetes não	0 ponto
Tabagismo não	0 ponto
Total	4 pontos = risco absoluto de 7%

Sérgio apresenta o risco baixo ou probabilidade de 7% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos.

TERCEIRO PASSO

Fatores agravantes:

- História familiar de doença coronária prematura (parente de primeiro grau masculino < 55 anos ou feminino < 65 anos);
- Síndrome metabólica;
- Micro ou macroalbuminúria > 30 ug/min;
- Hipertrofia ventricular esquerda;
- Insuficiência renal crônica – creatinina > 1,5 mg/dL ou clearance de creatinina < 60 ml/min;
- Proteína C reativa de alta sensibilidade > 3 mg/L – na ausência de etiologia não aterosclerótica;
- Exame complementar com evidência de doença aterosclerótica subclínica – escore de cálcio coronário > 100 ou > percentil 75 para idade ou sexo – espessamento de carótida máximo > 1 mm – índice tornozelo braquial < 0,9.

Recomendação grau IIa (nível de evidência B)

São parentes por consanguinidade:

- Pai, filho e mãe (em primeiro grau);
- Irmãos e avós (em segundo grau);
- Tios, sobrinhos e bisavós (em terceiro grau);
- Primos e trisavós (em quarto grau).

Sérgio não possui antecedente familiar de doença coronária em parente de primeiro grau.

QUARTO PASSO

Para os indivíduos sem aterosclerose significativa: escore de risco de Framingham.

Resultado:

- Risco baixo (probabilidade < 10% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos);
- Risco alto (probabilidade > 20% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos);
- Risco intermediário (probabilidade entre 10% e 20% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos): maior atenção deverá ser dada aos fatores agravantes para aperfeiçoar a acurácia do escore de risco de Framingham.

Indivíduos de baixo e médio risco com critérios agravantes podem ser classificados em uma categoria de risco acima daquela estimada isoladamente pelo escore de Framingham.

Os testes bioquímicos e/ou de imagem para detecção da aterosclerose subclínica não são preconizados de rotina, mas podem ser usados em indivíduos com história familiar de doença aterosclerótica precoce ou que sejam de risco intermediário pelo escore de Framingham.

Sérgio não apresenta fatores agravantes e, portanto, pode ser classificado como um paciente no estrato de risco baixo risco ou probabilidade de 7% de infarto ou morte por doença coronária em 10 anos..

Fonte: IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2007.

Abordagem terapêutica a partir do caso Sérgio

Baseada na estratificação de risco, deve ser estabelecida a estratégia de tratamento para Sérgio.

Baixo risco: mudanças de estilo de vida – reavaliar em seis meses;
 Risco intermediário: mudanças de estilo de vida – reavaliar em três meses;
 Risco alto: mudança de estilo de vida + medicação – reavaliar em três meses;
 Aterosclerose manifesta: mudança de estilo de vida + medicação – reavaliação individualizada.

Sérgio apresenta baixo risco, portanto devem ser enfatizadas as mudanças de estilo de vida e a reavaliação deve ser realizada em seis meses.

Definir a meta que se pretende atingir

- Baixo risco – < 10% – meta LDL-C < 160 mg/dL e não-HDL-C < 190 mg/dL;
- Risco intermediário – 10% a 20% – meta LDL-C < 130mg/dL e não HDL-C < 160 mg/dL;
 Risco alto – > 20% – meta LDL-C < 100 mg/dL (opcional < 70) e não HDL-C < 130 mg/dL (opcional < 100);
- Aterosclerose manifesta – > 20% – meta LDL-C < 70 mg/dL e não HDL-C < 100 mg/dL;
- Diabéticos: HDL-C > 50 mg/dL; TG < 150 mg/dL;
- Mulheres: HDL-C > 50 mg/dL; TG < 150 mg/dL;
- Homens: HDL-C > 40 mg/dL; TG < 150 mg/dL.

No caso de Sérgio, as metas são:

- LDL-C < 160 mg/dL;
- Não HDL-C < 190 mg/dL;
- HDL-C > 40 mg/dL;
- TG < 150 mg/dL.

Se repetirmos os exames para confirmação, conforme recomendado, devemos trabalhar com a média dos resultados. No momento, vamos considerar apenas os dados que temos:

- Colesterol total: 240;
- LDL: 163 (está acima da meta);
- Não HDL-C (CT – HDL): 191 (está acima da meta);
- VLDL: 28;
- HDL: 49 (está dentro da meta);
- Triglicérides: 140 (está dentro da meta).

Portanto, considerando a avaliação como um todo, podemos perceber que adesão à atividade física, alimentação equilibrada, perda de peso e controle do estresse podem em muito contribuir para o controle dos fatores de risco para doença cardiovascular desse paciente.

Para que haja aderência sem que o paciente subestime o valor das orientações, é fundamental que ele compreenda os objetivos e as formas de melhorar o seu estilo de vida.

Referência

IV DIRETRIZ Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, Suplemento I, abr. 2007.

Bibliografia consultada

CENDOROGLO, M. S.; ARAÚJO, L. M. Q; MAGALHÃES FILHO, F. M. Conduta nas Dislipidemias. In: RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLO, Maysa Seabra (Coord.). **Guia de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2011. (Guias de medicina ambulatorial e hospitalar / editor da série: Nestor Schor.)

b. Hipertensão arterial sistêmica

Ricardo Baladi

Muitas pessoas como Sérgio têm pressão arterial (PA) elevada, provavelmente sem diagnóstico de hipertensão e muito menos controle adequado. A consequência final do não diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS), somada a tratamento inadequado ou inexistente, ajuda a engordar as estatísticas sombrias divulgadas mundialmente relacionando mortalidade alta, doenças cardiovasculares e HAS.

Pelo fato de a **HAS** ser uma doença oligossintomática (ou seja, com pouca ou nenhuma manifestação clínica), boa parte dos pacientes acaba tomando conhecimento de seus níveis tensionais em consulta de rotina, no seu emprego, ou durante uma avaliação clínica voluntária (check-up), como no caso de Sérgio. Apesar de a HAS surgir preferencialmente a partir da quinta década de vida, pacientes mais jovens como Sérgio e que possuem alguns fatores de risco para hipertensão arterial, como sobrepeso (IMC, se calculado, de 27,7 kg/m²), sedentarismo, falta de sono reparador, genética e dieta irregular (excesso de sal), são candidatos a se tornar hipertensos precocemente. Além dos fatores ambientais e de estilo de vida, o fato de o paciente possuir como antecedentes familiares diretos para doença cardiovascular o avô, que sofreu acidente vascular cerebral (AVC), e a mãe, com hipertensão arterial, também é forte preditor para HAS.

No exame físico de Sérgio, encontramos sobrepeso e uma medida de pressão arterial (PA) elevada confirmada em duas consultas, primeiro pela enfermeira Rita e depois pelo médico Felipe.

As diretrizes atuais preconizam para o diagnóstico correto de hipertensão arterial sistêmica que as medidas sejam realizadas no mínimo em duas consultas distintas, após cinco minutos de repouso do paciente em posição sentada, nos dois braços. Após esse repouso, são averiguadas três medidas consecutivas da PA na posição sentada, com intervalo de um minuto entre elas. Como Sérgio está sendo avaliado pela primeira vez, e o método mais confiável e disponível para diagnóstico de HAS é a medida da PA no consultório, as convenções citadas devem ser seguidas corretamente. Outros dados do exame físico que devem sempre ser lembrados e realizados pelo médico pela facilidade de execução e informações que deles se extraem são a medida da circunferência da cintura abdominal e a realização de um exame de fundo de olho.

Ainda em relação ao diagnóstico de hipertensão, pacientes jovens como Sérgio devem ser submetidos a uma avaliação laboratorial sucinta, procurando afastar doenças que possam levar à hipertensão arterial secundária e também com intuito de detectarmos lesões em órgãos-alvo. Para tanto, além dos exames realizados descritos no caso, seria conveniente a dosagem de sódio e potássio séricos, ácido úrico e uma radiografia de tórax.

Sérgio possui uma combinação de fatores como pressão arterial elevada, colesterol total e LDL altos, triglicérides no limite da normalidade, glicemia alterada (provavelmente intolerância à glicose), circunferência abdominal (não medida) maior que o valor esperado para homens (102 cm), e que juntas, essas alterações clínico-laboratoriais nos permitem aventar a hipótese diagnóstica de Síndrome Metabólica (SM), como descrito no texto de mesmo nome. A presença da SM em pacientes hipertensos como Sérgio é um sinal de alerta para futuras complicações cardiovasculares sérias, como doenças coronarianas e acidente vascular cerebral, sendo imprescindíveis o tratamento da hipertensão arterial e mudanças no estilo de vida.

Após o diagnóstico de HAS, partimos para a decisão terapêutica, sendo necessária a estratificação de risco cardiovascular global, a qual por sua vez levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, as lesões em órgãos-alvo e a presença de doenças cardiovasculares.

Além dos fatores clássicos de risco cardiovascular (idade, tabagismo, dislipidemias, Diabetes Mellitus, história familiar prematura de doença cardiovascular), novos fatores de risco cardiovascular vêm sendo identificados, e, embora ainda não tenham sido incorporados em escores clínicos de estratificação de risco, têm sido sugeridos como marcadores de risco adicionais em diferentes diretrizes:

- Glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL) e hemoglobina glicada anormal;
- Obesidade abdominal (circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres), pressão de pulso > 65 mmHg (em idosos);
- História de pré-eclâmpsia na gestação;
- História familiar de hipertensão arterial (em hipertensos limítrofes).

No caso do nosso paciente, podemos classificá-lo em relação à sua estratificação de risco cardiovascular global como de risco baixo a moderado (possui de um a dois fatores de risco com PA limítrofe ou HAS estágio 1) e aparentemente não contém lesão de órgão-alvo.

O primeiro passo terapêutico mais apropriado para Sérgio seria por meio de esforço multiprofissional composto por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, entre outros. Esses profissionais da saúde darão ênfase às mudanças no estilo de vida citadas a seguir:

1. Controle de peso – avaliação com nutricionista para orientação alimentar e redução do consumo de sal;
2. Exercícios físicos, de preferência aeróbicos, de no mínimo 40 minutos, quatro vezes por semana;
3. Evitar consumo de álcool;
4. Controle do estresse psicossocial.

O paciente Sérgio deve ser reavaliado após a introdução dessas medidas higienodietéticas em três e seis meses, em que será avaliada a sua PA e alteração para melhor, se for o caso, do seu perfil metabólico (colesterol, ácido úrico etc.). Caso não ocorra controle pressórico, perda de peso e melhora no perfil metabólico, deverá ser iniciado em Sérgio o tratamento medicamentoso da PA e, se necessário, da dislipidemia, com ênfase multiprofissional, para que ele seja mais aderente às mudanças no estilo de vida.

Em relação ao tratamento medicamentoso, preconiza-se utilizar a monoterapia em pacientes sem lesão de órgão-alvo, não diabéticos e com risco cardiovascular global baixo-moderado. Hoje no mercado estão disponíveis vários anti-hipertensivos divididos em grandes grupos, como diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina II, bloqueadores dos receptores da angiotensina I e, mais recentemente, os inibidores diretos da renina. Levando-se em conta o nosso paciente, caso precise começar o uso de anti-hipertensivo, o mais correto será iniciarmos um único anti-hipertensivo, o qual deve ter poucos ou mínimos efeitos colaterais, biodisponibilidade adequada nas 24 horas do dia e, por fim, esteja disponível em postos de saúde. Sempre procurar instruir o paciente quanto à necessidade da aderência diária à medicação anti-hipertensiva para o ótimo controle pressórico.

c. Síndrome metabólica e alterações glicêmicas

João Roberto Sá

Conforme o apresentado no caso, Sérgio apresenta fatores para aumento do risco cardiovascular, tais como:

- Sobrepeso (provavelmente aumento da cintura abdominal);
- Dislipidemia;
- Hipertensão arterial;
- Alteração dos níveis da glicemia de jejum.

Assim, podemos classificá-lo como portador de Síndrome Metabólica (SM), que não é propriamente uma doença, mas uma associação de doenças, ou de fatores de risco cardiovasculares que aumentam a chance de ocorrência de eventos como:

- Acidente vascular-cerebral (AVC);
- Infarto agudo do miocárdio (IAM);
- Progressão de Diabetes Mellitus do tipo 2.

Síndrome metabólica

A primeira dificuldade que notamos em relação à síndrome metabólica é a ausência de um conceito universalmente aceito. Entretanto ainda existem dúvidas se o diagnóstico da SM acrescenta valor prognóstico para a doença cardiovascular, quando comparada à análise individual dos fatores de risco que a define.

Do ponto de vista prático, sugere-se o proposto pela International Diabetes Federation (IDF), que utiliza critérios de fácil obtenção, como podemos verificar no Quadro 1. Com esses critérios, podemos detectar um grande número de pessoas com maior risco de desenvolver diabetes e doença cardiovascular, e, portanto, atuar na prevenção. Um estudo conduzido na cidade de Bauru-SP, utilizando os critérios da Organização Mundial de Saúde para SM, detectou sua presença em 55% da população, o que dá a grandeza do problema.

QUADRO 1
Quadro 1 – Definição de síndrome metabólica (IDF)

Cintura abdominal aumentada com mais dois dos seguintes fatores:

- Triglicérides* ≥ 150 mg/dL;
- HDL* $c < 40$ em homens e < 50 mg/dL em mulheres;
- Pressão arterial* $\geq 130/85$ mmHg;
- Glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL.

Especificidade da cintura abdominal e etnia

	Homens (cm)	Mulheres (cm)
Europídeos	94	80
Sul-asiáticos/Chineses	90	80
Sul-americanos/africanos	90	80
Japoneses	85	80

*ou tratamento para dislipidemia e pressão arterial

Disglicemia

A disglicemia é definida como uma alteração na glicemia que, embora não corresponda aos critérios diagnósticos de diabetes, encontra-se com níveis elevados em relação à normalidade (Quadro 2). Pode ser dividida em glicemia de jejum alterada e intolerância à glicose, sendo ambas preditoras para ocorrência de Diabetes Mellitus e doenças cardiovasculares.

QUADRO 2
Diagnóstico de disglicemia

Glicemia (mg/dL)	
Em jejum: 100 a 125	Glicemia de jejum alterada
2 horas após 75 gramas de glicose via oral > 140 mg/dL e < 200 mg/dL	Intolerância à glicose



Saiba mais...

A intolerância à glicose é mais frequente nos indivíduos obesos e se associa a outros fatores de risco cardiovasculares, como resistência insulínica, dislipidemia e hipertensão arterial, ou seja, uma descrição que lembra nosso paciente Serjão. Outras causas que podem levar à disglícemia são os medicamentos, tais como betabloqueadores, o ácido nicotínico e os diuréticos tiazídicos.

No caso estudado está indicada a realização de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 gramas para classificarmos corretamente seu grau de anormalidade em relação ao metabolismo da glicose. Além das disglícemias, as situações mais comuns com indicação para investigação de diabetes são:

- Idade superior a 45 anos;
- Índice de massa corporal (IMC) ≥ 27 kg/m²;
- Antecedente familiar de diabetes;
- Mulheres que tiveram diabetes gestacional ou filhos que nasceram com peso superior a 4 kg;
- Pacientes hipertensos, dislipidêmicos;
- Doença aterosclerótica.

A seguir podemos verificar a interpretação de um teste oral de tolerância à glicose:

QUADRO 3 Diagnóstico de anormalidade no metabolismo da glicose após TOTG		
Glicemia (mg/dL)	Jejum (mg/dL)	Após 120 minutos (mg/dL)
Glicose jejum alterada	>99 e <126	< 140
Tolerância diminuída à glicose	< 126 mg/dL	>140 e < 200
Diabetes Mellitus		≥ 200

Estudos epidemiológicos e experimentais mostram que alterações na glicemia, inferiores aos valores diagnósticos de diabetes, predispõem à aterosclerose e aumentam o risco cardiovascular. Assim, as alterações no estilo de vida, como realização de exercícios regulares, dieta e perda de peso e controle da dislipidemia, são de importância fundamental para a redução na velocidade de progressão para o diabetes. Em relação aos medicamentos para controle da glicemia, os trabalhos clínicos demonstraram ação em relação à metformina, à orlistate e à acarbose, **mas não superiores às mudanças no estilo de vida.**