

YELLOWBOOK

FLUXOS E CONDUTAS

AMBULATÓRIO

SAÚDE DA FAMÍLIA E CONDUTAS DO DIA A DIA



YELLOWBOOK

FLUXOS E CONDUTAS

AMBULATÓRIO

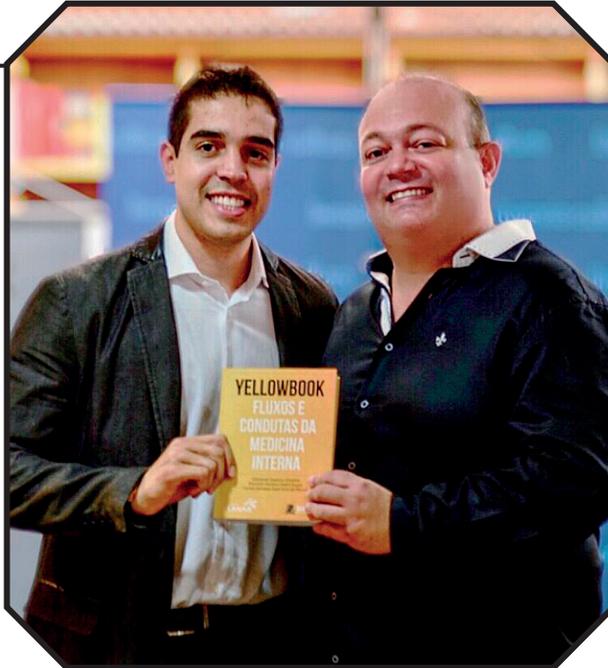
SAÚDE DA FAMÍLIA E CONDUTAS DO DIA A DIA

1ª EDIÇÃO

Clístenes Queiroz Oliveira
Marconi Moreno Cedro Souza



AUTORES



Marconi Moreno Cedro Souza

Especialista em Gastroenterologia pela Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce/OSID (2015 - 2017). Atualmente residente do serviço de Endoscopia Digestiva da Universidade de São Paulo.

Clístenes Queiroz Oliveira

Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professor de Endocrinologia da UNIFACS. Professor da Residência de Clínica médica do Hospital Santo Antônio - OSID. Mestrando em Medicina e Saúde pela EBMSp. Especialista em Clínica Médica e Endocrinologia.

COLABORADORES

- **Aderbal Sousa Pereira Júnior**
- **Adilson Junior Pinto Galvão**
- **Alexandra Aguiar**
- **Alexandre Lins**
- **Allana Silveira**
- **Alynne Carvalho**
- **Amarildo Souza Rocha Filho**
- **Ana Beatriz Nascimento Gonzaga**
- **Ana Carolina Abrantes Santos**
- **Ana Flávia Miranda Landin**
- **Ana Luisa Souza Pedreira**
- **Ana Paula Sampaio Pitangueira**
- **Anderson da Silva Abreu**
- **André Barreto**
- **André Cedro Souza**
- **Andressa Alba**
- **Arthur Arrais**
- **Augusto Barg**
- **Augusto Vianna Cedro**
- **Breno Gusmão**
- **Bruna de Sá Barreto Pontes**

- **Caio Cafezeiro**
- **Caio Perez**
- **Camila da Silva Cendon Duran**
- **Camila Oliveira Rego**
- **Camilla Correia de Araújo Pereira**
- **Carla Amaro**
- **Carlos Antonio Moura**
- **Carolina Sampaio**
- **Caroline Pólvora Rezende**
- **Dalila de Almeida Guedes**
- **Daniel Angelin Matias**
- **Daniela Galvão**
- **Daniela Nascimento Andrade**
- **Débora Nicácio Falcão**
- **Diego Ferraz**
- **Dimona Macêdo**
- **Diogo Guimarães**
- **Edson Lima Filho**
- **Emyle Mayra Santana Alves Almeida**
- **Ênio Vinícius de Lima Pereira**
- **Enzo Loandos Oliveira**
- **Eva Valadares dos Anjos**
- **Fabio Holanda Lacerda**

- **Felipe Costa Neves**
- **Felipe Freire**
- **Felipe Neves**
- **Felipe Tagliacollo Nascimento dos Anjos**
- **Fernanda Dal Bello**
- **Fernanda Linhares**
- **Filipe Seixas**
- **Frederico Foeppel**
- **Gabriela Azevedo Silva**
- **Gabriela Lins de Magalhães Bastos**
- **Gabriela Novais**
- **Giovanna Farias Silva**
- **Giulia Chagas Pinho**
- **Guilherme Andrade**
- **Gustavo Cedro Souza**
- **Gustavo Sodré**
- **Hugo Cedro Souza**
- **Hugo Ribeiro de Jesus Almeida**
- **Hylka Araujo**
- **Ingrid Barbosa**
- **Ingrid Menezes Marques**
- **Isabele Araújo Tavares**
- **Isla Miranda**

- **Ivan de Sousa Araújo**
- **Izabella Luna**
- **Jamary Oliveira-Filho**
- **Joanna Garzedin Gomes**
- **João Kleber Menezes**
- **José Adailto de Oliveira Neto**
- **José de Souza Neto**
- **José Sarmiento Cardoso Neto**
- **Josecy Peixoto**
- **Joyce Bispo Leal**
- **Júlia de Castro de Souza**
- **Júlia Fadini**
- **Júlia Nascimento Denovaro**
- **Júlia Pinheiro Martins**
- **Júlia Tavares Pereira**
- **Juliana Faustino de Oliveira Queiroz**
- **Juliana Lomanto Cerqueira**
- **Juliana Magalhães Andrade Costa dos Reis**
- **Juliana Matos da Silva**
- **Juliana Souza Rocha**
- **Juliana Soares Ladeia**
- **Kaio Cruz**

- **Laine Fiscina**
- **Laís Fernanda Correia Pimentel**
- **Lara Freitas Marback**
- **Lauro José Ribeiro Viana**
- **Leandro Anton**
- **Lenno Anjos**
- **Leonardo Hackbart**
- **Leonardo Peixoto**
- **Leonardo Pereira Santana**
- **Letícia Teixeira Almeida**
- **Leslie Xavier Cedro Machado**
- **Lisiane Dantas**
- **Lister Cedro Ramos**
- **Lorena Galvão de Araújo**
- **Lorena Mascarenhas Veneza**
- **Lorena Menezes Caldas**
- **Lorena P. Moura**
- **Luana Amorim de Souza**
- **Luana Bomfim Menezes**
- **Luana Maria Batista de Oliveira**
- **Luane Barreto**
- **Lucas Bonfim Fernandes**
- **Lucas Brandão Araújo da Silva**

- **Lucas Freitas**
- **Lucas Pina Dultra**
- **Lucas Kuhn P. Prado**
- **Luciana Brito Correa**
- **Luciana Matos Oliveira Isabella**
- **Luís Eduardo de Assis Rizério**
- **Luís Henrique de Assis**
- **Luiz Brandão D. C. Júnior**
- **Luiz Henrique de Assis**
- **Luíz Ricardo**
- **Luiza Alves Matos**
- **Luiza Ramizia Silva Franca**
- **Luma Pestana Barbosa**
- **Maíra de Castro Fernandes**
- **Maíra Meirelles de Araújo Assis**
- **Manuela Andrade de Alencar Pereira**
- **Marcela Menezes**
- **Marcella Sallazar**
- **Márcia Gabrielle Bonfim Côrtes**
- **Márcio Britto Monteiro**
- **Márcio Guilherme de Oliveira Bastos**
- **Maria de Lourdes Lima**
- **Maria Luíza Dourado**

- **Maria Moor Brandao Lufti**
- **Mariana Azevedo Bastos Góes**
- **Mariana May Cedro**
- **Mariana Ramos**
- **Mariana Vianna Chaves Seabra**
- **Marília Victória de Souza Moreira**
- **Marília Sampaio**
- **Mateus do Rosário**
- **Mauro de Almeida Motta Júnior**
- **Mayala Thayrine de Jesus Santos Oliveira**
- **Milton Henrique Vitória de Melo**
- **Mirella Lins Matos**
- **Murilo Reverendo Duarte**
- **Nara Matias Cedro**
- **Natalia Santos Bomfim**
- **Nathália Crusoé**
- **Nathália Santana Cerqueira**
- **Nelma Carneiro de Araújo**
- **Oswaldo Aurélio Santana**
- **Patrícia Góes Prado**
- **Paula Ferreira**
- **Paulo Roberto Meira Góes**
- **Pedro Garcia Checoli**

- **Pedro Henrique Silva Platon Bezerra**
- **Pedro Herrera**
- **Pedro Ivo Silva Cabral**
- **Philippe Arraes**
- **Pollyana Meirelles D'Almeida Cedro**
- **Rafael bandeira**
- **Rafique Caroso**
- **Raíssa Miguez de Santana**
- **Raphael Ribeiro Sampaio**
- **Raquel Luz dos Santos**
- **Raquel Paulino Dias**
- **Rayana Lima**
- **Rebeca Sessa**
- **Renata Silva de Cerqueira**
- **Rhaísa Vieira Lobão**
- **Ruan Souza Perez**
- **Sabrina Figueiredo**
- **Sandra Hoisel Gomes Arléo Barbosa**
- **Sandro de Menezes Santos Torres**
- **Sérgio Pinto**
- **Silvânia Brunelly Lima da Silva**
- **Simone Lessa**
- **Suzana Leal**

- **Synara Tolentino de Figueiredo Galvão**
- **Tarsila Lessa**
- **Thais Martinelli Torres Habibe**
- **Thiago Masashi Taniguchi**
- **Thiago Moura**
- **Venandra Ribeiro e Andrade**
- **Victor Mascarenhas de Andrade Souza**
- **Victor Reis**
- **Virgínia Silva**
- **Vitor Mendes Leite**
- **Vítor Schlittler Abreu**
- **Viviane Andrade**
- **Viviane de Jesus Torres Lima**
- **Washington Luíz de Cerqueira Almeida;**
- **Widma Caitité**
- **Zilma Barreto**

AGRADECIMENTOS

"Por não saberem que era impossível, eles foram e fizeram".

Não se sabe ao certo se quem escreveu esta frase primeiro foi o dramaturgo Jean Cocteau ou o famoso Mark Twain, mas o que não deixa dúvida é quanto ela representa a força do empreendedorismo e do trabalho de equipe. Nós, autores, Clístenes Queiroz e Marconi Cedro, agradecemos aos devotados colaboradores e coautores que fizeram este livro ser possível:

Aos médicos, residentes e ex-residentes do Hospital Santo Antônio pelo total apoio e empolgação e à sua equipe e preceptoría de Clínica Médica, pela excelência.

À Helena Cerqueira, que sempre é lembrada pelo seu amor ao que faz.

À Dra Uda Lima e a Dr. Paulo André Jesuíno, que acreditaram quando mais precisávamos.

À Escola Bahiana de Medicina, nosso suporte científico, na competente pessoa de Maria Luisa Soliani.

Ao Hospital Santo Antônio, sua diretoria, funcionários e corpo clínico pelo amparo de sempre.

À Maria Rita Lopes Pontes por toda a sua importância para nós e para a saúde da nossa população.

À Editora Sanar, nas pessoas de seus donos, editores e diagramadores pelo excelente trabalho realizado.

Eu, Clístenes Queiroz Oliveira, além de a todos acima, agradeço aos meu parceiro autor: Marconi Cedro, que sonha os mesmos sonhos que eu.

Agradeço aos meus queridos pais, Cleusa e Vandernei, por todo o amor dedicado a mim.

Aos meus avós, Domingos e Judite , a meus irmãos Danillo e Paulo Diogo e a todos os meus tios, sobrinhos e primos - meus alicerces de dignidade e amizade. E a Áurea Virgínia que me deu o pequeno Leonardo e ambos me dão alegria de viver.

Eu, Marconi Cedro, continuo a acreditar que a vida é uma construção de sonhos e o Yellow é um deles, um sonho compartilhado por centenas de pessoas e à todas elas o meu agradecimento.

À minha mãe, Sandra Cedro, meu anjo e inspiração, que em sua presença espiritual guia os meus passos. Para meu pai, Marconi Macedo, meu orgulho e maior exemplo.

À Patrícia Prado, meu amor, por toda alegria que me proporciona. Aos meus irmãos, Hugo Cedro, André Cedro e Gustavo Cedro, meus melhores amigos.

À Edna, minha segunda mãe, por toda dedicação e amor de sempre. Para toda minha família, minha base e bem maior.

Aos colegas de residência em Clínica Médica no Hospital Santo Antonio e da Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, amigos que levarei por toda a vida em meu coração.

À Helena Cerqueira e aos meus mestres e grandes amigos Carlos Geraldo, Clístenes Queiroz e Carlos Antonio, por serem os mais sábios incentivadores que a medicina me fez conhecer.

SUMÁRIO

AUTORES	5
AGRADECIMENTOS	15
O QUE É O YELLOWBOOK AMBULATÓRIO	21
DIREITO MÉDICO	23
A PRESCRIÇÃO MÉDICA	29
CUIDADOS EM SAÚDE	
PREVENÇÃO PRIMÁRIA CARDIOVASCULAR	43
MEDICINA CENTRADA NA PESSOA	65
RASTREIOS POPULACIONAIS	69
ABORDAGEM DO TABAGISMO	85
CARDIOLOGIA	
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AMBULATORIAL	95
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	113
ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	137
GASTROENTEROLOGIA	
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	151
DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO	163
DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA	179
DOENÇA CELÍACA	191
HEPATITE B	195

HEPATITE C _____	201
ABORDAGEM GERAL DO CIRRÓTICO _____	219
ASCITE _____	235
NÓDULOS HEPÁTICOS _____	241

ENDOCRINOLOGIA

ESTADOS DE HIPERGLICEMIA _____	267
DISTÚRBIOS DA TIREOIDE _____	327
DISLIPIDEMIAS _____	361
DISTÚRBIOS DA ADRENAL _____	373
DISTÚRBIOS HIPOFISÁRIOS _____	393

PNEUMOLOGIA

ASMA BRÔNQUICA AMBULATORIAL _____	403
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA AMBULATORIAL _____	415
PROFILAXIA DE DOENÇA VENOSA PROFUNDA _____	433
DERRAME PLEURAL _____	439
DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS _____	451

ONCOLOGIA

CUIDADOS PALIATIVOS _____	461
CONVERSANDO SOBRE MORTE E DOENÇA SEM TABUS _____	495

INFECTOLOGIA

ENDOCARDITE INFECCIOSA _____	501
INFECÇÃO PELO HIV _____	515
TUBERCULOSE PULMONAR _____	575

OTORRINOLARINGOLOGIA

AMIGDALITE _____	589
RINOSSINUSITE AGUDA _____	601
OTITES AGUDAS _____	615

OFTALMOLOGIA

OLHO VERMELHO E DOLOROSO _____	633
DROGAS EM OFTALMOLOGIA _____	643

DERMATOLOGIA

ERITEMA POLIMORFO _____	659
ERUPÇÃO FIXA A DROGAS _____	667
PUSTULOSE EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA _____	685
HANSENÍASE _____	703

NEUROLOGIA

SEMIOLOGIA NEUROLÓGICA _____	713
CEFALEIAS _____	727
ESCLEROSE MÚLTIPLA _____	735

NEFROLOGIA

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO _____	743
DOENÇA RENAL CRÔNICA _____	761

REUMATOLOGIA

VISÃO GERAL DA REUMATOLOGIA _____	781
DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE _____	787

ARTRITE REUMATOIDE _____	793
SÍNDROME DE ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE _____	837
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO _____	847
ESCLEROSE SISTÊMICA _____	869
GOTA _____	881
SÍNDROME DE SJÖGREN _____	893
OSTEOARTRITE _____	903
GERIATRIA	
AVALIAÇÃO GERAL DO IDOSO _____	925
DOENÇA DE PARKINSON _____	935
ABORDAGEM DAS DEMÊNCIAS _____	953
PSIQUIATRIA	
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO _____	967
TRANSTORNO BIPOLAR _____	971
ESQUIZOFRENIA _____	983
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR _____	995
ÍNDICE REMISSIVO _____	1009

Estude medicina online do ciclo básico ao internato com o SanarFlix!



<https://www.sanarflix.com.br>

PREVENÇÃO PRIMÁRIA CARDIOVASCULAR

Uma das origens conhecidas do termo polissêmico “Saúde” provém do latim *salus*, que significa “inteiro/integro” e que tem como derivada, a palavra *salvus*, cujo significado remete à “superação de ameaças à integridade física”. É aceito, ainda, que o termo tenha se incorporado ao latim clássico a partir da palavra grega *holos*, que, por sua vez apresenta uma noção de totalidade, estando de acordo com o conceito apresentado atualmente pela OMS de que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Este conceito traz consigo duas considerações:

**A ausência de doença catalogada no CID-10 não pre-
diz, necessariamente, um estado de boa saúde**

**A presença, isoladamente, da doença não impossibilita o indivíduo de
sentir-se saudável, especialmente quando o controle otimizado da sua
condição gera benefícios bem estabelecidos em literatura científica**

Neste contexto, surge a necessidade de que, na boa prática médica, medidas preventivas sejam direcionadas para as condições que mais levam à morte ou ao desenvolvimento de agravos que interfiram na qualidade de vida. A doença cardiovascular aterosclerótica (DCV) é, segundo relatório da American Heart Association divulgado em 2019, a principal causa de mortalidade nos Estados Unidos e manteve-se como principal causa de mortalidade no Brasil entre os anos 2007 e 2017. São doenças cardiovasculares ateroscleróticas:

DOENÇA CARDÍACA CORONARIANA

DOENÇA CEREBROVASCULAR, INCLUINDO ACIDENTE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO

DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

ATEROSCLEROSE OU ANEURISMA DE ARTÉRIA AORTA (ABDOMINAL OU TORÁCICA)

É estimado que o risco de ocorrência de evento cardiovascular aterosclerótico seja de 49% para homens e 32% para mulheres para aqueles que aos 40 anos ainda não manifestaram qualquer sinal de doença. Fica claro, portanto, que medidas que possam prevenir tais eventos devem ser sempre buscadas e desenvolvidas com o propósito de identificar pacientes com maior probabilidade de desenvolvimento da doença, e em posse dessa informação, fornecer

as intervenções específicas para a redução do risco atribuído.

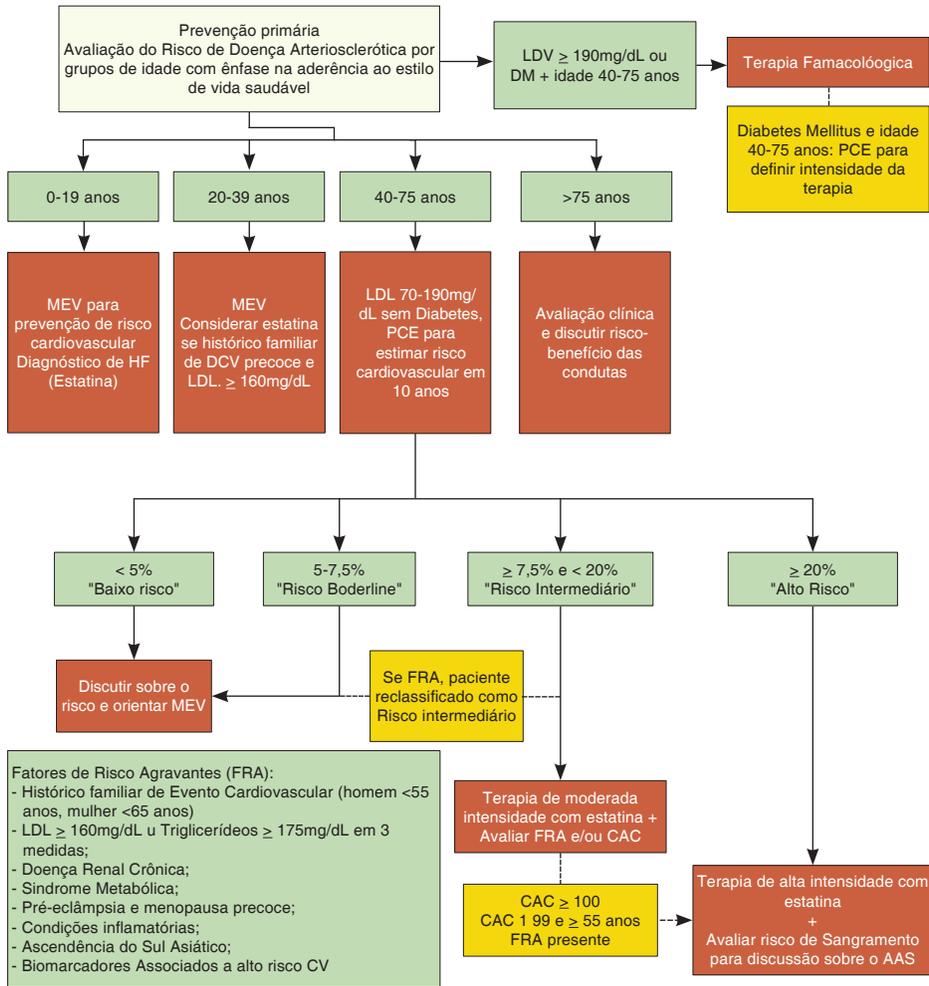
A partir dos riscos já bem conhecidos, são sugeridos pela American Heart Association e American College of Cardiology medidas dentro de 7 parâmetros (Risco Cardiovascular, Pressão Arterial, Glicemia, Colesterol, Tabagismo, Dieta, Exercício Físico), e sugerimos um parâmetro adicional (Fator emocional), que são facilmente triados ambulatorialmente, o que permite ao médico a instituição de intervenções significativas, com potencial para redução da morbimortalidade.

Para esta tarefa essencial, propomos a memorização do seguinte mnemônico que, como a ordem alfabética, norteará sistematizará a abordagem: **ABC2D2E2**.

- A** AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIVASCULAR
- B** BLOOD PRESSURE (Pressão Arterial)
- C** COLESTEROL
- C** CIGARROS (Tabagismo)
- D** DIETA
- D** DIABETES
- E** EXERCÍCIO FÍSICO
- E** EMOCIONAL



AValiação do Risco Cardiovascular



MEV: Modificações de estilo de vida; DCV: Doença cardiovascular aterosclerótica; DM: Diabetes Mellitus; FRA: Fator de Risco Agravante; AAS: Ácido Acetilsalicílico; LDL: Low-Density Lipoprotein; PCE: Pooled Cohort Equations; CV: Cardiovascular; HF: Hipercolesterolemia Familiar.

A avaliação do risco cardiovascular permite que médico e paciente tomem, em conjunto, decisões terapêuticas com potencial de reduzir a probabilidade de um evento letal. Uma abordagem sobre o tema deve ser realizada em todas as consultas, especialmente nos pacientes com mais de 20 anos de idade, através de busca ativa dos seguintes fatores: manifestação de doenças cardiovasculares ateroscleróticas (DCV), obesidade, tabagismo, Hipercolesterolemia Familiar (HF), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM).

O primeiro passo deve ser identificar pacientes com alto risco cardiovascular, a exemplo dos diabéticos e aqueles com manifestações prévias de eventos cardiovasculares ateroscleróticos.

Para os demais, entre 40 e 75 anos, a estimativa do risco deve ser formalmente obtida através de calculadora específica denominada de “Pooled Cohort Equations” também identificada como “ACC/AHA ASCVD risk Calculator”.

Há outras calculadoras para avaliação de risco cardiovascular, devendo o médico utilizar aquela que tem validação no local em que a aplica, ou que permita extrapolar os achados para a população a ser avaliada.

Seu resultado permite que seja estimada em porcentagem a probabilidade de evento cardiovascular nos 10 anos seguintes à avaliação.

Probabilidade inferior a 5% prediz baixo risco cardiovascular, taxas entre 5 e 7,5% compõem o grupo “Borderline”; Entre 7,5 e 20% risco intermediário, e taxa igual ou superior a 20% de evento nos próximos 10 anos, alto risco;

Nos pacientes com risco borderline ou intermediário, devem ser pesquisadas condições denominadas como agravantes de risco. Se pelo menos um destes fatores estiver presente, o paciente é reclassificado para grupo de risco superior. Ou seja, paciente com risco intermediário com fator agravante identificável passa a ser considerado de alto risco.

FATORES DE RISCO AGRAVANTES	
Histórico familiar de evento cardiovascular prematuro.	Condições específicas para mulheres (pré-eclâmpsia, menopausa precoce < 40 anos).
Hipercolesterolemia primária LDL-C (160-189mg/dL).	Doenças inflamatórias (especialmente artrite reumatoide, lúpus, psoríase e HIV).
Triglicerídeos persistentemente elevados (\geq 175mg/dL).	Biomarcadores associados com risco aumentado de DCV (se medidos)*
Doença Renal Crônica.	Índice Tornozelo-Braquial < 0,9.
Síndrome Metabólica.	Fatores étnicos (ascendência do sul da Ásia).

*Proteína C-reativa de alta sensibilidade \geq 2mg/L; Lipoproteína (a) \geq 50mg/dL – solicitar se há história familiar de DCV. Apolipoproteína B \geq 130mg/dL.

PACIENTES SELECIONADOS PARA CÁLCULO DO ESCORE DE CÁLCIO CORONARIANO QUE SE BENEFICIAM DE RESULTADO IGUAL A ZERO

Pacientes relutantes em iniciar a terapia farmacológica apesar da indicação.

Pacientes que interromperam o uso da estatina devido aos efeitos adversos e se preocupam com a necessidade de reinstituição da terapia.

Pacientes mais velhos (Homens entre 55 e 80 anos / Mulheres entre 60 e 80 anos) alocados no grupo de baixo risco que questionam possíveis benefícios da terapia farmacológica quando não claramente indicada.

Pacientes entre 40 e 55 anos com risco calculado entre 5% e 7,5%, com fatores agravantes identificados.

O objetivo da estimativa do risco é identificar quais pacientes se beneficiarão de , além das orientações sobre mudanças do estilo de vida, intervenção farmacológica adicional com drogas hipolipemiantes e qual a intensidade da terapia que deve ser proposta.

O papel do Ácido Acetilsalicílico (AAS) na prevenção primária

O papel do AAS na prevenção primária vem se transformando ao longo do tempo, visto que as evidências mais atuais restringem a um subgrupo específico a indicação desta droga para esse fim.

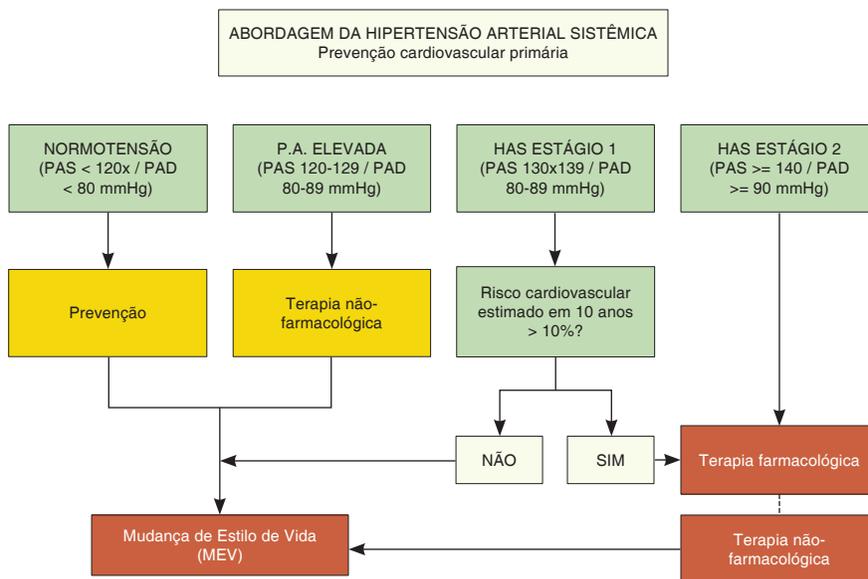
A prescrição dessa terapia deve ser realizada apenas após levado tanto o risco cardiovascular do paciente, quanto a sua chance de cursar com sangramentos.

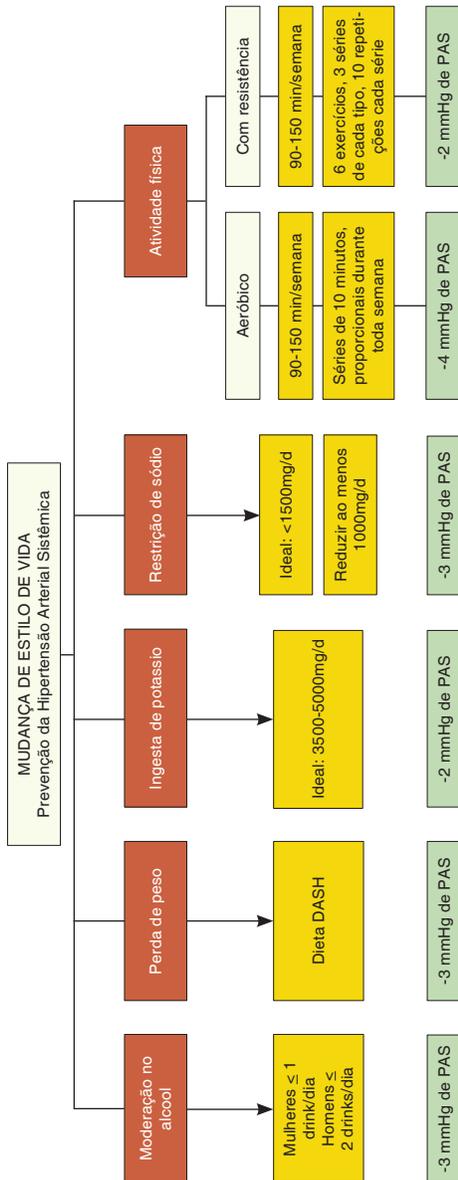
Pacientes com probabilidade moderadamente alta de sangrar, assim como pacientes ≥ 70 anos têm contraindicação de AAS como prevenção cardiovascular primária.

A indicação desta droga restringe-se a pacientes entre 40 e 70 anos com baixo risco de sangramento associado a pelo menos um dos seguintes critérios: alto risco de evento cardiovascular em 10 anos calculada pelo PCE ($\geq 20\%$) ou escore de cálcio coronariano moderado ou alto.

B BLOOD PRESSURE (Pressão Arterial)

Blood pressure, “pressão arterial” em inglês, é o segundo ponto do mne-mônico e deve remeter à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A mesma é definida por níveis sustentados de Pressão Arterial Sistólica ≥ 130 mmHg ou Pressão Arterial Diastólica ≥ 80 mmHg, e consiste no principal fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial, podendo também associar-se ao surgimento de déficit cognitivo e demência. Portanto, manter a PA em níveis seguros configura-se como um dos principais instrumentos de prevenção cardiovascular primária. Esta manutenção dentro do alvo pressórico deve ocorrer tanto em pacientes normotensos, nos quais a Mudança de Estilo de Vida (MEV) é utilizada para prevenir o desenvolvimento da doença; quanto em pacientes hipertensos, onde a MEV é considerada terapia não-farmacológica, podendo ser ou não associada a fármacos anti-hipertensivos orais específicos, a depender do estágio da doença.





O fluxograma expõe a conduta preconizada na abordagem geral (preventiva e terapêutica) da HAS. Contudo, na vigência de um capítulo específico para destrinchar o tratamento farmacológico desta patologia (drogas, doses, associações, indicações e contraindicações), optou-se por ora em explicitar detalhadamente no fluxograma os fatores englobados pela MEV, a qual é utilizada como prevenção ou tratamento não-farmacológico a depender do estado pressórico do paciente. São os principais fatores: atividade física aeróbica ou resistida; perda de peso (IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m²); modificações na dieta (adoção da DASH – *dietary approach to stop hypertension*); aumento da ingestão de potássio; restrição sódica; e redução no consumo de álcool. A meta que assegura o sucesso da prevenção primária de desfechos cardiovasculares consiste numa PA <130x80 mmHg. Para adequada complementação sobre diagnóstico, terapêutica, exames de acompanhamento e manejo clínico: vide capítulo de Hipertensão Arterial.

COLESTEROL

É reconhecido amplamente que alta concentração sérica de colesterol é um importante fator de risco modificável para a ocorrência de eventos cardiovasculares. O primeiro “C” do método mnemônico da prevenção cardiovascular primária é, portanto, o controle adequado do colesterol.

O primeiro passo deve ser identificar os pacientes com critérios bem estabelecidos para tratamento farmacológico hipolipemiante, como adultos com LDL-C (Lipoproteína de baixa densidade) $\geq 190\text{mg/dL}$ ou portadores de Diabetes Mellitus com LDL-C $\geq 70\text{mg/dL}$.

Não sendo identificadas situações nas quais a pronta indicação da terapia hipolipemiante é estabelecida, o restante dos pacientes deve ter estimada a probabilidade de evento cardiovascular nos 10 anos seguintes através da calculadora de risco “Pooled Cohort equations/ACC/AHA ASCVD risk calculator” (PCE).

O cálculo do risco dá ao médico substrato teórico para apresentar ao paciente a proposta terapêutica adequada, devendo a decisão ser compartilhada e a meta do tratamento proposto ser a redução dos valores de LDL-C de acordo com a estimativa do risco calculada para o indivíduo.

Em pacientes de Risco Intermediário (7,5%-20%) para eventos cardiovasculares em 10 anos, a terapia com estatina deve objetivar redução de pelo menos 30% do valor basal de LDL-C. Enquanto nos pacientes de Alto Risco, a redução deve objetivar pelo menos 50% do valor sérico de LDL-C.

Vale destacar que para os pacientes com risco “Borderline” (5%-7,5%) e para pacientes de risco intermediário (7,5%-20%) cujas discussões sobre terapêutica não são definitivas, podem ser avaliados fatores que auxiliem na tomada da decisão, como busca de fatores agravantes e avaliação do Escore de Cálculo Coronariano (CAC).

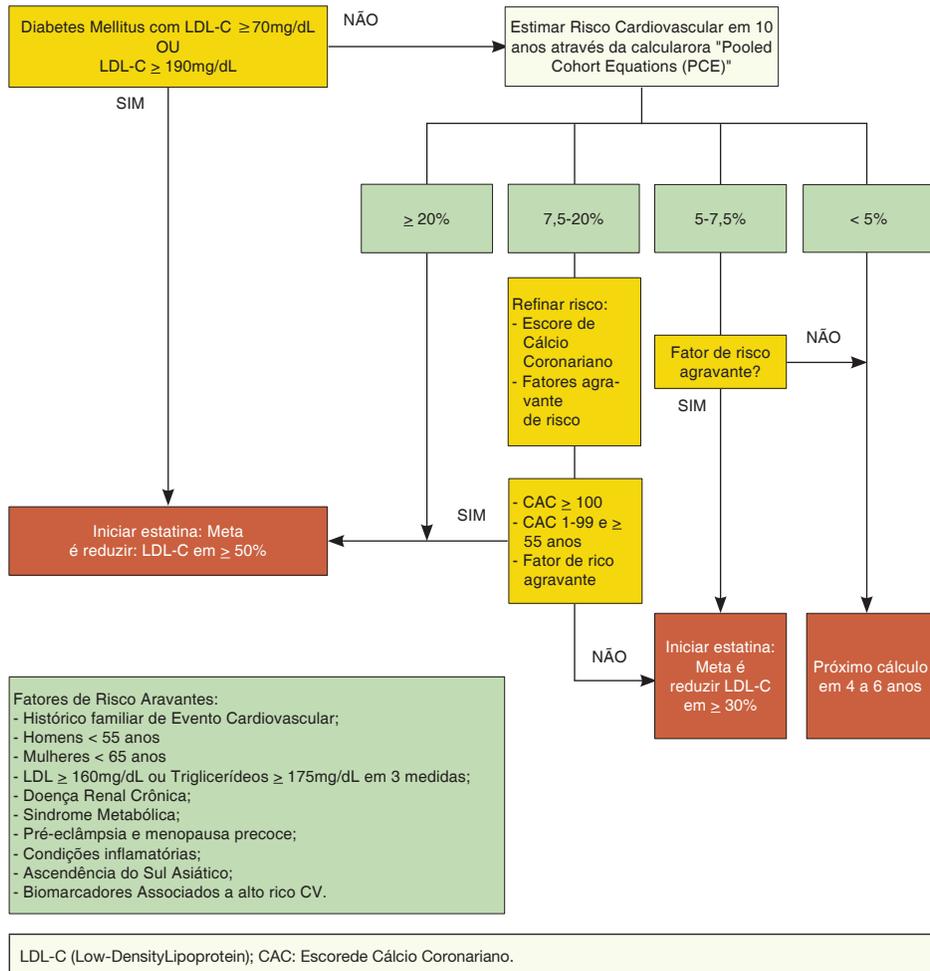
A presença de fatores de risco agravantes (demonstrados no fluxograma) ou de um CAC de 100 ou mais garante o início do uso da estatina (se não previamente indicada pela estimativa de risco) ou a intensificação da terapêutica estabelecida já que ao serem preenchidos estes critérios, o paciente é automaticamente transferido para grupo de maior risco.

É razoável, ainda, iniciar estatina para aqueles com risco “Borderline” (5%-7,5%) e CAC entre 1 e 99, quando são pessoas na faixa entre 55 e 75 anos de idade.

Para os pacientes diabéticos, a estimativa de risco deve ser avaliada para decidir sobre intensidade da terapêutica a ser aplicada. Aqueles que apresen-

tam, além do diabetes, outros fatores de risco cardiovascular, devem receber terapia de alta intensidade, enquanto os demais devem receber de moderada intensidade.

A indicação terapêutica para pacientes adultos (20 a 75 anos de idade) com LDL-C superior a 190mg/dL é de uso de dose máxima tolerada de estatina, objetivando a maior redução possível do seu nível sérico.



C CIGARROS (Tabagismo)

“C” de cigarro, tabagismo. O tabagismo é um fator de risco cardiovascular reconhecido universalmente, cujo combate foi intensificado nas últimas décadas a partir de campanhas públicas que contribuíram para a desglamourização da prática. Porém, ainda que em redução significativa, permanece como um problema social importante. Se um clínico convencer 10 tabagistas a cessarem o tabagismo em 1 ano, 5 mortes precoces serão prevenidas anualmente.

Portanto, a atuação do médico na patologia tabagismo deve ser oportunista e eficaz, aproveitando-se de motivos outros das consultas para questionar e orientar acerca do tabaco e seu impacto nos eventos cardiovasculares. Para sistematizar esta intervenção, pode-se utilizar inicialmente a abordagem do 5As listada no Fluxograma 4, a qual comporta em seu esquema também a sequência dos 5Rs, detalhado no Fluxograma 5.

5 "As" DA ABORDAGEM AO TABAGISMO	
A	Abordar – Identificar tabagismo
A	Aconselhar à abstinência
A	Avaliar o grau de motivação com o propósito da abstinência
A	Ajudar
A	Acompanhar

Abordar – Identificar tabagismo

Abordar todos os pacientes. Classificar como ativo ou passivo? Abstêmio? Se sim, há quanto tempo? Calcular carga tabágica (número de maços diários multiplicado por anos de tabagismo).

Aconselhar à abstinência.

Esclarecer: cessar significa “zero cigarro”; reduzir não é suficiente. Propor concentração no objetivo apesar dos afazeres cotidianos e deixar claro que é uma mudança comportamental difícil. Se o paciente não desejar aderir ao propósito de abstinência, lança-se mão da estratégia dos 5Rs:

- Relevância: Explica-se-lhe novamente a importância que a mudança deste hábito tem para sua saúde.
- Riscos: Dá-se nova ênfase aos riscos do tabagismo, detalhando as con-

dições e/ou eventos cardiovasculares que são desencadeados ou agravados pelo seu uso, tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica; Doença Arterial Obstrutiva Periférica; Aterosclerose; IAM; AVE; Aneurisma de Aorta; Neoplasia de Pulmão; Neoplasia de Bexiga; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica etc.

5 "Rs" DA ABORDAGEM AO TABAGISMO	
R	Relevância
R	Riscos
R	Retribuição
R	Resistência
R	Repetição

- **Retribuição:** Aborda-se os ganhos sociais, familiares, profissionais e financeiros que o rompimento com a dependência podem trazer, eventualmente.
- **Resistência:** É importante, sobretudo, avaliar quais são os empecilhos para a mudança de comportamento. Questiona-se em quais ambientes o apelo é mais forte, se tem costume de fumar com amigo, em qual horário do dia o apelo é mais forte etc, buscando sempre orientações individualizadas.
- **Repetição:** Por fim, repete-se esses passos quantas vezes forem necessárias até que o paciente faça uma adesão livre ao propósito, no pleno uso de sua autonomia.

Avaliar o grau de motivação com o propósito da abstinência

Perguntar se deseja parar de fumar em 1 mês e avaliar motivação. Pode-se usar a classificação de DiClemente para elucidar em qual estágio o paciente encontra-se.

CLASSIFICAÇÃO DE DICLEMENTE	
Pré-contemplação	Quando não percebe o tabagismo como um risco e não cogita o abandono
Contemplação	Quando já é capaz de acessar os malefícios do hábito, porém ainda não tomou atitude
Preparação	Momento em que começa a preparar a melhor maneira de largar o cigarro;
Ação	Quando coloca os planos em prática
Manutenção	Quando já está em abstinência, mas precisa de estímulos para manter-se firme, sob o risco de recaída.

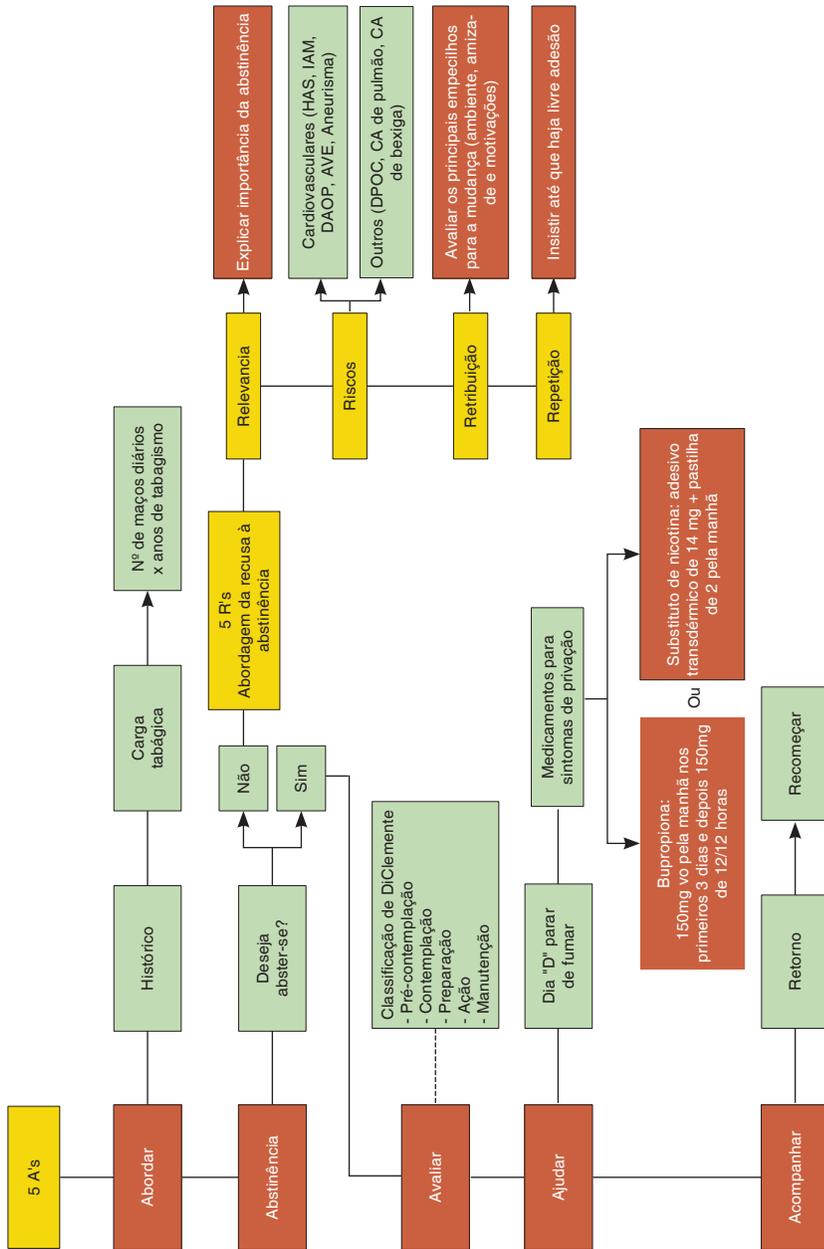
Ajudar

Marcar junto com o paciente o “dia D” (a partir dele, não haverá consumo de nenhum cigarro). Orientar evitar contextos/pessoas/lugares que sejam gatilho para o hábito. Orientar sobre sintomas de privação (começam na primeira semana após o dia D, durando entre 2 a 4 semanas), e oferecer suporte farmacológico:

- Ex: Bupropiona 150 mg pela manhã nos primeiros 3 dias, seguindo-se 150mg de 12/12h.
- Ex: Substitutos de nicotina: combinação de um adesivo transdérmico diário de 14mg com pastilha/goma 2mg pela manhã.

Acompanhar

Retorno 8-15 após o “dia D”, em seguida, consultas mensais. Ressaltar importância da abordagem multidisciplinar, enfatizando a Psicoterapia. Avaliar presença dos sintomas de privação, efeitos adversos da medicação. Monitorar o peso e o humor: o ganho ponderal e o Transtorno Depressivo Maior são comuns nessa população. Se o paciente recaiu: encaminhar para consulta com pneumologista.



D DIETA

O desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, levando a sobrepeso ou obesidade, é o fator dietético de risco mais fortemente associado a consequências negativas para a saúde. Apesar disso, é comum que orientações sobre alimentação sejam passadas para os pacientes pelos profissionais médicos de forma genérica. É fundamental, portanto, que o médico conheça as orientações adequadas, e quais delas são comprovadamente eficazes para a redução do risco cardiovascular dos pacientes.

As recomendações mais atuais indicam que a adoção de uma alimentação rica em legumes, nozes, vegetais, grãos integrais e peixes se mostra benéfica ao se avaliar desfechos cardiovasculares, devendo esse padrão alimentar ser estimulado para todos os pacientes.

A redução do consumo de alimentos ricos em açúcares refinados, sal e carnes processadas parece estar relacionada com a redução do risco de eventos ateroscleróticos, assim como a substituição de gorduras saturadas por gorduras mono e poli-insaturadas, portanto, passar essas orientações aos pacientes é razoável.

Alimentos ricos em gorduras trans (como margarinas e alimentos processados) e em gorduras saturadas (gordura de origem animal, laticínios, óleo) são responsáveis pela elevação dos níveis plasmáticos de colesterol, especialmente LDL-colesterol, se associando assim a desfechos cardiovasculares negativos; desta forma, a recomendação atual é de que estes alimentos sejam, ao máximo, evitados.

Segundo a United States Dietary Guideline (USDG), uma dieta equilibrada, em termos de macronutrientes, deve ser composta de carboidratos, proteínas e gorduras, em uma proporção calórica de 45 a 65% de carboidratos, 10 a 30% de proteínas e 20 a 35% de gorduras.

MACRONUTRIENTES	EXEMPLOS DE FONTES COMUNS
Gordura trans	Margarinas, bolos, biscoitos, alimentos fritos em óleo
Gordura saturada	Carnes vermelhas, óleo de coco, laticínios
Gordura monoinsaturada	Margarina, frango, azeite de oliva
Gordura poli-insaturada	Açafrão, maionese, frango, nozes, amendoim, camarão, atum, peixes escuros
Proteínas	Carnes vermelhas, peixe, frango, ovo, feijão, leite

MACRONUTRIENTES	EXEMPLOS DE FONTES COMUNS
Carboidratos	Arroz, panqueca, farinha de trigo, frutas, vegetais
Fibras	Grãos integrais, frutas (maçã e pera com casca), vegetais, aveia, amendoim

O valor calórico diário, no entanto, não é um valor fixo, e deve ser calculado individualmente levando em conta quais tipos de atividades são realizadas pelo indivíduo na sua rotina. Desta forma, possibilitando a construção de um plano alimentar que permita um equilíbrio entre ingesta e consumo.

O consumo diário pode ser avaliado através de entrevista minuciosa, ou ainda ser combinado com o paciente a construção do diário alimentar semanal no qual são registradas todas as refeições e lanches feitos durante os dias. O gasto energético, por sua vez, depende da frequência, tipo, intensidade e duração dos exercícios físicos praticados.

É importante que a confecção do plano alimentar seja multidisciplinar, fazendo parte deste time, sempre que possível, um profissional nutricionista. O médico e o paciente também devem contribuir neste processo, já que os aspectos sociais, demográficos e psicológicos precisam ser abordados de modo a garantir um plano que seja exequível.

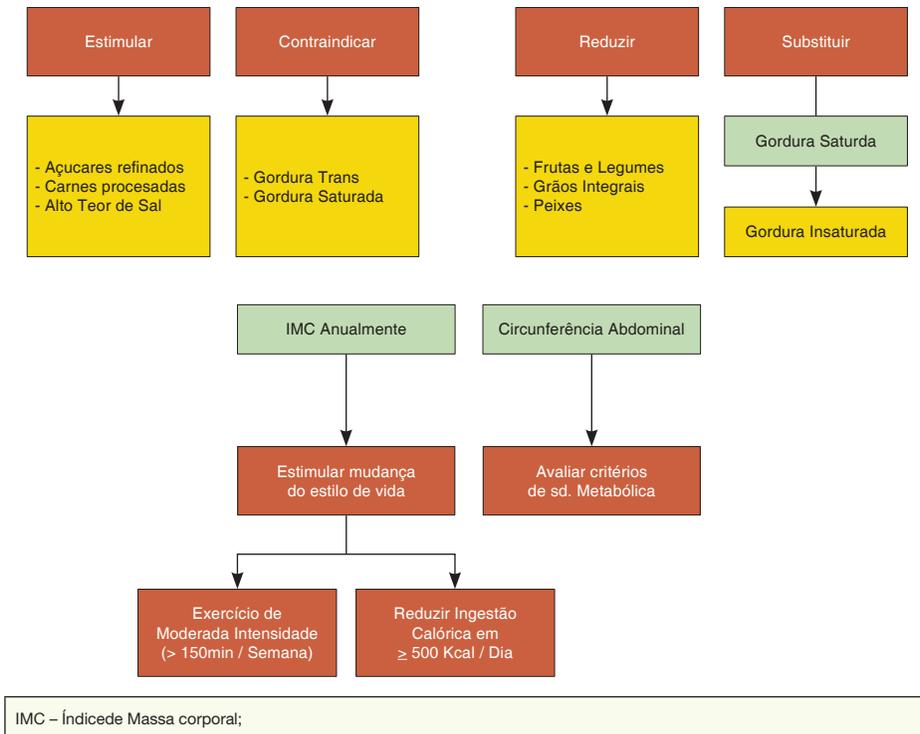
Acompanhamento e controle

Durante o acompanhamento ambulatorial, é indicado que os pacientes sejam pesados anualmente, de modo a ser obtido o valor do Índice de Massa Corporal (IMC), para classificação do paciente sobre seu estado corporal.

É importante salientar, por outro lado, que o IMC não diferencia os componentes de massa magra e massa gorda, o que pode, em casos de indivíduos brevilíneos e ricos em massa corporal magra, gerar falsa classificação de sobrepeso ou obesidade, devendo o médico estar atento a tais aspectos.

Para as pessoas com $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$, mudança de estilo de vida está recomendada, e intervenções iniciais devem conter redução da ingesta calórica em pelo menos 500 kCal/dia, e estímulo a programa com 150 minutos semanais de exercícios de moderada intensidade.

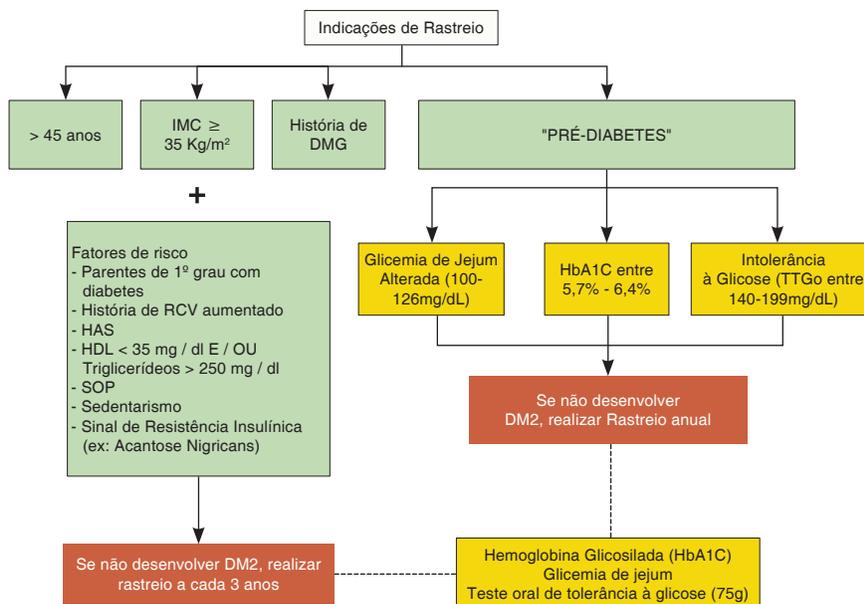
É razoável que seja realizada, complementarmente, a medição da circunferência abdominal, por ser este um dos componentes da Síndrome Metabólica, situação de aumentado risco cardiovascular. Os valores de referência variam de acordo com a etnia do indivíduo.



D DIABETES

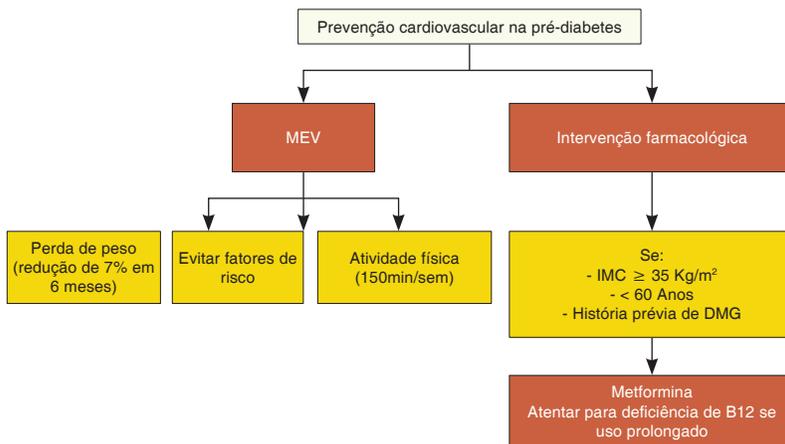
Doença comum e temida no mundo inteiro, no Brasil a prevalência de DM, majoritariamente DM2, encontra-se elevada na população adulta, chegando a atingir até 13,5% em alguns municípios. O censo de 2010 apontava 128 milhões de adultos com a doença, o que representa um total de 17 milhões de indivíduos. Esses números estão em ascensão devido ao crescimento e envelhecimento da população, urbanização, sedentarismo e obesidade crescentes. A doença é um dos principais fatores de risco cardiovascular, levando a complicações tanto em aspecto de macro quanto microvasculatura.

Portanto, assim como no caso da HAS, a prevenção e o tratamento da DM2 contribuem para redução de morbimortalidade e dos eventos cardiovasculares. Por haver um capítulo específico que versa sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica da diabetes, nesta seção o enfoque será dado ao rastreio e prevenção; exclusivamente da Diabetes Mellitus tipo 2, visto que o tipo 1 apresenta epidemiologia praticamente restrita à população infanto-juvenil, influenciando de maneira muito menor os eventos cardiovasculares da população adulta em geral.



O fluxograma inicial aborda as indicações de rastreio na população assintomática: maiores de 45 anos, obesos grau 2 com pelo menos um fator de risco (enumerados no quadro respectivo), e aquelas mulheres com história pregressa de diabetes mellitus gestacional (DMG) devem ser submetidos a rastreio a cada 3 anos. Os sabidamente pré-diabéticos devem ser rastreados anualmente.

Já os testes que podem ser utilizados para rastrear são os mesmos do diagnóstico: glicemia de jejum; teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina glicosilada (HbA1C); sendo os critérios diagnósticos devidamente analisados no capítulo de Diabetes.



No fluxograma subsequente estão previstas as intervenções necessárias para a prevenir o desenvolvimento do DM2 naqueles que já estão pré-diabéticos. Uma MEV adequada, com perda de 7% do peso nos primeiros 6 meses e atividade física de no mínimo 150 minutos semanais, é capaz de reduzir a incidência da doença em até 58%. O uso profilático de Metformina justifica-se apenas naqueles pré-diabéticos que: sejam menores de 60 anos, ou apresentem obesidade grau 2, ou mulheres também com história prévia de DMG. Nestes, assim como nos diabéticos em uso terapêutico de Metformina, deve-se atentar para o acompanhamento do estoque de vitamina B12, que pode ser depletado pelo uso da medicação e necessitar de reposição.

Para adequada complementação sobre diagnóstico, terapêutica, exames de acompanhamento e manejo clínico: vide capítulo de Diabetes Mellitus.

E EXERCÍCIO FÍSICO

O aconselhamento a exercícios físicos costuma ser uma prática entre os médicos e demais profissionais de saúde. A regularidade das atividades permite ao paciente relacionar-se melhor com o próprio corpo, e traz consigo consequências diretas indiretas ao agir sobre outros hábitos cotidianos.

Já foi demonstrado que pessoas que costumam se exercitar com frequência apresentam durante a vida, uma menor taxa de eventos cardiovasculares.

A partir disso, a “American Heart Association (AHA)” e o “American College of Cardiology (ACC)” apresentam recomendações acerca do programa mínimo de exercícios físicos a serem realizados com o intuito de reduzir o risco cardiovascular.

Pacientes adultos devem ser estimulados a realizarem pelo menos 150 minutos de exercícios físicos de moderada intensidade ou 75 minutos de exercícios de alta intensidade a cada semana.

É recomendado ainda que, para os pacientes que não conseguirem, seja por qual for o motivo, cumprir o programa mínimo de atividades propostas, haja um estímulo a fim de que evitem, ao máximo, rotinas sedentárias.

As atuais inferências acerca da proteção exercida pela atividade física regular não provêm de ensaios clínicos, devido à grande dificuldade de estabelecer um grupo controle no qual os participantes seriam impedidos de realizarem exercícios, e pela quantidade de “abandonos” do programa estabelecido ao grupo intervenção ao longo do tempo.

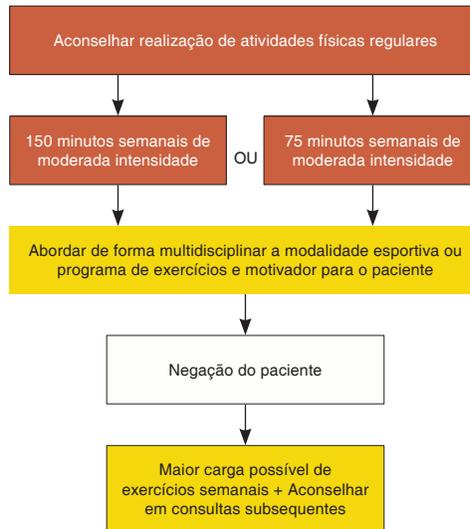
As evidências atuais são obtidas, portanto, de estudos observacionais cujos resultados podem sofrer influência de vieses de confusão, o que confere limitação científica às recomendações em função da impossibilidade de determinar causa e efeito entre prática de exercícios físicos e a consequente redução dos desfechos duros.

Há benefícios bem descritos da atividade física sobre a saúde, como por exemplo:

- **Melhora do perfil lipídico: (aumento do HDL-C e Redução dos Tríglicerídeos)**
- **Redução da resistência do músculo esquelético à insulina: o aumento da atividade de enzimas mitocondriais pode reduzir a taxa de progressão e desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2.**
- **Redução da pressão arterial: regimes de corrida ou ciclismo por 45 minutos em esquema regular permitem redução da Pressão Arterial em 5 mmHg em 4 semanas.**
- **Redução da inflamação: diminuição da atividade de células sanguíneas mononucleares, e consequente redução da produção de citocinas aterogênicas**

Além disso, é mais comum que pessoas engajadas em atividades físicas com regularidade mantenham hábitos “cardioprotetores” em demais aspectos de suas vidas. Nesse grupo, por exemplo, a prevalência de tabagistas e etilistas crônicos é menor, por outro lado a taxa de acompanhamento médico é maior, favorecendo o controle adequado do outros fatores de risco como pressão arterial, glicemia, e colesterol.

A partir disso, tanto pelo que se infere dos estudos observacionais, quanto pelos benefícios secundários associados à adoção de rotina de exercícios, é razoável identificar junto ao paciente uma ou mais atividades de interesse e que sejam acessíveis à realidade e contexto social do mesmo. Deste modo é garantida melhora do condicionamento físico com atividade que é satisfatória, aumentando a taxa de continuidade no programa.



EXEMPLO DE INTENSIDADE DAS ATIVIDADES EM METS
Leve (1,6-2,9): Andar lentamente, Realizar tarefas domésticas
Moderada (3,0-5,9): Ciclismo < 16Km/h, Caminhada esportiva, loga, Natação recreativa
Alta (≥ 6,0): Ciclismo > 16Km/h, Trote, Corrida, Natação esportiva
*Cada MET equivale à elevação do gasto energético em relação ao metabolismo basal. Atividades cujo MET < 1,6 são consideradas sedentárias.

E EMOCIONAL

Os aspectos emocionais/psicológicos não devem ser esquecidos, principalmente no século XXI, no qual os transtornos psicossomáticos são de elevada frequência, pois estes possuem um impacto concreto e quantificável na incidência de eventos cardiovasculares, e devem ser considerados numa adequada prevenção primária. Estresse emocional profundo e repentino, como morte de parentes; abuso doméstico; insucessos no trabalho e falência financeira, podem deflagrar eventos cardíacos fatais em indivíduos previamente hígidos. Crises conjugais, por sua vez, triplicam o risco de eventos recorrentes. Além disso, há correlação do aumento da prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes com doença coronariana.

A fisiologia corporal é influenciada pela personalidade do indivíduo, pela influência moduladora das estruturas encefálicas nos órgãos e tecidos periféricos através dos sistemas autonômico, endocrinológico e imunológico, os quais são intrinsecamente ligados ao estado emocional. Portanto, adquirir uma adequada “inteligência emocional”, que seria a capacidade de expressar e ordenar os sentimentos adequadamente, é um fator protetor para doenças metabólicas. Isto foi visto em estudos que propuseram o controle emocional como terapia adjuvante para controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus e que obtiveram melhora significativa deste.

Todo clínico deve pesquisar, mesmo que brevemente, pelos seguintes quadros psíquicos que comprovadamente se relacionam a pior desfecho cardiovascular, buscando tratá-los ou encaminhá-los para profissional de saúde mental, seja psiquiatra ou psicólogo: transtorno de ansiedade; estresse; transtorno depressivo maior; transtorno bipolar; e transtornos psicóticos.

