



# Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II)

Alberto Pinto Hespanhol,\* Luciana Couto,\*\* Carlos Martins,\*\*\* Manuel Viana\*\*\*\*

## RESUMO

Neste artigo, o termo *medicina preventiva* deve ser entendido como sinónimo de *promoção da saúde*, a qual segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986) consiste no *processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar*. A Educação para a saúde e a prevenção são componentes da promoção da saúde.

Baseado nos princípios da medicina preventiva, discutem-se alguns aspectos relacionados com a consulta de Medicina Geral e Familiar: rastreios a nível dos ciclos vitais individual e familiar e os rastreios oncológicos.

**Palavras-Chave:** Medicina Preventiva; Promoção da Saúde; Educação para a Saúde; Prevenção; Rastreios

## RASTREIOS A NÍVEL DOS CICLOS VITAIS INDIVIDUAL E FAMILIAR

O especialista de Medicina Geral e Familiar está numa posição privilegiada para prestar cuidados de Medicina Preventiva a níveis distintos, que vão desde a prevenção primária até à prevenção quaternária. (Quadro I). Na actual relação médico-utente, os cuidados prestados são muito mais num sentido activo, com necessidade de aposta numa prática de uma Medicina Preventiva efectiva.<sup>1-3</sup>

Nestas actividades devem ser tidas em conta recomendações de organizações cientificamente válidas.<sup>1-4</sup> As evidências científicas estão categorizadas em 5 níveis de evidência (I a V) e os graus estão escalonados também em 5 tipos, de A, que significa evidência de boa

qualidade que sustenta uma determinada recomendação, até E, que significa evidência contrária a essa determinada recomendação (Quadro II).<sup>3</sup>

Organizações como a *US Preventive Service Task Force* (USPSTF) colocam especial ênfase na implementação de estratégias e de medidas de desempenho, com aumento dos procedimentos preventivos para as diferentes idades e fases do ciclo de vida.<sup>3</sup>

Na consulta de pré-concepção, no início do ciclo de vida, existe evidência científica recomendável, do tipo I grau A, para a utilização de ácido fólico na prevenção de defeitos do tubo neural.<sup>1-3</sup> Nesta mesma consulta, deve ser efectuado o rastreio de tabagismo e, se existir esse consumo na utente, deve ser incentivada a cessação tabágica (evidência nível I grau A).<sup>1-3</sup> Deve ser, também, avaliado o consumo de álcool e/ou de drogas, para se fazer aconselhamento adequado (evidência nível III grau B), bem como efectuada as serologias da rubéola e da toxoplasmose, realizando o aconselhamento preventivo adequado perante o resultado analítico obtido (evidência grau B).<sup>1-3</sup>

Na consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, o Boletim de Saúde entregue na maternidade aos pais quando do nascimento dos filhos, é um elemento importante de acompanhamento nas consultas. Permite o registo das avaliações efectuadas bem como da vaci-

\*Professor Convidado Associado com Agregação/Assistente Graduado de Clínica Geral. Departamento Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Centro Saúde São João da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

\*\*Professora Convidada Auxiliar/Assistente Graduada de Clínica Geral. Departamento Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Unidade Saúde Familiar das Camélias

\*\*\*Assistente de Clínica Geral.

Departamento Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Centro Saúde São João da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

\*\*\*\*Assistente Graduado de Clínica Geral.

Departamento Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Centro Saúde São João da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto


**QUADRO I. Actividades preventivas na Medicina Geral e Familiar**

Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária		
Ausência de doença	→ Instalação biológica da doença	→ Manifestações clínicas da doença	{ Cura Incapacidade Morte	→ Cronicidade
Factores de risco	Período pré-sintomático	Sintomas e sinais		Capacidade funcional
↑	↑	↑		↑
Educação Promoção de saúde Imunização	Rastreios Deteccção de casos ( <i>Case finding</i> )	Diagnóstico e tratamento		Reabilitação Apoio ao doente e à família

**QUADRO II. Níveis de evidência e Graus de Evidência das Recomendações**
**Nível de evidência**

- I. evidência obtida da revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados
  - II. evidência obtida de pelo menos um ensaio randomizado controlado
  - III. obtida de ensaios controlados pseudo randomizados, de estudos de coorte ou caso-controlo bem desenhados e, preferencialmente, multicêntricos
  - IV. obtida de uma série de casos
  - V. obtida de líderes de opinião, peritos, comités de estudo;
- Sem evidência: sem evidência disponível relacionada com uma condição ou doença específica

**Grau de evidência**

- A. existe evidência de boa qualidade que sustenta a recomendação
- B. evidência de razoável qualidade que sustenta a recomendação
- C. evidência insuficiente para recomendar ou não recomendar
- D. evidência de razoável qualidade contra a recomendação
- E. evidência de boa qualidade contra a recomendação

nação, sendo, também, um veículo de divulgação da informação relativa à criança, no Centro de Saúde e fora dele, no registo de intercorrências.<sup>5</sup> Os procedimentos preventivos nestas consultas devem ter em consideração vários aspectos, nomeadamente, o rastreio e a detecção precoce de problemas de visão, de audição, de

crescimento estatura – ponderal e da fala, bem como o despiste de luxação congénita da anca.<sup>5-7</sup>

A cárie dentária é a doença crónica mais frequente na população infantil e juvenil, com uma incidência de cárie, na dentição definitiva, de 1 nova cárie/criança/ano. Estima-se que 600.000 novas cáries surjam, anualmente, na população dos 6 aos 9 anos e que 4 cáries, em média, surjam aos 10 anos. Para a sua prevenção, recomenda-se, actualmente, a utilização de pasta dentífrica com flúor e a administração de flúor, se se tratar de uma criança com graves problemas dentários.<sup>6,7</sup> A colocação de selantes de fissuras no primeiro molar aos 5 a 6 anos e a promoção de medidas de racionalização do consumo de açúcares, são medidas preventivas importantes, que têm contribuído para diminuir esta doença crónica das crianças.<sup>6,7</sup>

A vacinação, segundo o Plano Nacional de Vacinação, faz parte dos procedimentos nas consultas, para além dos cuidados antecipatórios definidos para cada idade.<sup>6-8</sup> Os períodos de consultas de vigilância devem ser planeados, de acordo com as recomendações existentes, para a 1ª semana de vida, 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 15º, 18º e 24º mês, e, posteriormente, anualmente, mas tendo sempre em conta a criança, individualmente e o seu desenvolvimento.<sup>5</sup>

Os exames globais de saúde devem ser efectuados em etapas da vida da criança e do jovem coincidentes com mudanças escolares, ou seja, dos 5 aos 6 anos, dos 11 aos 13 anos e dos 15 aos 18 anos. Servem para rastreio e detecção de problemas de visão, de audição, de dentição, do desenvolvimento estato-ponderal, psicológicos e sociais, entre outros.<sup>5-7</sup>



Desde os primeiros anos de vida, deve ser feita a promoção de estilos de vida saudáveis, combatendo o sedentarismo e incentivando a prática regular de exercício físico.<sup>6-9</sup> Devem existir incentivos para as escolas, e fora delas, para estimular os jovens à prática regular de desporto, como forma de prevenção e para proporcionar formas de convívio e de integração social, importantes para o desenvolvimento integral do jovem.<sup>6-9</sup> Desde cedo, os estilos de vida saudáveis devem ser estimulados, e hábitos, como ver televisão, devem ser geridos com rigor e critério, tendo em conta a idade da criança e a sua capacidade cognitiva para «integrar» problemas como os da violência, muitas vezes difundida pelos meios de comunicação social.<sup>6-9</sup> Também a influência da publicidade, frequentemente sem um acompanhamento criterioso de adultos educadores, pode vir a constituir um estímulo ao sedentarismo e ao desvio de comportamentos. A utilização do computador por períodos prolongados pode contribuir para o sedentarismo e para o isolamento, se for executado sem horários e com poucos critérios.<sup>6,9</sup>

Na consulta diária de Medicina Geral e Familiar, a abordagem de prevenção primária engloba, não só, o incentivo do exercício físico regular, mas, também, o aconselhamento de uma alimentação equilibrada, bem como o estímulo a moderar o consumo de álcool e a desincentivar o tabagismo.<sup>1-4</sup> O *Royal Australian College of General Practitioners* apresenta uma evidência de nível A para o aconselhamento e o incentivo à prática de exercício físico moderado, durante, pelo menos, 30 minutos por dia.<sup>10</sup> O *Programa de Actividades Preventivas y Promocion La Salud* do Semfyc aconselha sessões de treino de força muscular e de equilíbrio, adequadas às condições físicas e de saúde (sobretudo nas pessoas idosas), não impondo limite de idade para a sua prática.<sup>11,12</sup> Existem outras entidades (*American Heart Association e American College of Sports Medicine*) que, ao subdividirem em quatro categorias a actividade física - aeróbica, força muscular, flexibilidade e equilíbrio - defendem que estes diferentes tipos devem ser introduzidos de forma gradual.<sup>13,14</sup> A actividade física melhora a condição física e reduz o risco cardiovascular. Não existem evidências suficientes para recomendar a realização de prova de esforço a homens com mais de 45 anos ou a mulheres com mais de 55 anos, que previamente eram sedentários e que iniciam exercício vigoroso.<sup>13,14</sup>

Quanto ao consumo de álcool, a USPSTF recomenda a realização de questionário de consumo alcoólico a todos os utentes e o aconselhamento comportamental para redução do consumo abusivo, sendo a periodicidade recomendada por alguns, de 3 em 3 anos, e, por outros, anualmente.<sup>15</sup>

O aconselhamento em relação ao tabagismo deve ser efectuado em todas as consultas, questionando sempre e encaminhando para consultas de cessação tabágica todos os utentes que dela necessitem, a fim de terem aconselhamento médico e farmacoterapia adequada.<sup>15,16</sup>

No âmbito da prevenção primária, a vacinação é uma tarefa importante em todas as fases da vida, com um plano nacional de vacinação específico para as crianças e para os adultos. Para este grupo etário, é aconselhada a realização de vacinação antitetânica de 10 em 10 anos e, nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ou nos grupos de risco, a vacinação anti-gripal anual. Os grupos de risco compreendem os doentes crónicos, desde que com idade superior a 6 meses (incluindo grávidas em qualquer fase da gravidez e mulheres a amamentar), os doentes com patologia crónica pulmonar (incluindo asma) ou cardíaca (só por si a hipertensão não é considerada uma condição de alto risco), doenças renais, hepáticas, hematológicas (hemoglobinopatias), metabólicas (incluindo Diabetes *mellitus*) e outros imunodeprimidos, bem como para os profissionais de saúde. Estes procedimentos têm grau de evidência A.<sup>7,8,15</sup>

A administração da vacina contra *Streptococcus pneumoniae* deve ser aconselhada aos doentes com mais de 65 anos, em dose única (grau de evidência B) ou aos doentes imunocomprometidos, com idade inferior a 65 anos, repetindo de 5 em 5 anos.<sup>8,15</sup>

Nos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, deve ser avaliado, por rotina, o risco de depressão, indagando as condições familiares e/ou sociais dos utentes, e iniciar tratamento e seguimento efectivos, quando o diagnóstico é efectuado, tendo em conta a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados em Medicina Geral e Familiar (evidência de grau B).<sup>10,15</sup>

Nas mulheres com idade igual ou superior a 45 anos (evidência de grau I-A) e nos homens com idade igual ou superior a 50 anos (evidência de grau V-C), deve ser avaliada a osteoporose. Essa avaliação deve ter em con-



### QUADRO III. Níveis de evidência para prevenção cardiovascular

#### A evidência científica – doença crónica/prevenção cardiovascular

Procedimento	Periodicidade	Nível de evidência	Grau de evidência
Rastreio/aconselhamento alcoolismo, + 14 anos (questionário AUDIT)	3 em 3 anos	II	A
Avaliação peso e altura (IMC) e P. abdominal	2 em 2 anos	I	A
Aconselhamento de dieta saudável	Por rotina	V	A
Actividade física moderada e regular	Por rotina	III	A

### QUADRO IV. Níveis de evidência para prevenção cardiovascular

#### A evidência científica – doença crónica/prevenção cardiovascular

Procedimento	Periodicidade	Nível de evidência	Grau de evidência
Avaliação da pressão arterial, + 18 anos	2 em 2 anos	I	A
Avaliação do colesterol sérico, +45 anos c/ FRCV, + 18 anos	5 em 5 anos	I/III	A/C A
Avaliação da glicemia em jejum, +55 anos	3 em 3 anos	III	B
Aconselhamento a deixar de fumar, + 10 anos	Por rotina	I	A
Aconselhamento a evitar fumo passivo	Por rotina Na grávida	III I	B A

ta os factores de risco e o aconselhamento. A densitometria óssea só deve ser solicitada, quando em idade igual ou superior a 45 anos, se existir fractura patológica, quer em homens ou mulheres, ou em mulheres pós-menopausa, com suspeita de fractura vertebral ou factores de risco *major* (evidência de grau I-A).<sup>10,15</sup>

No que diz respeito à incontinência urinária, que é uma causa de *distress* emocional e social importante, atingindo entre 11 a 34% dos homens idosos e entre 17 a 55% das mulheres idosas, as recomendações são de nível B, para rastrear mulheres pós-menopausa e homens com mais de 74 anos.<sup>10,15</sup>

O *Royal Australian College of General Practitioners* recomenda rastreio de factores de risco de quedas a todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, com um nível de evidência A.<sup>10</sup> Existem recomendações para serem realizadas intervenções multifactoriais, intensivas e individualizadas, com a aplicação de testes «*Get Up and go test*», que consistem no utente em levantar-se da cadeira, andar uns 10 passos, mudar a di-

recção e voltar a sentar-se, com um tempo normal de 7 a 10 segundos, sendo considerado anormal se não conseguir acabar ou se demorar mais de 20 segundos.<sup>10,15</sup>

Quanto à prevenção cardiovascular, as recomendações existentes (Quadros III e IV) evidenciam que deve ser efectuada, de 2 em 2 anos, a avaliação da tensão arterial, a partir dos 18 anos, bem como a avaliação do índice de massa corporal. Nos indivíduos saudáveis, as avaliações analíticas do colesterol devem ser efectuadas de 5 em 5 anos e da glicemia de 3 em 3 anos, devendo, ser, sempre, efectuado o aconselhamento da alimentação saudável.<sup>10,15</sup>

O uso de ácido acetilsalicílico como prevenção primária é aconselhado pela USPSTF a todos os adultos com risco cardiovascular aumentado (risco aos

cinco anos maior que 30%), tendo este procedimento um grau de evidência A.<sup>15</sup> Existem, também, recomendações, para que a decisão seja partilhada com o doente, informando-o dos potenciais riscos associados ao uso deste fármaco, nomeadamente se tiver idade igual ou superior a 75 anos, antecedentes de hemorragia ou de úlcera péptica, uso de varfarina, ou corticoterapia crónica. Se existirem pelo menos dois destes factores de risco, não deve tomar o fármaco; em alternativa, deve associar-se um inibidor da bomba de protões.<sup>10,15</sup>

No que diz respeito à prevenção terciária, o tratamento da hipertensão arterial exige, sobretudo nos idosos, que não sejam esquecidos os riscos de quedas por hipotensão, disfunção renal e alterações hidroelectrolíticas, quando são efectuados tratamentos mais agressivos. Daí que, para este grupo etário, seja recomendado iniciar os tratamentos com doses mais baixas, monitorizar a adesão à terapêutica e avaliar periodicamente a função renal e o ionograma, bem como despistar a hipotensão ortostática.<sup>17</sup>



## RASTREIOS ONCOLÓGICOS

O que adiante vai ser apresentado é, apenas, uma síntese das recomendações de várias entidades, que se dedicam a avaliar a evidência científica sobre as actividades preventivas. Dessas entidades são de destacar a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF),<sup>18</sup> o *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) - (*guidelines for preventive activities in general practice, 6ª edição*),<sup>10</sup> a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC),<sup>4</sup> o *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010* (PNPCDO)<sup>18</sup> e as recentes *Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG* (que fez uma revisão exaustiva da bibliografia existente).<sup>19</sup> Neste caso, abordam-se os rastreios oncológicos, que devem ser implementados a pessoas aparentemente saudáveis, baseados na idade, sexo e factores de risco para a doença.

Como já foi referido noutro ponto deste *Dossier*, cuidados médicos de excelência implicam a melhor evidência científica, moderada pela perícia clínica e filtrada pelos valores do doente. O médico não trata doenças mas doentes, não tomando decisões sobre a sua saúde baseadas, exclusivamente, nas «*guidelines*», mas, também, nas suas crenças, nos seus valores, resultantes do contexto familiar e sócio-cultural em que vivem ou vivem. A medicina continua a ser uma arte, ou seja, a de aplicar a ciência a cada caso individual. A decisão clínica deve, assim, ser partilhada pelo médico e pelo doente ou, até, ser uma decisão do doente, devidamente informado pelo médico, no respeito pelos valores éticos duma profissão que, tal como outras, está, numa sociedade democrática como a nossa, cada vez mais, em permanente escrutínio.<sup>20-22</sup>

A evidência científica actual é consensual sobre a utilidade de programas de rastreio do cancro em três áreas: colo do útero, mama e cólon e recto. Nestas patologias, foi possível demonstrar que a instituição do rastreio conduzia a uma diminuição das taxas de mortalidade da ordem dos 80%, 30% e 20% respectivamente.<sup>19</sup> O mesmo ainda não se verifica em relação ao cancro da próstata. No entanto, este será aqui abordado, em virtude de o uso do teste do PSA (Antígeno Específico da Próstata), na tentativa de diagnóstico precoce do cancro da próstata, ser prática corrente na clínica diária, quer por iniciativa dos médicos, quer por solicitação dos doentes. Estes nem sempre estão devidamen-

te informados em relação aos benefícios e riscos que correm, ao efectuar o rastreio.<sup>18,19</sup>

### Cancro da mama

1. Actualmente, são considerados três métodos de rastreio para o cancro da mama: o **auto-exame da mama** (inclui a observação e palpação da mama pela própria mulher de modo a procurar alterações da forma ou textura da mama ou presença de nódulos), o **exame clínico da mama** (é realizado pelo profissional de saúde e compreende a palpação da mama com o intuito de detectar nódulos), e a mamografia.<sup>18,19</sup>

2. Para as mulheres sem factores de risco:

É consensual a recomendação do rastreio do cancro da mama por **mamografia**, de 2 em 2 anos, no grupo etário dos **50 aos 69 anos**.<sup>4,10,15,19,23</sup> (**Recomendação Grau A**)

No grupo etário dos 40 aos 49 anos a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra a realização da mamografia como método de rastreio (**Recomendação Grau C**). A decisão deve ser individualizada, ponderando os benefícios e os riscos.<sup>10</sup> Deve-se informar a mulher que o balanço benefício/risco da mamografia aumenta com a idade, dos 40 aos 70 anos (**Recomendação Grau A**),<sup>10,19</sup> e que a possibilidade de resultados falsos positivos e falsos negativos é maior nas mulheres mais novas, devido à maior densidade do tecido mamário.<sup>10</sup>

No grupo etário com mais de 70 anos, a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra a realização da mamografia como método de rastreio (**Recomendação Grau C**). Isto deve-se ao facto de que só dois ensaios clínicos controlados e randomizados, incluíram mulheres com mais de 69 anos e nenhum incluiu mulheres com mais de 74 anos.<sup>15</sup> No entanto, as mulheres deste grupo etário têm mais probabilidade de desenvolver e de morrer de cancro da mama, mas, também, de morrer por outras causas.<sup>15</sup> Com o aumento da esperança média de vida, algumas mulheres podem querer continuar o rastreio por mamografia até uma determinada idade, decidida em conjunto com o médico de família, atendendo às comorbilidades e à esperança de vida.<sup>18,19</sup>

A evidência é insuficiente para recomendar, a favor



QUADRO V. Recomendações para cada nível de risco <sup>19</sup>			
Grupo alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível de Evidência
<b>Risco médio</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres sem factores de risco</li> <li>Com diagnóstico de cancro da mama num familiar de 1º grau acima dos 50 anos</li> <li>Com diagnóstico de cancro da mama num familiar de 2º grau em qualquer idade</li> <li>Com diagnóstico de cancro da mama em 2 familiares de 1º ou 2º grau acima dos 50 anos, mas de ramos familiares diferentes</li> </ul>	Mamografia	De 2 em 2 anos dos 50 aos 69 anos	I A
<b>Risco ligeiramente aumentado</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Com diagnóstico de cancro da mama num ou dois familiares abaixo dos 50 anos</li> <li>Diagnóstico de cancro da mama ou ovário em 2 familiares de 1º ou 2º grau do mesmo ramo familiares</li> </ul>	Mamografia		III C
	Considerar referência para estudo genético	Anual ou de 2 em 2 anos dos 50-69 anos, eventualmente iniciar antes	III C
<b>Alto risco</b>			
Cancro da mama ou ovário em 2 familiares de 1º ou 2º grau do mesmo ramo familiar com pelo menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mais familiares com cancro da mama ou ovário</li> <li>Cancro da mama antes dos 40 anos ou ovário antes dos 50 anos</li> <li>Cancro da mama bilateral</li> <li>Cancro da mama e ovário na mesma mulher</li> <li>Cancro da mama num homem</li> </ul>	Referenciação para estudo genético	Programa de vigilância individualizado	III C

**Nível de evidência:** I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos de coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico. **Força de evidência:** A- Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; C- Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar.

ou contra, o **exame clínico da mama**, como método de rastreio do cancro da mama (**Recomendação Grau C**).<sup>15</sup>

Existe razoável evidência (de meta-análises e de ensaios clínicos randomizados) para não aconselhar o **auto-exame da mama**, como método de rastreio do cancro da mama (**Recomendação Grau D**); este método, usado de forma sistematizada, não resultou numa redução do tamanho e do estágio do tumor à altura do diagnóstico, nem numa diminuição da mortalidade por cancro da mama, aumentando, provavelmente, o número de consultas e de biópsias. O RACGP recomenda que a mulher esteja atenta ao aspecto e sensibilidade normais dos seus seios e comunique, sem demora, ao seu médico de família, qual-

quer alteração invulgar.<sup>10</sup>

3. As recomendações do rastreio do cancro da mama para cada nível de risco encontram-se sistematizadas no Quadro V.<sup>19</sup>

### Cancro do colo do útero

- O cancro do colo do útero (CCU) é uma das neoplasias malignas mais prevenível e curável. O principal teste de rastreio do CCU é a **citologia cervical**.
- Recomenda-se o rastreio do CCU por citologia cervical em todas as mulheres que tenham iniciado a sua vida sexual e com colo uterino (**Recomendação Grau A**), a cada 3 anos, após 2 citologias anuais consecutivas normais. A idade ideal para início do rastreio ainda não está estabelecida. Segundo a USPSTE,

QUADRO VI. Recomendações do rastreio do cancro do colo do útero para cada nível de risco<sup>19</sup>

Grupo alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível de Evidência
<b>Sem risco</b>			
Mulheres submetidas a histerectomia total por patologia benigna	Não necessita de rastreio	–	V D
<b>Risco médio</b>			
Mulheres com actividade sexual e com o útero intacto	Citologia cervical	De 3 em 3 anos	III A
<b>Risco aumentado</b>			
Mulheres com antecedentes de CCU, com infecção por HIV ou em imunossupressão	Citologia cervical	De 2 em 2 anos	V C

**Nível de evidência:** III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos de coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos. **Força de evidência:** A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação.

QUADRO VII. Abordagem dos possíveis resultados da citologia cervical

	Adolescentes	Adultas
ACS-US	Repetir citologia passados 12 meses. Neste grupo etário, a ocorrência de CCU é rara e a infecção transitória do HPV é muito frequente	Teste de DNA do HPV. Se teste positivo para os tipos de HPV de alto risco, efectua-se colposcopia
ASC-H	Colposcopia e biopsia endocervical	Colposcopia e biopsia endocervical
LSIL	Repetir citologia passados 12 meses. Neste grupo etário, a ocorrência de CCU é rara e a infecção transitória do HPV é muito frequente	Colposcopia Na mulher pós-menopausa, o teste DNA do HPV pode evitar a realização de colposcopia. Se o teste for negativo, deve-se repetir a citologia passados 12 meses
HSIL	Colposcopia com biopsia das lesões visíveis e curetagem endocervical	
Alterações das células glandulares (atípicas, adenocarcinoma <i>in situ</i> ou adenocarcinoma)	Colposcopia / biopsia das lesões visíveis / curetagem endocervical	

ACS-US: anomalias de células epiteliais pavimentosas de significado indeterminado. ASC-H: anomalias de células epiteliais pavimentosas não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau. LSIL: lesões intraepiteliais de baixo grau. HSIL: lesões intraepiteliais de alto grau.

dados da história natural da infecção por HPV e sobre a incidência das lesões de alto grau e de CCU, sugerem que o início do rastreio pode, com segurança, ser adiado até 3 anos após o início da vida sexual ou até aos 21 anos, conforme o que surgir primeiro. Ainda não se dispõe de evidência suficiente para determinar uma data limite para descontinuar o rastreio. A *American Cancer Society* (ACS) recomenda a interrupção do rastreio aos 70 anos, podendo continuar, em mulheres mais velhas, se não tiverem sido pre-

viamente rastreadas. A interrupção do rastreio só deve ocorrer após a obtenção de três citologias consecutivas negativas e tecnicamente satisfatórias nos últimos 10 anos (**Recomendação Grau C**).

O uso da citologia em meio líquido (p.ex. *ThinPrep*®) no rastreio do CCU, pode melhorar a sensibilidade em relação ao método convencional, mas com um custo consideravelmente superior e, possivelmente, com menor especificidade. Ainda não há evidência suficiente para recomendar o seu uso, tal



QUADRO VIII. Rastreio do Cancro da Próstata		
Traduzido e adaptado de «Clinical Summary of U.S. Preventive Task Force Recommendation»		
População	Homens com idade inferior a 75 anos	Homens com idade igual ou superior a 75 anos
Recomendação	Sem recomendação FORÇA: I (evidência insuficiente)	Não rastrear FORÇA: D
Avaliação do risco	O Cancro da Próstata é mais frequente nos homens mais velhos, nos Afro-Americanos e em homens com história familiar de CP. As mesmas incertezas acerca dos efeitos do rastreio que se aplicam aos outros homens, também se aplicam a estes grupos de maior risco.	
Testes de rastreio	O PSA é mais sensível que o toque rectal; o ponto de corte convencional do PSA de 4,0µg/L não detecta alguns cancros precoces. No entanto, baixar o ponto de corte implicaria um aumento dos falsos positivos; o uso de «variantes» do PSA ainda não demonstrou melhorar os resultados do rastreio.	
Intervalos dos rastreios	Se se vier a demonstrar que o rastreio com PSA reduz a mortalidade, o rastreio a cada 4 anos pode ser tão benéfico como o anual.	
Intervenções	As estratégias de abordagem do CP localizado incluem: «Watchful waiting», vigilância activa, cirurgia e radioterapia. Ainda não há consenso quanto à modalidade de tratamento ideal.	
Balanço riscos/benefícios	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Riscos do rastreio: desconforto e riscos da biopsia prostática e perturbações psicológicas devidas aos resultados falsos-positivos e falsos-negativos.</li> <li>– Riscos do tratamento: disfunção eréctil, incontinência urinária, perturbações intestinais e morte. Uma percentagem dos doentes tratados e que terão alguns destes efeitos adversos, nunca desenvolveriam sintomas do CP ao longo da sua vida.</li> </ul>	
	Para os homens com idade inferior a 75 anos a evidência científica é inadequada para determinar se o rastreio melhora ou não a morbilidade e a mortalidade. Por conseguinte, o balanço riscos/benefícios não pode ser feito.	Para homens com idade igual ou superior a 75 anos e para os que têm uma esperança de vida inferior a 10 anos, o benefício do tratamento do CP detectado por rastreio é pequeno ou nulo. Por conseguinte, os riscos superam os benefícios.
Sugestões para a prática clínica	Os médicos devem discutir com os seus doentes, com idade inferior a 75 anos, os potenciais benefícios e os riscos conhecidos do rastreio com o PSA. Os homens deste grupo etário devem ser informados das «falhas» na evidência científica, devendo ser as suas preferências pessoais a ditar a decisão de rastrear ou não rastrear. Neste processo de decisão pode-se recorrer a textos de apoio ou ao visionamento do filme «How to Talk With Your Patients When Evidence is Insufficient», disponível em <a href="http://www.ahrq.gov/audio/vidstream/clips/prostateCancer.aspx">http://www.ahrq.gov/audio/vidstream/clips/prostateCancer.aspx</a> . – Se se optar pela realização do rastreio, ele deve ser feito a homens entre os 50 e os 74 anos, pelo toque rectal e doseamento do PSA total, anualmente. <sup>4</sup>	

**Força de evidência:** I – A evidência é insuficiente para apoiar a recomendação; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação.

como para com o teste de ADN do HPV (**Recomendação Grau C**).

3. As recomendações do rastreio do cancro do colo do útero para cada nível de risco encontram-se sistematizadas no Quadro VI.<sup>19</sup>
4. A maioria dos cancros do colo do útero, nos Estados Unidos, ocorrem em mulheres que nunca foram rastreadas ou que não o foram nos últimos 5 anos; adi-

cionalmente, outros casos ocorrem em mulheres que não tiveram um seguimento adequado, após uma citologia anormal.<sup>15</sup> No Quadro VII encontra-se a abordagem dos possíveis resultados da citologia cervical.<sup>19</sup>

### Cancro da próstata (CP)

A UPSTF tem uma Recomendação actualizada, de

**QUADRO IX. Rastreo do Cancro do Colon e do Recto (CCR)***Traduzido e adaptado de «Clinical Summary of U.S. Preventive Task Force Recommendation»*

População	Dos 50 aos 75 anos*	Dos 76 aos 85 anos*	Maiores de 85 anos*
Recomendação	Rastrear com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO) de alta sensibilidade, sigmoidoscopia ou colonoscopia	Não rastrear por rotina	Não rastrear
Força da evidência	FORÇA: A	FORÇA: C	FORÇA: D
	Para todas as populações, não há evidência suficiente para avaliar os benefícios e os riscos do rastreo por colonoscopia virtual e pelo teste de ADN fecal FORÇA: C (evidência insuficiente)		
Testes de rastreo	A PSOF de alta sensibilidade, a sigmoidoscopia com PSOF e a colonoscopia são eficazes na diminuição da mortalidade por CCR. Os riscos e benefícios destes métodos de rastreo variam. A colonoscopia e a sigmoidoscopia flexível (em menor grau) podem causar complicações graves		
Intervalos dos rastreios	Intervalos para as estratégias de rastreo recomendadas: – Rastreo anual com PSOF de alta sensibilidade – Sigmoidoscopia a cada 5 anos, com PSOF de alta sensibilidade a cada 3 anos – Colonoscopia a cada 10 anos		
Balanço riscos/benefícios	Os benefícios do rastreo superam os riscos potenciais nos de 50 a 75 anos	A probabilidade do rastreo e do tratamento precoce levarem a uma diminuição da mortalidade, diminui após os 75 anos devido ao longo período de tempo que, em média, separa o desenvolvimento do adenoma e o diagnóstico do cancro	
Implementação	Usar estratégias que maximizem o número de indivíduos rastreados. Praticar a decisão partilhada; informar os doentes sobre a qualidade e a disponibilidade dos testes. Indivíduos com história pessoal de cancro ou de pólipos adenomatosos são seguidos segundo um esquema de vigilância e as recomendações de rastreo não se aplicam.		

\*Estas recomendações não se aplicam a indivíduos com síndromes hereditárias específicas (S. de Lynch ou polipose adenomatosa familiar) ou àqueles com doença inflamatória intestinal.

**Força de evidência:** A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação.

Agosto de 2008,<sup>24</sup> que inclui um «resumo clínico», especialmente para ser usado pelos médicos dos Cuidados de Saúde Primários e que actualiza as anteriores recomendações de 2002 (Quadro VIII).

Em relação ao rastreo do Cancro da Próstata, as recomendações da USPSTF de Agosto de 2008, têm, como principal alteração, em relação às de 2002, o facto de recomendarem contra o rastreo do CP em homens com idade igual ou superior a 75 anos (Recomendação D).

**Cancro do cólon e do recto (CCR)**

A USPSTF tem uma Recomendação actualizada, de Outubro de 2008,<sup>25</sup> que inclui um «resumo clínico», especialmente para ser usado pelos médicos dos Cuidados

de Saúde Primários, e que actualiza as anteriores recomendações de 2002 (Quadro IX).

Em relação ao rastreo do Cancro do Cólon e do Recto, as recomendações da USPSTF, de Outubro de 2008, têm, como principais alterações, em relação às de 2002:<sup>25</sup>

- Recomenda-se, actualmente, que o rastreo, **por rotina**, do CCR tenha início, nos adultos, aos 50 anos e que continue, apenas, até aos 75 anos (em pessoas com antecedentes de um rastreo adequado). Nos maiores de 85 anos, a recomendação é de não rastrear (Grau de Evidência D). Entre os 75 e os 85 anos, a recomendação é de não rastrear por rotina, devendo cada caso ser considerado individualmente, aten-



dendo às comorbilidades, à esperança média de vida e às preferências individuais.

- Os testes de rastreio recomendados são: PSOF de alta sensibilidade, a sigmoidoscopia alternada com PSOF e a colonoscopia. A sua eficácia na diminuição da mortalidade por CCR foi demonstrada usando novas tecnologias de análise de «modeling», já que o único teste com evidência directa na redução da mortalidade foi o de PSOF, durante vários anos.

Em conclusão, nas consultas diárias programadas e não programadas, os diferentes tipos de cuidados preventivos (ensino sobre alimentação, vacinação, utilização dos diferentes rastreios ao longo da vida) devem ser implementados de acordo com a situação clínica de cada indivíduo. Quando um doente tem uma lombalgia aguda, por exemplo, o ensino postural adequado para prevenção de recidivas, pode ser bem compreendido e assumida a mudança comportamental e este tipo de cuidados preventivos adequados podem ter um efeito aditivo poderoso para as consultas de Programas de Saúde.<sup>26</sup>

A nossa abordagem na consulta é a resposta às mudanças que aconteceram nas últimas décadas. O especialista de Medicina Geral e Familiar tinha, há vários anos atrás, resposta mais fácil no tratamento das doenças infecciosas, mas, com o crescimento actual das doenças degenerativas, os cuidados preventivos, em todos os seus níveis assumem papel muito importante. A rápida expansão da tecnologia e a comunicação social dão ao utente acesso a maior informação (que nem sempre é ponderada) e que deveria induzir no utente um maior consumerismo (tipo de atitude oposta ao consumismo e que se caracteriza por um consumo racional, controlado e responsável e que tem em conta as consequências económicas, sociais, culturais e ambientais do próprio acto de consumir).<sup>27-30</sup>

O especialista de MGF deve ser a interface entre a medicina hospitalar, muitas vezes rígida e de alta tecnologia, e uma prática clínica lidando com os receios dos utentes, com o luto, o desemprego e a doença terminal, ajudando o utente, com os meios de prevenção adequados em todas as suas vertentes, a ultrapassar o fosso entre o conhecimento acerca da sua saúde e o cuidado activo dela.<sup>22,27,29</sup>

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979;121:1193-254.
2. Canadian Task Force on Preventive Health Care. CTFPHC History/Methodology. Disponível em: <http://www.ctfphc.org/ctfphc&methods.htm> [acedido em 07/05/2008].
3. United States Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1996.
4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada; 1994.
5. Direcção Geral de Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação (Orientações Técnicas 12). Lisboa: DGS; 2003.
6. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde dos jovens. Lisboa: DGS; 2006.
7. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: DGS; 2003.
8. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de Vacinação (orientações Técnicas 10). Lisboa: DGS; 2006.
9. Direcção Geral de Saúde. A actividade física e desporto: um meio para a melhoria da saúde e o bem estar. Lisboa: DGS; 2007.
10. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 6th ed. Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
11. PAPPs. Recomendaciones PAPPs. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2003.
12. PAPPs. Actividades preventivas en la infancia y adolescência. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2004.
13. Fletcher GF, Balady G, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, et al. American Heart Association Statement on Exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans: a statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 1996 Aug 15; 94 (4): 857-62.
14. American College of Sports Medicine. Guidelines for healthy adults under age 65. Disponível em: <http://www.wacsm.org/AM> [acedido em 09/01/2009].
15. United States Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services, 2007. Washington, DC: AHRQ; 2007.
16. Pérula de Torres LA, Alonso Arias A, Bauzá Nicolai K, Estévez JC, Iglesias Rodal M, Martín Carrillo P, et al. Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) en atención primaria. *Aten Primaria* 2007 Nov; 39 Supl 3: 5-14.
17. Oswald W. Prescrição de medicamentos a idosos. In: *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. Porto: Porto Editora; 2006. p. 1266-72.
18. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/06/18/pnpscdo> [acedido em 09/01/2009]
19. Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/medprev.htm#manualactiprev> [acedido em 09/01/2009]
20. Hespagnol A, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. *Rev Port Clin Geral* 2008 Jan-Fev; 24 (1): 49-64.
21. Downie RS, Fyfe C. Tannahill health promotion, models and values. Oxford: Oxford University Press; 1990.
22. Pinto AS. Especificidade da clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1989 Nov-Dez; 6 (6): 184-5.



23. Carneiro AV. Manual de Normas de Orientação Clínica. Lisboa: Instituto de Qualidade em Saúde; 2001.
24. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Publication No. 08-05121-EF-3, August 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/prostate/prostatesum.htm> [acesso em 09/01/2009]
25. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Publication No. 08-05124-EF-4, October 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/colocancer/colosum.htm> [acesso em 09/01/2009].
26. Saultz JW. Coordination of care. In: Saultz JW. Textbook of Family Medicine. LOCAL: McGraw-Hill; 2001. p. 209-64.
27. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1993.
28. Schaufller HH, Rodriguez T, Milstein A. Health education and patient satisfaction. J Fam Pract 1996 Jan; 42 (1): 62-8.
29. Nunes JM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care; 2007.
30. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet 2008 Dec 6; 372 (9654): 1997-99.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alberto Augusto Oliveira Pinto Hespagnol  
Centro Saúde São João – Miguel Bombarda, 234-4050 Porto  
Tel. 223 395 370 – Fax. 223 395 371  
E-mail: [direccao@cssjoao.min-saude.pt](mailto:direccao@cssjoao.min-saude.pt)

---

#### ABSTRACT

In this article the term preventive medicine should be understood as a synonym of health promotion, which according to Ottawa Charter (OMS, 1986) consists of the process that aims to create conditions so that people increase its capacity to control the determinative factors of the health, towards its improvement. Health education and prevention are components of health promotion. Based on the principles of preventive medicine, we discuss some aspects related to the Consultation of Family Medicine: screening at the level of the individual and familiar vital cycles and oncologic screening.

**Keywords:** Preventive Medicine; Health Promotion; Health Education; Prevention; Screening.

---