



PREVENÇÃO E MANEJO
DE DOENÇAS CRÔNICAS
na prática clínica



Edienny Augusta Viana Santos-Lobato
Milena Coelho Fernandes Caldato



PREVENÇÃO E MANEJO DE DOENÇAS CRÔNICAS

na prática clínica



**Edienny Augusta Viana Santos-Lobato
Milena Coelho Fernandes Caldato**

Belém - PA
2019

REALIZAÇÃO:



Reitor: Rubens Cardoso
Vice-Reitor: Clay Anderson Chagas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Renato da Costa Teixeira

Ficha catalográfica

Todos os direitos estão reservados e protegidos pela lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998.

Edienny Augusta Viana Santos-Lobato, Milena Coelho
Fernandes Caldato

Prevenção e Manejo de Doenças Crônicas na prática clínica / Edienny Augusta Viana Santos-Lobato, Milena Coelho
Fernandes Caldato

ISBN: 978-85-69835-43-1

DIREITOS

“Este livro é produto de dissertação desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia. Programa credenciado pela CAPES.”

DIREITOS DE CÓPIAS

Copyright 2019 © por Mestrado ESA / CCBS / UEPA. Belém, Pará, Brasil

REPRODUÇÃO PROIBIDA
Lei do Direito Autoral, no 9.610/98.

EDITORA
XIMANGO

Autores



AUTORA E ORGANIZADORA

Edienny Augusta Viana Santos Lobato

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8177968072238226>

Médica, professora e mãe da Gal. Graduada pela Universidade Federal do Pará - UFPA (2008). Residência Médica em Clínica Médica pela Universidade Federal do Pará - UFPA (2011). Residência Médica em Nefrologia pela Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP-FMRP (2013). Título de Especialista em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN (2013). Mestrado Profissional em andamento em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará - UEPA. Atualmente é professora do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará - UEPA e Centro Universitário Metropolitano da Amazônia - UNIFAMAZ e preceptora do curso de medicina do Centro Universitário do Pará - CESUPA. Tem experiência em assistência e ensino em Habilidades Clínicas nas áreas de Clínica Médica e Nefrologia.

AUTORA E REVISORA

Milena Coelho Fernandes Caldato

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9477878606835309>

Graduada em medicina pela Universidade Federal do Pará (1997) e em farmácia pelo Centro Universitário do Pará (1995). Residência médica em Endocrinologia e Metabologia no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Título de especialista em Endocrinologia pela SBEM e título de especialista em Nutrologia pela ABRAN. Especialista em Bioética pela Università Sacro Cuore de Roma - Itália. Doutorado em Medicina (Endocrinologia Clínica) pela Universidade Federal de São Paulo (2003). Professora Adjunta III de Clínica Médica (Sub-área: Endocrinologia) da Universidade do Estado do Pará. Professora Titular e Coordenadora do Curso de Medicina do CESUPA. Docente e Orientadora do Mestrado em Ensino e Saúde na Amazônia (UEPA) e do Mestrado em Educação médica do CESUPA. Chefe do Serviço e Coordenadora da Residência Médica de Endocrinologia e Metabologia do Centro Universitário do Pará -CESUPA. Experiência em Endocrinologia e Metabologia, atuando principalmente nos seguintes temas: hiperplasia adrenal congênita, doenças adrenais e neuroendócrinas, Hipotireoidismo Congênito, Acromegalia, Tumores endócrinos, Hipertensão Endócrina; além de temas em Bioética e Educação Médica.

Colaboradores



Alan Luz Tembra

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Monitor do eixo Morfofuncional III e IV. Estagiário do Laboratório de Morfofisiologia Aplicada à Saúde na linha de Farmacologia. Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica do Pará.

Alyne Condurú dos Santos Cunha

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Monitora do Eixo Morfofuncional I e II. Estagiária do Laboratório de Morfofisiologia aplicada à Saúde na linha de Farmacologia. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) - CNPq/UEPA - 2018/2019. Membro da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência do Pará (LAUEP).

Bruna Nunes Costa

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Vice-presidente local para Assuntos Externos do comitê UEPA - IFMSA Brazil (LVPE).

Clara Danielly Campos de Carvalho Silva

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Membro da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva do Pará. Membro do Grupo de pesquisa Clínica & Evidência. Membro do Projeto de Extensão Adote Um Sorriso.

Geovanna Mourão Pantoja

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Monitora da disciplina Habilidades Profissionais III. Estagiária do Laboratório de Morfofisiologia Aplicada à Saúde na linha de Farmacologia. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) - CNPq/UEPA - 2018/2019. Membro da Liga Acadêmica de Transplantes de Órgãos do Pará.

Jhonatan Lucas Ferreira Borges

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Monitor do Eixo Morfofuncional I e II. Membro da Liga Acadêmica de Endocrinologia e Metabologia do Pará. Membro, Diretor Administrativo e Vice-presidente da Liga Acadêmica de Semiologia Médica do Pará. Membro da Liga Acadêmica de Gastroenterologia do Pará. Bolsista e membro do Grupo de Pesquisa Medicina e Espiritualidade.

Luana Lobato Macias

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Membro do Projeto de Extensão Sorriso dos Rios. Estagiária do Laboratório de Morfofisiologia Aplicada à Saúde na linha de Farmacologia. Voluntária do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) - FAPESPA/UEPA.

Lucas Motta Gadelha Silva

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Monitor da disciplina Habilidades Profissionais I. Membro da Liga Acadêmica de Medicina Intensiva do Pará.

Nathalia Emanuelle de Almeida Barbosa

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Metropolitana da Amazônia. Estagiária do Laboratório de Pesquisa Experimental (LAPE). Membro da Liga Acadêmica Paraense de Cardiologia (LAPCARDIO). Membro do Projeto de Extensão Rios da Minha Aldeia.

Polyana Nathércia Vale da Luz

Graduação em Licenciatura Plena em Ciências Naturais. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Public Health Officer Director (LPO-D) IFMSA Brazil UEPA. Membro do Centro Acadêmico de Medicina José Arrais. Membro do Projeto Sorriso dos Rios.

Thalles Ricardo Melo de Souza

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará. Diretor de ensino, pesquisa e extensão da Liga Acadêmica Paraense de Dermatologia - LAPDERM.



Sumário



Capítulo 1	POR QUE ORIENTAR SEUS PACIENTES SOBRE MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA?	10
Capítulo 2	POR ONDE COMEÇAR?	12
Capítulo 3	SEGUINDO ETAPAS	14
Capítulo 4	PLANO DE METAS	17
Capítulo 5	ATIVIDADE E EXERCÍCIO FÍSICO NA PRÁTICA CLÍNICA	19
Capítulo 6	ORIENTAÇÃO ALIMENTAR	22
Capítulo 7	AUTOCUIDADO DOMICILIAR	26
Capítulo 8	MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR	28
Capítulo 9	MEDIDA RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL	31
Capítulo 10	CESSAÇÃO DO TABAGISMO	34
Capítulo 11	MANEJO DO ESTRESSE	37
Capítulo 12	REPOUSO E SONO	40
Capítulo 13	CASO CLÍNICO COMENTADO: ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E EXERCÍCIO FÍSICO	43
Capítulo 14	CASO CLÍNICO COMENTADO: AUTOCUIDADO DOMICILIAR	47
Capítulo 15	CASO CLÍNICO COMENTADO: CESSAÇÃO DO TABAGISMO	52
Capítulo 16	CASO CLÍNICO COMENTADO: MANEJO DO ESTRESSE	57

Prefácio



A Humanidade deve enfrentar, nas próximas décadas, alguns de seus maiores desafios. Alterações climáticas provocando aumento de temperaturas, elevação dos níveis dos mares e secas, desertificando extensas áreas de florestas tropicais. Para sustentar nove bilhões de pessoas, nós exploraremos os recursos naturais do planeta em escala nunca antes vista.

Juntando-se a este cenário desafiador, as sociedades globais terão mais indivíduos adultos e idosos do que crianças e jovens. Mesmo ignorando as implicações sobre a capacidade de trabalho e sistemas previdenciários, ainda há o problema das doenças crônicas cardiovasculares, as principais causas de morbidade e mortalidade do mundo. Como neurologista, acompanho com muita apreensão a projeção de se dobrar o número de pessoas com demências até 2040. São condições com custos elevados, que reduzem direta e indiretamente a capacidade de trabalho de pacientes e familiares. Cada vez mais se espera que a contribuição econômica de indivíduos acima de 60 anos aumente: mas como isso pode acontecer se as doenças crônicas continuam incapacitando e encurtando suas vidas?

E o que há de comum entre doenças cardiovasculares e demências? Ambas podem ser prevenidas, seja na adoção de hábitos de vida saudáveis, quanto no manejo eficaz de condições como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Mesmo já sendo o principal problema em saúde pública da atualidade, o que temos feito para minorá-lo? "Cuidar da Medicina Preventiva" se tornou um lugar-comum na boca de políticos e de acadêmicos no Brasil. No entanto, nem mesmo os cursos de Medicina priorizam o ensino de habilidades para futuros médicos sobre como executar esta mudança de paradigma.

Esta obra conduzida pela Profa. Edieny Santos-Lobato é o mapa de como podemos dar à Medicina Preventiva o protagonismo que merece. O livro tem o mérito de agregar as difusas informações baseadas em evidência sobre prevenção e manejo de doenças crônicas em um único texto, simples e objetivo, voltado para a prática do dia-a-dia. Nos moldes de um curso, o leitor vai aprendendo gradualmente como lidar com diversas situações clínicas. Os últimos capítulos mostrarão que há espaço para estas abordagens em quase todo tipo de consulta médica. Este produto certamente ajudará em uma das mais valiosas tarefas que temos neste século: prolongar a longevidade com qualidade de vida em um mundo cada dia mais inóspito.

Bruno Lopes Santos-Lobato



Apresentação



Nas últimas décadas, houve uma inversão na epidemiologia das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil, com aumento no surgimento de complicações de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes. No entanto, o reconhecimento destas mudanças, segue em passos identificados pelos modelos educacionais atualmente vigentes, onde se enfatiza com maior frequência as queixas, os sintomas e a doença do paciente ao invés do indivíduo propriamente dito, com seus fatores de risco e meio social onde está inserido.

Com muita frequência, observa-se o interesse dos estudantes pela busca ativa do quadro clínico sintomatológico que caracterize o diagnóstico de uma doença, para que prontamente seja prescrita uma medicação para solucioná-la. Esta experiência culmina em uma certa frustração quando o paciente que se apresenta ao atendimento informa que não possui queixas, pois pretende realizar apenas uma avaliação médica ou já possui uma doença previamente diagnosticada e precisa de um acompanhamento regular para reavaliação. De fato, o ensino em saúde não tem preparado para esta avaliação global do paciente, onde, prioritariamente, deveríamos buscar na prevenção primária orientações para o não desenvolvimento de fatores de risco e na prevenção secundária o manejo adequado da doença estabelecida, adiando suas complicações.

Sabe-se há muito tempo que a definição de saúde não se refere tão somente à ausência de doença, mas sim a prática de um estilo de vida saudável, ou seja, ausência de tabagismo, prática de exercício físico apropriado, dieta saudável, manejo adequado do estresse e fatores de saúde ideais. No entanto, a medicina que tradicionalmente estamos inseridos se centra em doenças existentes e prioriza o cuidado destas doenças, com uma abordagem de sintomas-alívio, onde muitas vezes o indivíduo que busca a saúde é levado a acreditar que a resolução de suas queixas clínicas pode ser obtida comprando uma determinada medicação na farmácia mais próxima, como um participante passivo no processo de sua saúde.

Por outro lado, a medicina preventiva é uma área da assistência em saúde que busca minimizar os fatores de risco que causam o desenvolvimento das doenças crônicas, sendo fundamentada na prevenção primária. Os médicos, quando realizam atendimentos embasados em medicina preventiva, também efetuam prescrições, mas incluem prioritariamente mudanças de hábitos de vida estruturadas em um plano de metas, onde as prioridades são definidas passo a passo, em cada avaliação médica. Neste contexto, o indivíduo em avaliação de fatores de risco ou que já possui uma doença crônica é um participante ativo no processo de sua saúde.

As evidências científicas em torno das práticas em medicina preventiva se acumulam em maior número a cada ano, e, estão inseridas nas diretrizes das principais sociedades médicas, porém, o que se observa é que a adoção destas orientações e práticas não recebem a importância recomendada, pois muitas vezes são consideradas menos eficientes do que o tratamento medicamentoso em si e taxadas como algo de pouca importância prática. De fato, quando não se recebe treinamento para uma aplicação adequada, as orientações comportamentais possuem chances mínimas de realmente funcionar e continuaremos a tratar suas consequências ano após ano.

Adicionalmente, deve-se ter em mente que as recompensas de hábitos saudáveis são intangíveis no curto prazo, da mesma forma que as consequências de hábitos inadequados em saúde não se manifestam imediatamente. Desse modo, o incentivo para adotar mudanças de

estilo de vida não ocorre de forma instantânea, em uma única frase ou recomendação im pessoal realizada pelo médico.


Na prevenção e manejo de condições crônicas, um elevado número de estudantes de medicina acredita que a graduação não os prepara adequadamente para fornecer orientação nutricional ou sobre práticas de autocuidado domiciliar e, infelizmente, esta é a realidade de uma grande parcela das universidades. A educação em saúde direcionada para habilidades clínicas em práticas preventivas é a chave para a mudança deste paradigma e é por acreditar nesta possibilidade de adequação que este projeto surgiu.

Esse manual objetiva condensar informações baseadas em evidências de forma simples e prática, com o objetivo de facilitar que os estudantes de medicina adotem, durante sua rotina de atendimentos em habilidades médicas, uma prática clínica baseada prioritariamente em prevenção de doenças crônicas e manejo adequado de fatores de risco e suas complicações.

Edienny Santos-Lobato



Capítulo I



POR QUE ORIENTAR SEUS PACIENTES SOBRE MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA?

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

Pacientes, quando questionados, informam que estão mais propensos a adotar mudanças de estilo de vida, necessárias para a melhora na qualidade de vida, quando são aconselhados por seus médicos. Também há mais confiança no médico quando o assunto é esclarecer as informações conflitantes que estão amplamente disponíveis nas diversas mídias. No entanto, o que se observa é exatamente o oposto. A maioria dos médicos tem evitado fazer esse tipo de aconselhamento a seus pacientes, ou ainda, raramente encaminham para programas multiprofissionais relacionados. Por que será que esse tipo de situação vem ocorrendo mais frequentemente a cada ano^{1,2}?

Treinamentos em orientação nutricional e prevenção de doenças crônicas na graduação em medicina têm sido a cada dia mais escassos, mesmo com os recentes avanços e inovações curriculares. Muitos estudantes, quando interrogados, confirmam que a educação sobre orientação alimentar e prática de exercícios físicos recebida no ambiente universitário foi inadequada e, em alguns casos, inexistente. Os médicos recém graduados concentram seus conhecimentos nutricionais em informações baseadas no senso comum, e no que é amplamente divulgado em campanhas de saúde; poucos utilizam informações adquiridas prioritariamente no ambiente universitário ao longo da formação acadêmica^{2,3}.

Mas, e a grande quantidade de diretrizes de livre acesso informando sobre a importância do aconselhamento sobre mudança de estilo de vida a nossos pacientes? Por que não são utilizadas? Grande parte dos médicos acredita que estas diretrizes são pouco práticas e difíceis de serem aplicadas no dia a dia; outros afirmam que o maior empecilho é a falta de tempo nas consultas ou o receio em ofender seus pacientes. Há ainda aqueles que acreditam que intervenções neste tema, incluindo os programas multiprofissionais de perda de peso, são pouco eficientes^{1,3}.

Talvez tenhamos esquecido que o encaminhamento direto de pacientes para o acompanhamento e planejamento nutricional se torna ineficiente porque nem todos os indivíduos desenvolvem obesidade ou doenças relacionadas ao estilo de vida pelo mesmo motivo, assim como nem sempre o paciente está plenamente consciente da necessidade de mudança. Há muita diferença entre a suscetibilidade de cada um no que diz respeito a maioria das doenças que são evitáveis com mudanças comportamentais, e cabe ao médico assistente reconhecer os fatores relacionados ao seu paciente antes de propor medidas para prevenir ou tratar essas enfermidades⁴.

Com relação à falta de aconselhamento sobre a prática de exercícios físicos, as principais barreiras relatadas pelos médicos são a falta de conhecimento sobre prescrição e eficácia do exercício, e a preocupação de que o exercício físico possa prejudicar o paciente ou causar complicações relacionadas à doença de base. Diversos profissionais acreditam que para iniciar a prática de qualquer atividade física, o paciente necessita de uma avaliação cardiovascular detalhada⁵.

De modo semelhante, as diretrizes com estratégias de aconselhamento sobre a cessação do tabagismo são de fácil acesso e aplicação, e possuem comprovação de eficiência; no entanto, ainda são subutilizadas na prática clínica. A maior parte dos médicos avaliados informaram que preferem oferecer material educacional em forma de folder aos seus pacientes, uma vez que receiam que o aconselhamento possa interferir na relação médico-paciente. Esse conceito comprova

mais uma vez que a confiança médica quanto às suas próprias habilidades na utilização de estratégias de orientação ainda é questionável⁶.

O aconselhamento sobre manejo do estresse não ocorre de maneira diferente dos demais, e costuma ser ainda menos frequente do que a orientação nutricional, atividade física, perda de peso ou cessação do tabagismo. Estas orientações, quando ocorrem, não são fornecidas como uma medida preventiva, mas tão somente porque uma nova condição crônica é diagnosticada, principalmente diante de um diagnóstico recente de depressão ou transtorno de ansiedade generalizada⁷.

A boa notícia é que cada vez mais estudos têm demonstrado a possibilidade de se melhorar o conhecimento, atitude e confiança de médicos acerca de aconselhamento nutricional, atividade física, cessação de tabagismo e autocuidado. Para isso, é suficiente que tenha recebido um treinamento com habilidades práticas durante a graduação médica. Alguns pesquisadores sugerem, inclusive, que a ampliação de conhecimento acerca do tema acarretou em melhora na prática nutricional e atividade física dos próprios médicos e estudantes. Outros autores demonstraram que médicos que se exercitam são mais propensos a orientarem seus pacientes a fazê-lo também^{1,4}. E então, será que estamos aplicando aquilo que orientamos a nossos pacientes?



Referências:

1. KOLASA, K; RICKETT, K. Barriers to providing counseling cited by physicians: a survey of primary care practitioners. *Nutr. Clin. Pract.*, v.25, n.5, p.502-509, out., 2010.
2. CASTILLO, M., FEINSTEIN, R., TSANG, J. Basic nutrition knowledge of recent medical graduates entering a pediatric residency program. *Int. J. Adolesc. Med. Health*, v.28, n.4, p. 357-361, nov., 2016.
3. SLOMSKI, A. Physicians Can Motivate Patients to Shed Pounds. *JAMA*, v.316, n.24, dez., 2016.
4. MORISHITA, Y., NUMATA, A., MIKI, A. et al. Primary care physicians own exercise habits influence exercise counseling for patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.*, v.19, n.15, mar., 2014.
5. YANOVSKI, S.Z., YANOVSKI, J. Toward Precision Approaches for the Prevention and Treatment of Obesity. *JAMA*, v.319, n.3., p.223-224, jan., 2018.
6. BARTSH, A.L., HARTE, M., NIEDRICH, J. et al. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PLoS One*, v.21, n.11, dez., 2016.
7. NERURKAR, A., BITTON, A., DAVIS, R.B. et al. When physicians counsel about stress: results of a national study. *JAMA Intern. Med.*, v.14, n.173, p.76-77, jan., 2013.

Capítulo 2

POR ONDE COMEÇAR?

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

Entendemos que orientar mudanças de estilo de vida para pacientes como prevenção e manejo de doenças crônicas é extremamente importante e sabemos que os dois passos iniciais deste aconselhamento estão entre a orientação alimentar e a prática de atividade física. Mas devemos iniciar pelos dois simultaneamente?

Estudos sobre o tema que comparam a perda de peso quantitativa a curto prazo demonstram que a redução da ingestão calórica esteve associada a uma maior perda de peso do que a realização de atividade física isoladamente, o que poderia nos levar a pensar que deveríamos iniciar nosso aconselhamento com a restrição de calorias. De fato, para muitos pacientes, conseguir visualizar mudanças na balança precocemente pode ser um incentivo à aderência, uma vez que a perda de motivação é uma importante barreira na prática clínica^{1,2,3}.

O que não foi destacado, no entanto, é que manter uma dieta com déficit calórico a longo prazo pode ser um pouco mais difícil, tornando a aplicação da intervenção menos factível. Além disso, deve-se observar que muito mais importante do que a quantidade de quilos perdidos é a capacidade de manter a mudança constante a longo prazo^{2,3}. Desse modo, adotar um passo a passo é fundamental para decidir por onde começar:

INFORME SOBRE O DIAGNÓSTICO:

Pacientes que recebem o diagnóstico de obesidade informado por um médico apresentam maior chance de encarar seu excesso de peso como um risco potencial de saúde e, por sua vez, iniciam programas de perda de peso com maior frequência. No entanto, um terço dos pacientes com sobrepeso e obesidade relatam que nunca foram informados por um profissional de saúde que estavam acima do peso. De fato, uma grande parcela dos médicos evita fornecer este diagnóstico por crer que a informação poderia estigmatizar e refletir negativamente na relação médico-paciente⁴.

Independentemente do termo utilizado, a forma como este diagnóstico é repassado também deve ser adaptado para evitar que a informação sobre obesidade transpareça ao paciente como um insulto ou uma crítica. Desse modo, recomenda-se que ao invés de simplesmente informar ao paciente que ele está obeso, deve-se utilizar estratégias que demonstrem empatia e interesse médico em iniciar um acompanhamento. Por exemplo, pode-se dizer: “Estou preocupado com seu peso, pois a medida de hoje coloca você na categoria de obesidade de acordo com nossas definições médicas”. Comunicar ao paciente os riscos que estão relacionados a este diagnóstico também é útil para a conscientização do problema⁴.

UTILIZE A JANELA DE OPORTUNIDADE:

Dentre os métodos que podem ser utilizados para motivar os pacientes na mudança de estilo de vida, destaca-se a utilização da janela de oportunidade. Pacientes que receberam recentemente um novo diagnóstico estão mais propensos a realizar mudanças do que aqueles que já convivem com alguma comorbidade há algum tempo. E esse “novo diagnóstico” também pode ser representado por um achado anormal na avaliação clínica ou laboratorial, tais como, uma medida alterada da pressão arterial ou da glicemia em jejum³. Há evidências de que modificações de es-

tilo de vida possam reduzir em 30% a incidência de diabetes tipo 2 em indivíduos com glicemia de jejum alterada. Além disso, as maiores chances de remissão da doença ocorrem no primeiro ano após o diagnóstico, com perda de peso e modificações adequadas^{2,3}.

MUDE O SUJEITO DO PROBLEMA:

Estratégias alternativas recomendam mudar o sujeito do problema e, ao invés de enfatizar ao paciente sobre sua real necessidade de perder peso, que tal conversar acerca da importância em manter a saúde e o bem-estar, independentemente dos quilos na balança? Um componente essencial no diálogo sobre mudança de estilo de vida inclui aconselhar ao paciente sobre como ele pode se tornar mais ativo fisicamente, mesmo que o objetivo a ser alcançado seja somente o de estabilizar o peso atual^{4,5}.

Sabe-se que, isoladamente, a realização de exercícios físicos não impacta significativamente na perda de peso, porém, pode ser útil como uma estratégia para a melhora nos parâmetros metabólicos relacionados à obesidade e na motivação real do paciente para adesão a mudanças dietéticas como um passo subsequente⁵.

EMPATIA É FUNDAMENTAL:

Médicos que mudam o diálogo sobre a perda de peso e começam o aconselhamento sobre a atividade física também criam uma oportunidade para discutir com o paciente sobre as barreiras enfrentadas para a adoção de um estilo de vida mais saudável. Neste ponto, a empatia do médico que também possui barreiras para a realização de exercícios físicos pode impactar positivamente para a aderência^{4,5}. Que tal se tornar mais ativo para conseguir motivar seus pacientes?



Capítulo 3

SEGUINDO ETAPAS

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

Adotar um passo a passo durante o atendimento de pacientes pode ser uma estratégia interessante para encontrar um caminho por onde começar a abordagem sobre prevenção de doenças crônicas. Dentre as principais metodologias adotadas para se orientar mudanças de estilo de vida com o objetivo de reduzir o risco de obesidade, a mais utilizada se baseia em cinco etapas.

ETAPA 1: ENUMERE OS FATORES DE RISCO

Entenda que neste momento o paciente comparece pela primeira vez ao ambulatório médico, e na anamnese devem ser pesquisados quais os fatores de risco que o mesmo apresenta. Dentre os principais fatores, alguns não podem ser esquecidos, tais como: tabagismo, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, sedentarismo e dislipidemia¹.

Em seguida, durante a realização do exame físico, deve-se incluir a avaliação do IMC (índice de massa corporal) através da obtenção do peso e altura. Com o resultado do IMC, o paciente será classificado em graus que variam entre eutrofia, sobrepeso e obesidade¹.

A medida da circunferência abdominal também é um importante marcador. De modo prático, significa que há acúmulo excessivo de gordura abdominal e se associa ao aumento do risco cardiovascular, quando > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres. A faixa considerada ideal para a circunferência abdominal é < 94 cm para homens e < 80 cm para mulheres¹.

Após a avaliação conjunta de anamnese, antecedentes pessoais e dados do exame físico, os fatores de risco avaliados devem ser enumerados. Pacientes que estejam enquadrados de acordo com o fluxograma abaixo devem ser avaliados para o segundo passo¹ (Figura 1).

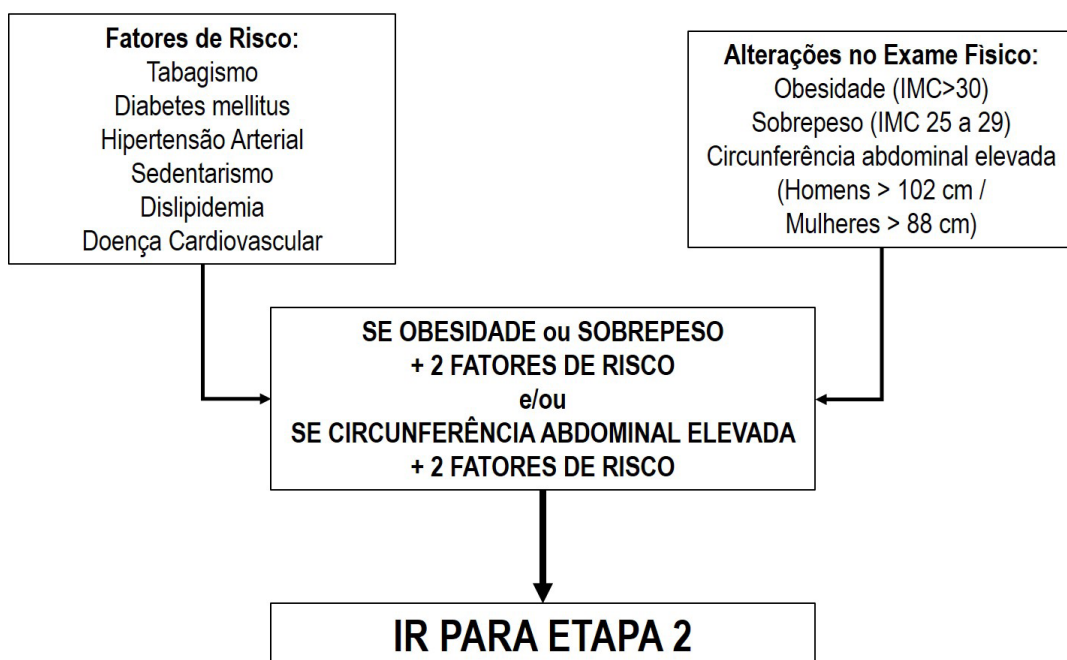


Figura 1. Fluxograma de avaliação de fatores de risco¹.

ETAPA 2: AVALIE SE É O MOMENTO IDEAL

Antes de iniciar um programa de modificação de estilo de vida, é importante saber se este é o momento apropriado. Lembre-se que para que as orientações sejam eficientes, é necessário que o paciente tenha vontade de investir tempo e esforço em mudanças de hábitos. Neste momento, informações sobre a história do ganho de peso, tentativas anteriores de perda de peso, motivação, tempo disponível e suporte são fundamentais².

Deve-se avaliar possíveis estressores, como doenças na família, mudança de emprego ou transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão ou compulsão alimentar, uma vez que o tratamento da condição de base deve anteceder ou ser concomitante ao programa de perda de peso. Um paciente que será encaminhado a um nutricionista para elaboração e aplicação de um cardápio alimentar provavelmente não será aderente caso o problema dele não seja o conhecimento, mas sim, um transtorno, como compulsão alimentar, não é mesmo?²

Entenda que, se for concluído que o paciente não está em um momento ideal, iniciar uma programação detalhada de perda de peso nesta etapa poderá ser ainda mais prejudicial ao paciente e para a relação médico-paciente. Pacientes que não estão aptos ou motivados devem ser aconselhados sobre a necessidade de manutenção do peso atual. Uma estabilização de peso nesta fase pode ser considerada um sucesso terapêutico, uma vez que um crescente ganho de peso seria o esperado para a maioria destes pacientes².

Ao longo dos próximos atendimentos, o médico deverá melhorar a convicção e confiança do paciente, para que o mesmo comece a pensar na possibilidade de mudança. Duas técnicas que podem auxiliar nesta abordagem são: incentivar o paciente a falar sobre o assunto, melhorando sua convicção e ênfatar a autonomia do paciente, melhorando sua confiança. Exemplos de diálogos que podem ser utilizados podem ser visualizados na tabela seguinte (Tabela 1)³.

Diálogos que incentivam a abordagem do assunto
- “Em algum momento, você já considerou a possibilidade de se tornar mais ativo?” - “Quais são os seus maiores empecilhos para iniciar uma atividade física diariamente?” - “Você acredita que no momento está impossibilitado de mudar a forma como se alimenta, mas vamos imaginar que você iniciou essa mudança hoje, como você acha que estaria se sentindo daqui a um ano?”
Diálogos que incentivam a autonomia e melhoram a confiança do paciente
- “Estou preocupado com a sua saúde e sei que esta decisão cabe somente a você, mas eu posso ajudar quando você estiver apto a mudar” - “A maioria das pessoas tenta perder peso muitas vezes antes de realmente conseguir, isso significa que é possível aprender com as tentativas anteriores, sabendo o que funciona e o que não funciona para você. Na última vez que você tentou, o que deu certo para você?”

Tabela 1. Exemplos de diálogos que podem ser utilizados para melhorar a convicção e confiança do paciente³.

ETAPA 3: ACONSELHE SOBRE HÁBITOS E OBJETIVOS

Para aqueles pacientes que estão aptos à perda de peso, aconselhe sobre a possibilidade de iniciar um programa para redução de peso. Questione abertamente sobre possíveis hábitos que sejam percebidos por eles como contribuintes ao ganho de peso. Em muitos casos, fazer este tipo de questionamento é mais interessante do que um extenso e prolongado interrogatório alimentar, pois frequentemente o paciente reconhece e omite o real motivo para o crescente ganho de peso

durante a exposição do recordatório alimentar. Em seguida, paciente e médico devem conversar de forma realista o que seria possível realizar nas semanas subsequentes. Como padrão inicial, um objetivo de emagrecer 5 a 10% do peso inicial durante um período de 6 meses é aceitável. Neste momento, obter o peso ideal não deve ser a meta inicial^{1,3}.

Deixe claro quais são os objetivos e alvos a serem atingidos. A mudança de comportamento é maximizada quando são realizados pequenos passos em curto prazo. Desse modo, seria melhor separar os desfechos em alvos específicos de comportamento que o paciente possa realizar com êxito, como por exemplo, controlar porções dos alimentos ou caminhar com regularidade^{3,4}.

ETAPA 4: AUXILIE SOBRE A INTERVENÇÃO

Ajude o paciente a encontrar a intervenção mais apropriada. Em geral, esta etapa inclui redução de ingestão calórica (dieta) e aumento do gasto energético (atividade física), tópicos que serão abordados em capítulos específicos. Neste momento, aconselhar sobre a importância de uma equipe multidisciplinar é fundamental. Também é importante que o médico enfatize sobre a falta de evidências quanto ao uso de ervas ou demais compostos industrializados que prometem auxiliar na perda de peso, uma vez que estes costumam apresentar uma infinidade de componentes, muitos dos quais com potenciais efeitos prejudiciais ao organismo¹.

ETAPA 5: ESQUEMATIZE O SEGUIMENTO

O seguimento regular do paciente que está em modificação do estilo de vida é fundamental, pois se estima que em seis meses usualmente ocorre a perda máxima de peso e se inicia o período mais difícil, conhecido como efeito platô. Nesta fase, a perda de peso já não é mais tão acentuada como antes e o paciente pode se sentir desestimulado com os resultados, havendo risco de abandono do tratamento e novo ganho de peso após. Desse modo, é papel do médico elaborar um plano de seguimento a longo prazo, com estratégias para que o paciente mantenha o esforço contínuo e evite ganhar peso neste período em que as mudanças na balança não são tão visíveis. É válido lembrar que a obesidade é uma doença crônica que requer cuidados contínuos a longo prazo^{1,2,3}.

Referências

1. SERDULA, M.K., KHAN, L.K., DIETZ, W.H. Weight loss counseling revisited. JAMA, v.289, n.14, p.1747-1750, abr., 2013.
2. MCGOWAN, P. The challenge of integrating self-management support into clinical settings. Can. J. Diabetes. v.37, n.1, p.45-50, fev, 2013.
3. KOENIGSBERG, M.R., CORLISS, J. Diabetes self-management: facilitating lifestyle change. Am. Fam. Physician., v.96, n.6, p.362-370, set., 2017.
4. FRANCO, R.J.S., FORJAZ, C.L.M., PIERIN, A.M.G. et al, A.R. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 6 – Tratamento não medicamentoso. Arq. Bras. Cardiol., v.103, n.3, p.30-33, set., 2016.

Capítulo 4

PLANO DE METAS

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

A maioria dos pacientes com doenças crônicas possui mais de uma comorbidade, o que por sua vez envolve o acompanhamento longitudinal com médicos de múltiplas especialidades e uso de diversas classes de medicamentos. Isso se associa a um cuidado fragmentado, dificultando a assistência alinhada às necessidades do paciente em um seguimento a longo prazo¹.

No tratamento de pacientes com doenças crônicas, o ideal é que a tomada de decisões seja baseada em prioridades e planejamento de cuidados². A melhor abordagem para seguimento destes pacientes consiste no desenvolvimento de metas específicas, alcançáveis e realistas, com prazo para contemplação. É fundamental que, dentre os médicos de seguimento de pacientes com doenças crônicas, haja um que esteja apto a desenvolver um plano de ação que possibilite acompanhar o cumprimento das metas de comportamento, para que a adesão às mudanças de estilo de vida ocorra a longo prazo e de forma regular³.

Na elaboração do plano de metas para mudanças de estilo de vida, alguns itens precisam ser adequadamente planejados, sendo válido utilizar uma lista de controle para verificar se todos esses itens foram contemplados de forma adequada (Tabela 2):

Plano de Metas
1. Determine até duas metas de comportamento em cada atendimento médico
2. Anote as metas no prontuário médico
3. Faça perguntas que incentivem: “se sentiu mais disposto na segunda semana de atividades?”, “recebeu elogios?”
4. As falhas vão ocorrer, mas não devem prejudicar todo o processo. Aborde sobre as falhas com empatia.
5. Enfatize os sucessos parciais: “Neste mês você foi melhor que no mês anterior”.

Tabela 2. Exemplos de abordagens durante o seguimento dos pacientes³

1. Determine os objetivos a serem alcançados em cada avaliação médica: Os objetivos devem começar pequenos para que possam ser aumentados gradualmente. Inicialmente, pode-se determinar objetivos diários ou semanais acerca da prática de uma alimentação saudável, aumento da atividade física ou desenvolvimento de habilidades comportamentais relacionadas ao manejo de doenças crônicas³.

Há duas possíveis estratégias para a elaboração de um plano de metas eficiente: pode-se iniciar a dieta e atividade física a partir do que já é realizado habitualmente pelo paciente, modificando gradualmente alguns itens pontuais, ou pode-se educar o paciente diretamente sobre como deve ser uma alimentação saudável ou uma atividade física estruturada. Escolha a opção que o indivíduo esteja mais propenso a seguir³.

A meta de atividade física, por exemplo, pode ser aumentada gradualmente a partir de períodos mínimos de dez minutos, de uma atividade agradável, para um exercício de intensidade

moderada. Desse modo, o paciente é capaz de construir sua autoconfiança em etapas, onde cada passo alcançado aumenta a probabilidade de obter um sucesso duradouro³.

O médico deve rever o plano de ação com seus pacientes a cada consulta médica, de modo que as metas a curto prazo sejam ajustadas com base em seu progresso. Desenvolver uma ou duas tarefas de comportamento por cada avaliação médica é o recomendado, começando sempre pela etapa mais simples, já que dessa forma o resultado será de mudanças mais favoráveis. Adicionalmente, é importante que o plano de metas seja documentado no prontuário médico, evitando que o médico esqueça de perguntar se a meta determinada na avaliação anterior foi alcançada³.

2. Incentive e empodere: O médico deve perguntar aos pacientes sobre os objetivos comportamentais discutidos na avaliação anterior, confirmar como os objetivos foram traçados e se foram alcançados. Estrategicamente, pode-se perguntar sobre os elogios que o paciente obteve a partir de suas primeiras mudanças ou sobre os benefícios observados, tais como se notou aumento da resistência física, ou se as roupas ficaram menos apertadas, oferecendo encorajamento em cada uma das avaliações. Para pacientes que visualizam mais frequentemente suas próprias falhas, o foco do médico deve ser em enfatizar seus sucessos parciais em comparação com o nível anterior³.
3. Planeje o automonitoramento: A concretização de mudanças a longo prazo é mais provável quando o paciente acompanha o seu próprio comportamento de modo sistemático. Dessa forma, o médico pode recomendar o uso de um sistema simples de monitoramento, tais como, anotação em calendário dos dias em que realizou suas atividades, uso de agendas ou aplicativos de celular que registram dados de saúde, tais como alimentação, sono e atividade física³.
4. Utilize estratégias para manter o seguimento estruturado: Atingir mudanças permanentes nos padrões de dieta e atividade física é um projeto plurianual. Assim, quanto maior o período de intervenção, maior é a probabilidade de que melhoras na perda de peso e atividade física sejam mantidas.

A fase de manutenção é um período que consiste em lutas diárias, uma vez que uma série de circunstâncias podem provocar erros ocasionais na estratégia. Se o paciente reconhecer o erro rapidamente e retornar ao esforço de mudança, o erro será considerado apenas uma falha. No entanto, se este erro fizer o paciente retornar ao estágio anterior, será considerado uma recaída. Saber como trabalhar com os erros ocasionais é fundamental, pois pacientes que veem os deslizamentos como um fracasso pessoal tendem a sentir culpa ou vergonha, o que aumenta o risco de recaída. Por outro lado, pacientes que encaram os deslizamentos como resultado da dificuldade de lidar com uma situação específica, tendem a desenvolver uma maior habilidade de querer aprender com os erros e desenvolver uma forma efetiva de lidar com situações semelhantes no futuro³.

Pacientes tendem a seguir pelo segundo caminho quando encontram médicos que são capazes de entender essa perspectiva de forma empática. Por este motivo, perguntar abertamente sobre deslizamentos e obstáculos é fundamental, assim como debater sobre os fatores desencadeantes, tais como: emoções negativas, pressão social, pressão de tempo e celebrações. Pacientes que são capazes de executar habilidades de enfrentamento eficazes têm menor probabilidade de recaídas³.



Referências

1. BLAUM, C.S., ROSEN, J., NAIK, A.D. Feasibility of implementing patient priorities care for older adults with multiple chronic conditions. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v.66, n.10, p.2009-2016, out., 2018.
2. BERNACKI, R.E., BLOCK, S.D. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern. Med.* v.174, n.12, p.1994-2003, dez, 2014.
3. KOENIGSBERG, M.R., CORLISS, J. Diabetes self-management: facilitating lifestyle change. *Am. Fam. Physician.*, v.96, n.6, p.362-370, set, 2017.

Capítulo 5



ATIVIDADE E EXERCÍCIO FÍSICO NA PRÁTICA CLÍNICA

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

O aumento dos níveis de atividade física do paciente e da população é essencial para lidar com as consequências de saúde relacionadas às doenças crônicas, e os médicos são identificados como os principais catalisadores dessa solução: o exercício recomendado por médico tem se mostrado custo-eficiente, sendo necessário orientar apenas 12 pacientes para que um siga as recomendações¹.

A realização de exercício físico é um grande aliado no tratamento de diversas doenças. Em hipertensão arterial, há evidências importantes de que o exercício otimiza a redução de níveis pressóricos, podendo, inclusive, apresentar resultado superior ao uso de medicamentos anti-hipertensivos de primeira linha na comparação a longo prazo².

Para diabéticos, o exercício aumenta a sensibilidade periférica à insulina, aumentando a captação de glicose pelos músculos e adipócitos, independentemente do peso corporal. Esta ação perdura por 24 a 72 horas após a atividade. O melhor momento para o diabético se exercitar é cerca de trinta minutos após uma pequena refeição, pois a glicose ingerida é utilizada como substrato energético, evitando assim a hiperglicemia pós-prandial³.

O que se observa, no entanto, é que o aconselhamento médico na maioria das vezes é difuso, em frases como: “atividade física seria bom para você”, sendo o aconselhamento específico pouco frequente¹.

É importante lembrar que, apesar de ser bastante recomendado que nossos pacientes tenham um estilo de vida ativo, o qual inclui a realização de atividades no contexto do dia a dia, como o hábito de caminhar até a feira, subir escadas no trabalho ou pedalar até a faculdade, estas atividades por si só não são suficientes como prática terapêutica para prevenção e manejo de doenças crônicas, devendo o médico ser sagaz em reconhecer e orientar sobre a diferença entre atividade e exercício físico².

O exercício físico é, portanto, uma subcategoria de atividade física, a qual engloba uma ação estruturada e planejada cujo objetivo é de melhorar ou manter a saúde física. Na prática clínica, os exercícios costumam ser divididos em dois grandes subgrupos: aeróbicos e resistidos (levantamento de peso)⁴.

No entanto, antes de se recomendar a realização de atividade física para pacientes hipertensos, é importante que o médico reconheça que a indicação de exercício físico sempre ocorre de modo sistemático e individualizado, devendo responder às seguintes perguntas: 1) Qual a frequência?; 2) Qual a intensidade?; 3) Qual a duração?; 4) Qual o tipo? Essas informações devem fazer parte, sempre que possível, da sua orientação de práticas de exercício físico, pois dessa forma se garante que a recomendação esteja baseada em evidências.

É importante ressaltar, no entanto, que a dose de exercício físico para o objetivo de emagrecimento costuma ser superior à dose mínima para gerar impacto positivo nos fatores de risco cardiovascular (lipídios, pressão arterial e aumento da sensibilidade à insulina), devendo ser, portanto, individualizada e explicada de modo claro ao paciente que o exercício será benéfico para ele, mesmo que o peso na balança possa manter-se inalterado. Além disso, pacientes muito sedentários podem se beneficiar de exercícios, mesmo em doses muito menores que as recomendadas⁴.

- 1. Qual a frequência?** A recomendação inicial deve ser de que a prática do exercício físico aeróbio ocorra na maioria dos dias da semana, quando não for possível ser diária. Ou seja, a meta é de 5 a 7 vezes na semana. Quando houver possibilidade de inclusão de exercício resistido de modo complementar, o mesmo deverá ocorrer duas a três vezes por semana². É importante enfatizar que o paciente não deverá ficar mais de dois dias seguidos sem realizar seu exercício físico³.
- 2. Qual a intensidade?** Este dado é um importante determinante da resposta pressórica ao exercício, de modo que, quanto maior a intensidade, melhor a resposta a longo prazo. Desse modo, é recomendado que a intensidade seja aumentada progressivamente, conforme a adaptação do paciente.

Para diabéticos com disautonomia, enfatize sobre a necessidade de realizar o aquecimento no início e desaquecimento ao final da atividade. Orientar a execução do exercício de maneira intervalada, mesclando diferentes intensidades, também é uma estratégia interessante³.

Uma intensidade moderada poderá ser explicada como um exercício em que o paciente se sinta ligeiramente cansado ou cansado, porém seja capaz de conversar durante a prática, sem ficar ofegante. Você pode pedir, por exemplo, que o paciente ocasionalmente repita uma frase durante a atividade, como por exemplo “meu nome é João da Silva”. Essa frase deverá ser falada durante uma única expiração. Caso não seja possível conversar, a intensidade deverá ser reduzida.

Se houver possibilidade de que o paciente use um frequencímetro, é possível calcular a frequência cardíaca mínima e máxima do treino (Tabela 3). Em paciente com fatores de risco, a frequência cardíaca máxima é definida pelo Teste Ergométrico².

Cálculo da frequência cardíaca máxima e de repouso	
Frequência Cardíaca máxima:	220 - Idade
Frequência Cardíaca de repouso	FC após 5 minutos deitado
*Em pacientes que realizaram Teste Ergométrico, a frequência cardíaca máxima é determinada pelo próprio exame.	
Cálculo da frequência cardíaca para o treino	
Frequência Cardíaca máxima para o treino	$(FC \text{ máxima} - FC \text{ repouso}) \times 0,07 + FC \text{ repouso}$
Frequência Cardíaca mínima para o treino	$(FC \text{ máxima} - FC \text{ repouso}) \times 0,05 + FC \text{ repouso}$
* Utilize 0,05 para o determinar o limite inferior e 0,07 para o limite superior.	

Tabela 3. Exemplo de como calcular a frequência cardíaca para o exercício

- 3. Qual a duração?** Há consenso de que o tempo a ser reservado para a prática do exercício físico deverá ser de 150 minutos ou mais por semana, o que garantiria uma média de 30 minutos por dia. No entanto, é possível dividir o tempo de prática em vários períodos de 10 minutos ao longo do dia, mantendo o mesmo benefício.²
- 4.** Existe uma forte evidência de que o exercício aeróbio deve ser prescrito como a primeira opção para a prevenção e controle da hipertensão arterial. Os principais exemplos são: caminhada, corrida, natação e ciclismo. Cabe espaço para recomendar, no entanto, que os exercícios de resistência sejam aplicados como complemento, pois a dificuldade em recomendá-los como primeira linha decorre da grande variabilidade nas possíveis prescrições, o que reduz a possibilidade de atingirem uma forte evidência.

Quando for possível esta inclusão, deve-se recomendar a realização de exercícios de resistência para grandes grupos musculares, contendo duas a três séries de 6 a 10 repetições, com peso que não suporte mais do que esse número de repetições (Tabela 4). Preferencialmente, estes exercícios devem ser supervisionados por profissionais de educação física para sua correta realização, reduzindo a possibilidade de lesões ósseas, musculares ou articulares³.

Exercício físico estruturado	
Tipo: Caminhada Frequência: 5 vezes por semana Duração: 30 minutos Intensidade: - Primeiro mês: leve - Segundo mês: moderada	Tipo: Musculação supervisionada Frequência: 2 vezes por semana Duração: 25 minutos Número de séries: 3 Carga: falha entre 6 e 10 repetições

Tabela 4. Exemplo de orientação de exercício físico estruturado³

E os exames? Ao contrário do que se parece, a prática de atividade física de intensidade leve a moderada deve ser indicada para toda a população, e não há necessidade de realização de exame específico previamente para seu início imediato. No entanto, o paciente deve ser orientado a retornar ao médico caso sinta algum desconforto com a prática, tais como, dor, tonturas ou mal-estar. Em hipertensos com níveis de pressão arterial mais elevados ou para aqueles que apresentam elevado risco cardiovascular, diabetes, cardiopatias ou lesão em órgão alvo, antes que sejam aplicados exercícios de intensidade moderada ou elevada, deve-se recomendar a realização de um teste ergométrico⁵.



Referências

1. SOLMUNDSON, K., KOEHLE, M., MCKENZIE, D. Are we adequately preparing the next generation of physicians to prescribe exercise as prevention and treatment? Residents express the desire for more training in exercise prescription. *Can. Med. Educ. J.*, v.7, n.2, out, 2016.
2. PESCATELLO, L.S. et al. Exercise for hypertension: a prescription update integrating existing recommendations with emerging research. *Curr. Hypertens.Rep.*, n.17, v.11, nov. 2015.
3. OLIVEIRA, J.E.P., MONTENEGRO-JUNIOR, J.M., VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: Parte 4 – Tratamento do Diabetes Mellitus: Medidas de Estilo de Vida. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Editora Clannad, p. 112-121, 2017-2018.
4. WASFY, M., BAGGISH, A. Exercise dose in clinical practice. *Circulation*. v. 133, n.23, jun, 2016.
5. FRANCO, R.J.S., FORJAZ, C.L.M., PIERIN, A.M.G. et al, A.R. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 6 – Tratamento não medicamentoso. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.103, n.3, p.30-33, set., 2016.

Capítulo 6

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

O elevado número de pacientes com doenças crônicas, atendidos na prática diária, para os quais dieta e nutrição adequadas são interações fundamentais sugere que o conhecimento sobre aconselhamento em alimentação deve ser uma ferramenta imprescindível na abordagem médica¹.

No entanto, observa-se que apesar da disponibilidade de inúmeras diretrizes nutricionais direcionadas para a redução do risco de doenças cardiovasculares, intervenções neste tema frequentemente não são nem iniciadas, e, quando planos alimentares são diretamente sugeridos por nutricionistas, a adesão do paciente tende a ser baixa².

De fato, devido a esta baixa adesão, as principais diretrizes não sustentam o encaminhamento automático de pacientes hipertensos para acompanhamento nutricional pontual, quando diagnosticados recentemente. Para esta finalidade, sugere-se que os médicos estejam familiarizados com as recomendações dietéticas e possam fornecer este aconselhamento de uma forma inicial, facilitando o acesso a informações relevantes².

O diagnóstico novo de hipertensão arterial é uma excelente janela de oportunidade para educar sobre a adoção e manutenção de modificações do estilo de vida. Contudo, observa-se que apenas uma minoria dos pacientes com diagnóstico recente de hipertensão recebe orientações médicas sobre a dieta DASH (do inglês, Dietary Approaches to Stop Hypertension, traduzido como: Métodos para Combater a Hipertensão), a qual possui o maior nível de evidência para o tratamento da hipertensão arterial. Estudos observaram que um minuto é o tempo médio que médicos tem utilizado para abordar temas em educação preventiva em uma avaliação habitual em consultório, o que de fato é insatisfatório³.

É importante enfatizar que fatores relacionados ao estilo de vida, tais como tabagismo, inatividade física e hábitos alimentares são considerados fatores de risco modificáveis e podem reduzir a necessidade de intervenções medicamentosas se as mudanças forem realizadas com sucesso. Deste modo, torna-se mandatório que o médico que faça acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, esteja apto a abordar estes temas de forma eficiente¹.

Existem duas principais abordagens dietéticas com bons níveis de evidência:

Dieta DASH: Possui comprovação de redução da pressão arterial em pacientes hipertensos que não são tratados com terapia medicamentosa, devendo ser a primeira abordagem a ser enfatizada para pacientes em diagnóstico recente de hipertensão arterial. Quando associada com exercício físico e restrição calórica, a redução pressórica é ainda mais pronunciada^{2,4}.

Este padrão dietético enfatiza o consumo de legumes, frutas e produtos lácteos com baixo teor de gorduras, e inclui grãos integrais, aves, peixes e castanhas. Contém quantidades menores de carne vermelha e processada, doces e bebidas contendo açúcar. As proporções de gordura saturada e colesterol são restritas, e há maiores quantidades de potássio, cálcio, magnésio, fibra alimentar e proteína do que as dietas ocidentais típicas⁵.

Dieta Mediterrânea: Deve ser recomendada para toda a população em geral, uma vez que há evidência comprovando sua eficácia na prevenção e manejo de doenças crônicas^{1,6}. É caracterizada por uma elevada ingestão de vegetais, frutas, castanhas, leguminosas e azeite de oliva. A dieta também inclui o consumo moderado de peixes e proteína animal, incluindo laticínios fer-

mentados e ovos, porém, as carnes branca e vermelha devem ser utilizadas apenas em consumo pouco frequente, devendo-se evitar carnes processadas, doces ou bebidas doces^{6,7}.

As duas dietas possuem características semelhantes, porém a mediterrânea é considerada uma dieta rica em gordura, devido ao consumo de azeite de oliva e castanhas, e caracterizada por não haver restrição calórica. De uma forma geral, não há evidências de que uma dieta muito restrita em gorduras seja benéfica para a prevenção de doença cardiovascular, sugerindo-se que, para a manutenção do peso corporal, não há indicação de redução de gorduras insaturadas, quando as fontes de gordura forem alimentos vegetais ou óleos ricos em gordura insaturada, como o azeite de oliva¹.

A flexibilidade nas recomendações alimentares têm sido facilitada pela ênfase crescente na qualidade dos macronutrientes em detrimento à quantidade. Alimentos saudáveis como legumes e frutas também tem a capacidade de deslocar alimentos menos saudáveis da dieta e gorduras estão associadas a maior saciedade. Outra vantagem é evitar armadilhas de interpretação que ocorrem com a abordagem baseada em nutrientes, tais como, substituição de gorduras por carboidratos refinados para atingir a meta de redução de gordura. Argumenta-se, portanto, que um foco em alimentos e padrões alimentares aumenta a probabilidade de consumir uma mistura mais saudável de nutrientes, diminuindo assim o risco de doenças crônicas⁵.

A dieta mediterrânea compartilha muitas similaridades com as dietas vegetarianas modernas, mas pode encontrar maior aceitação devido a sua alta palatabilidade e subsídio para uma ingestão controlada e moderada de alimentos de origem animal⁹. A adesão dietética da vida real pode ser influenciada por fatores contextuais, como o custo e sabor dos alimentos, e isto deve ser refletido quando se orienta uma dieta com baixo teor de gorduras, o que torna o alimento pouco atrativo².

Idosos com elevada adesão à dieta do mediterrâneo apresentam menores taxas de fragilidade, independentemente da definição de fragilidade utilizada⁷. É importante desenvolver intervenções nutricionais destinadas a prevenir que condições crônicas ocorram ou progridam e, neste contexto, a educação nutricional voltada para adultos idosos tem o potencial de manter a saúde e o bem-estar a longo prazo, a medida que o envelhecimento ocorre⁸.

Diabéticos também se beneficiam da dieta do mediterrâneo. Estudos apontam redução considerável de hemoglobina glicosilada, glicemia em jejum e necessidade de terapia com drogas hipoglicemiantes em mais de um terço dos pacientes que aderiram à dieta durante observação por quatro anos, havendo melhora, inclusive, em fatores de risco cardiovascular. No entanto, deve-se enfatizar que para este grupo, a dieta deve estar pautada também em uma ingestão controlada de carboidratos⁵.

Indivíduos que apresentam elevação de LDL-colesterol, cuja avaliação de risco cardiovascular não justifique o uso de drogas hipolipemiantes (como as estatinas), deve ser incentivado o consumo de fitoesteróis e fibras, as quais também atuam reduzindo a glicemia pós-prandial após refeições ricas em carboidratos. Os fitoesteróis estão presentes em verduras, legumes, castanhas, óleos vegetais e abacate¹.

A água deve ser a principal bebida a ser utilizada diariamente, a qual também pode ser consumida através de infusões de chás de ervas. Sucos, mesmo de frutas naturais, devem ser consumidos como uma exceção⁹.

Na orientação alimentar de pacientes, deve-se focar em alguns passos fundamentais:

Passo 1: Estratégias visando a perda de peso, na prática em geral, devem ser reconsideradas

Em vez de visar a perda de peso, deve-se concentrar em mudanças no estilo de vida, como a adoção de uma dieta adequada e prática de exercício físico em pacientes com excesso de peso. Em geral, o corpo tende a responder à restrição de calorias com mudanças metabólicas de modo a defender seu peso atual e a pesagem frequente, pode ser um fator de desestímulo ao paciente, uma vez que nem sempre ela poderá ser visualizada na balança¹⁰.

Passo 2: Utilize mensagens positivas e não faça ameaças

Interações amistosas e positivas aumentam a capacidade do paciente em lidar com a doença e aderir às mudanças de estilo de vida recomendadas. O treinamento em comunicação é de fundamental importância para os profissionais de saúde, onde estão incluídas as entrevistas motivacionais. Avaliação psicológica também pode ser recomendada como um passo importante para a realização de mudanças comportamentais, principalmente quando o paciente tem consciência do que deve mudar, mas não consegue aplicar¹.

Passo 3: Enfatize sobre alimentos que precisam ser inseridos na alimentação regular

Lembre-se que a dieta deve ser adaptada à cultura e produtos locais, desse modo, as recomendações dietéticas devem ser traduzidas em receitas práticas, levando em consideração os hábitos locais, a disponibilidade de produtos e fatores socioeconômicos, como o custo. Ao invés de prosseguir com as proibições alimentares, tente enfatizar primeiro o que o paciente deve agregar ao ser cardápio diário. Neste momento, destaque que os vegetais e legumes devem estar presentes em todas as refeições, ocupando, no mínimo, a metade do prato¹.

Passo 4: Informe sobre as categorias dos alimentos

Alimentos in natura, ou minimamente processados, são aqueles que não sofreram qualquer alteração após deixarem a natureza, como as verduras e frutas, ou foram submetidos a alterações mínimas, como as carnes, grãos e castanhas. Estes alimentos devem constituir a base da alimentação, da forma mais variada possível, para que se obtenha o máximo de nutrientes. São alimentos minimamente processados também os óleos, como o azeite de oliva e o sal, os quais devem ser utilizados em preparações culinárias em pequenas quantidades¹¹.

Alimentos processados incluem alimentos em conserva, queijos e pães feitos com ingredientes simples, como farinha de trigo, nos quais o processamento inclui técnicas culinárias de fácil reprodução. Seu consumo deve ser limitado, uma vez que o processamento altera de modo desfavorável a composição nutricional destes alimentos¹¹.

Alimentos ultraprocessados são exemplificados por biscoitos, bolachas, salgadinhos de pacote, refrigerantes e macarrão instantâneo, cuja reprodutibilidade técnica é impossibilitada, uma vez que envolve diversas etapas e técnicas de processamento, com lista extensa de ingredientes de uso industrial exclusivo. Estes alimentos devem ser evitados, uma vez que possuem composição nutricional desbalanceada, favorecem o consumo excessivo de calorias e afetam negativamente a cultura e o ambiente¹¹.

Neste momento, é importante que fique evidente que a dieta não deve ser cara e sim adaptada para a realidade do paciente. A ênfase no consumo de alimentos light ou diet deve ser totalmente desencorajada, uma vez que, na maioria das vezes, tratam-se de alimentos ultraprocessados. Informe que os principais alimentos a serem consumidos não devem possuir rótulo ou data de fabricação e, neste íterim, a frase “descasque mais, desembale menos” pode ser utilizada como um exemplo interessante.

Passo 5: Enfatize que lanches não substituem refeições

Indivíduos que geralmente fazem muitas refeições fora do ambiente domiciliar de forma bastante rotineira trocam suas refeições por lanches e possuem menor probabilidade de otimizar o risco cardiovascular em dez anos. Isso apoia a crítica a tendência generalizada da cultura do fast food, a qual envolve uma alimentação rica em calorias e pobre em nutrientes².

Passo 6: Saiba quando a avaliação nutricional é fundamental

Indivíduos de alto risco, como aqueles com dislipidemia, devem receber aconselhamento especializado, quando possível¹. O tratamento intensivo dos fatores de risco cardiovascular, em

pacientes de alto risco, conduzido por equipes multidisciplinares deve ser utilizado para incentivar mudanças no estilo de vida e podem ser eficazes, desde que sejam realizados de forma integrada¹.

Finalmente, de um modo geral, quanto um paciente planeja utilizar as informações que aprendeu, suas atitudes refletem em uma perspectiva positiva de incorporar uma alimentação saudável e isto ocorre, porque acreditam que melhorar o resultado de saúde é possível⁸. Na maioria das vezes, o cuidado médico adequado para a melhora do risco cardiovascular, pode ser traduzido para a prática clínica, utilizando-se orientações de fácil assimilação e baseadas em evidências (Tabela 5)².

Recomendações para orientação alimentar
<ol style="list-style-type: none">1. Exclua a possibilidade de distúrbios alimentares (ex.: compulsão alimentar, bulimia).2. Evite focar inicialmente na perda de peso. Incentive hábitos saudáveis.3. Não faça ameaças. (ex.: se você não parar de comer tanto, pode acabar morrendo).4. Utilize mensagens positivas (ex.: se você fizer a dieta, pode precisar de menos remédios no futuro).5. Incentive o uso de alimentos in natura ou minimamente processados.6. Elabore plano de metas ao final de todos os atendimentos.7. Integre a avaliação nutricional com o atendimento médico.

Tabela 5. Orientação alimentar no atendimento médico^{1,2}



Referências

1. MASANA, L. ROS, E. SUDANO, I. et al. Is there a role for lifestyle changes in cardiovascular prevention? What, when and how? *Atheroscler. Suppl.*, v.26, n.2, abr., 2017.
2. WONG, M.C., WANG, H.H., KWAN, M.W. The effectiveness of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) counselling on estimated 10-year cardiovascular risk among patients with newly diagnosed grade 1 hypertension: a randomised clinical trial. *Int. J. Cardiol.* v.224, n.1, p.79-87, dez, 2016.
3. JOHNSON, H.M., OLSON, A.G., LAMANTIA, J.N. et al. Documented lifestyle education among young adults with incident hypertension. *J. Gen. Intern. Med.*, v.30, n.5, p.556-564, mai., 2015.
4. BLUMENTHAL, J.A., SHERWOOD, A., SMITH, P.J. et al. Lifestyle modification for resistant hypertension: The TRIUMPH randomized clinical trial. *Am. Heart J.*, v.170, n.5, p.986-994, nov, 2015.
5. SIEVENPIPER, J.L., DWORATZEK, P.D. Food and Dietary Pattern-Based Recommendations: An Emerging Approach to Clinical Practice Guidelines for Nutrition Therapy in Diabetes. *Can. J. Diabetes*, v.37, n.1, p.51-57, fev, 2013.
6. GEORGE, E.S., KUCIANSKI, T., MAYR, H.L. A Mediterranean Diet Model in Australia: Strategies for Translating the Traditional Mediterranean Diet into a Multicultural Setting. *Nutrients*, v.10, n.4, abr, 2018.
7. NTANASI, E., YANNAKOULIA, M., KOSMIDIS, M. et al. Adherence to Mediterranean Diet and Frailty. *JAMDA.* v.19, n.4, p.315-322, abr, 2018.
8. IVERY, J.M., BENTON, L., HARRISON, A. The DASH Pilot Project: Developing Community - Based Nutrition Education for Older Adults. *J. Gerontol. Soc. Work*, v.60, n.4, p.286-299, mai-jun, 2017.
9. RADD-VAGENAS, S., KOURIS-BLAZOS, A., SINGH, M.F. Evolution of Mediterranean diets and cuisine: concepts and definitions. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.*, v.26, n.5, p.749-762, jul, 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Capítulo 7



AUTOCUIDADO DOMICILIAR

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

A promoção da saúde requer mais do que cuidados clínicos e intervenção farmacológica. As mudanças duradouras no estilo de vida, necessárias para o manejo de pacientes com doenças crônicas exigem que determinantes psicossociais do comportamento de saúde estejam envolvidos, e isto costuma estar muito além da prática médica habitual¹.

Pacientes com doenças crônicas têm contato com seu profissional de saúde apenas durante uma fração de sua vida, enquanto quase todos os resultados do paciente são mediados por seu comportamento diário².

Os profissionais de saúde reconhecem que muitos pacientes retornam para casa rotineiramente após uma avaliação médica e continuam a manter os mesmos comportamentos sociais, culturais e de estilo de vida que contribuíram para o desenvolvimento de doenças crônicas, como por exemplo, o diabetes mellitus. Porém, deve-se entender que os resultados de saúde são diretamente mediados e, portanto, não podem ser dissociados do próprio comportamento do indivíduo.

Para grande parcela dos médicos, o aconselhamento pode parecer uma ferramenta desafiadora, porque a maioria dos profissionais de saúde é treinada no modelo de cuidados intensivos e estão familiarizados com abordagens direcionadas à resolução direta das queixas clínicas dos pacientes: se há dor? analgesia; para a febre? antitérmico. No cuidado das doenças crônicas, no entanto, esta abordagem será insuficiente, os resultados escassos e a relação com o paciente se tornará desgastante³.

O autocuidado domiciliar tem sido amplamente empregado no manejo de pacientes com doenças crônicas e é considerado atualmente uma estratégia promissora para melhorar os resultados de saúde². De fato, atuar na educação em saúde, encorajando o paciente a possuir uma maior eficiência nas práticas de autocuidado, especialmente nos estágios iniciais das doenças, auxilia no controle de complicações, encoraja na adoção de um estilo de vida mais saudável e impacta diretamente na melhoria da qualidade de vida⁴.

As intervenções de autocuidado devem abranger mais do que apenas uma transferência de conhecimento. Elas implicam no envolvimento ativo de pacientes para estimulá-los a assumir responsabilidades no plano de cuidados². Adultos são mais propensos a fazer e manter comportamentos e mudanças quando essas mudanças são pessoalmente significativas e foram livremente escolhidas⁵.

O objetivo do autocuidado é capacitar e preparar o paciente para tomar decisões e se engajar em comportamentos saudáveis, reconhecendo seu papel central nos cuidados de sua própria doença. A intervenção clínica, em geral, envolve educação em saúde, para ajudar o paciente a entender o processo da doença e aprender habilidades apropriadas para o autocuidado³.

O envolvimento no autocuidado de doenças inclui o monitoramento de sinais e sintomas, gerenciamento de medicações, aprimoramento das habilidades de resolução de problemas e tomada de decisões e mudança de comportamento alimentar, realização de atividade física e controle do tabagismo e estresse. A elaboração de plano de metas para a mudança comportamental

também está incluída no autocuidado. Os médicos devem participar desta abordagem definindo problemas, estabelecendo prioridades e resolvendo possíveis dificuldades que possam surgir ao longo do caminho^{2,3,6}.

Exemplos práticos de autocuidado em diferentes aspectos⁷:

- a) **Autocuidado nutricional:** Capacidade de fazer escolhas alimentares, estando apto a selecionar macronutrientes, independentemente de um cardápio nutricional pré-estabelecido; estar apto a reconhecer seus próprios erros alimentares e ser capaz de retomar à dieta, sempre que houver algum desvio.
- b) **Autocuidado em diabetes:** Capacidade de realizar o monitoramento e controle de seus níveis glicêmicos através da dieta e uso de seus medicamentos; estar apto a realizar tarefas, como o exame e inspeção dos pés em busca de alterações como cortes ou calos.
- c) **Autocuidado em tratamento médico:** Capacidade de tomar seus próprios medicamentos, reconhecer o nome e a finalidade dos remédios que faz uso, além dos horários de tomada.

As intervenções comportamentais mais eficazes envolvem uma abordagem centrada no paciente, com tomada de decisões compartilhada, habilidades para a resolução de problemas e uso do plano de metas direcionado aos objetivos escolhidos pelo próprio paciente. A inclusão de todas essas abordagens é crucial para a sustentação do autocuidado a longo prazo⁵.



Referências

1. DYE, C.J., WILLIAMS, J.E., EVATT, J.H. Activating Patients for Sustained Chronic Disease Self-Management: Thinking Beyond Clinical Outcomes. *J. Prim. Care Community Health*, v.7, n.2, p.107-112, abr, 2016.
2. JONKMAN, N.H., SCHUURMANS, M.J., JAARSMA, T. et al. Self-management interventions: Proposal and validation of a new operational definition. *J. Clin. Epidemiol.*, v.80, p.34-42, dez, 2016.
3. MCGOWAN, P. The Challenge of Integrating Self-Management Support into Clinical Settings. *Can. J. Diabetes*, v.37, n.1, p.45-50, fev, 2013.
4. WANG, C., LANG, J., XUAN, L. et al. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int. J. Equity Health*. v.16, n.1, jul, 2017.
5. JONES, H., BERARD, L.D., MACNEILL, G. et al. Self-Management Education. *Can. J. Diabetes*, v.37, supl.1, p.23-30, abr, 2013.
6. BOWLING, C.B., VANDENBERG, A.E., PHILIPS, L.S., et al. Older Patients' Perspectives on Managing Complexity in CKD Self-Management. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, v.12, n.4, p.635-643, abr, 2017.
7. AL-KHAWALDEH, O.A., AL-HASSAN, M.A., FROELICHER, E.S. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *J. Diabetes Complications*, v.26, n.1, 10-16, jan-fev, 2012.

Capítulo 8



MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

O monitoramento glicêmico consiste na coleta de informações detalhadas sobre os níveis de glicose em vários momentos ao longo do dia, com a finalidade de auxiliar nos ajustes do tratamento medicamentoso, de modo a melhorar o controle glicêmico e prevenir complicações agudas e crônicas¹.

Em pacientes diabéticos tipo 1 e pacientes diabéticos tipo 2, em uso de insulina, as diretrizes recomendam o automonitoramento glicêmico três vezes ao dia¹. No entanto, há muita controvérsia com relação à utilidade deste automonitoramento em pacientes que não fazem uso de terapia com insulina rápida². Os principais motivos que fragilizam esta recomendação são: falta de recurso associado ao elevado custo de glicosímetros e fitas, e ausência de melhora no controle da glicemia com o automonitoramento domiciliar³.

O segundo problema ocorre devido à falta de credibilidade quanto à possibilidade de que o automonitoramento possa auxiliar com o controle do diabetes³. Na maioria dos estudos que compararam a realização do automonitoramento e melhora nos níveis de hemoglobina glicosilada, foi observado que apenas metade dos pacientes modificaram seu comportamento por causa de resultados anormais de glicemia capilar¹.

O principal problema detectado está relacionado a falta de treinamento sobre como interpretar e como aplicar as informações obtidas com o uso do glicosímetro. Na maioria dos casos, os pacientes são orientados apenas a realizar o controle da glicemia em determinados horários específicos, porém não são orientados quanto aos objetivos do tratamento e do monitoramento³. Desse modo, o paciente possui seu tratamento limitado pela incapacidade em reconhecer os valores, interpretar os resultados e agir de acordo com as leituras anormais de glicemia em casa³.

Por outro lado, quando a realização do automonitoramento está associada a um programa abrangente de educação, interpretação e manejo adequado dos resultados, pode-se reduzir os custos relacionados ao uso excessivo inadequado de fitas e de exames laboratoriais. Quando associado a um programa que envolve educação e treinamento de habilidades para pacientes, médicos e cuidadores, a medida domiciliar de glicemia pode ser benéfica até para pacientes em uso somente de hipoglicemiantes orais ou em terapia com modificações do estilo de vida^{1,3}.

A orientação de automonitoramento de glicemia capilar, deve seguir as seguintes etapas:

Etapa 1: Identifique quais os pacientes que se beneficiariam das medidas de glicemia capilar. Essa seleção deve incluir principalmente aqueles que possuam acesso ao glicosímetro e fitas, e cujo controle glicêmico ainda não esteja dentro do intervalo aceitável.

Quando medir?

Quando houver mudanças na terapia utilizada, em início de tratamento, quando houver necessidade de monitorar efeitos glicêmicos de uma nova dieta, ou em vigência de agravos agudos, como uma infecção. Se o paciente está bem controlado, não há necessidade de recomendar o monitoramento. No entanto, a realização de testes pode ser oferecida para todos os pacientes desde que faça parte de um programa estruturado¹.

Etapa 2: Oriente o paciente sobre o propósito do automonitoramento e quais as técnicas necessárias para a utilização dos medidores de glicose de forma eficaz. É importante lembrar que muitos pacientes são idosos, e a dificuldade técnica de manuseio do equipamento pode ser um empecilho ao uso adequado.

Como fazer?

Ensine o paciente como manusear o glicosímetro. Preferencialmente, peça que o mesmo traga o aparelho ao consultório para que seja orientado adequadamente. O passo a passo inclui: higienização das mãos, inserção da fita teste pelo lado do chip no glicosímetro, espetar a região lateral da ponta do dedo com uma lanceta ou agulha, encostar a fita de teste na gota de sangue que surgiu e aguardar o resultado da glicemia no aparelho.

Etapa 3: Defina a frequência semanal e quais os horários apropriados para a realização do teste. O uso de mapas com horários pré-determinados, com espaço apropriado para anotações costuma ser eficiente.

O que anotar?

Lembre-se que para haver eficiência, o monitoramento deve ser realizado de forma estruturada, ou seja, o paciente deve ser capaz de interpretar e agir de acordo com os resultados observados. Dessa forma, é importante que o registro da glicemia seja acompanhado também do registro de alimentos não habituais ingeridos, atividade física, sintomas apresentados e uso de medicamentos. Desse modo, os pacientes e profissionais de saúde poderão utilizar o indicador para avaliar as relações entre os níveis de glicose e comportamentos do dia a dia, tais como ingestão maior de carboidratos e atividade física.

Quais horários são recomendados?

Deve-se variar as medidas entre os seguintes horários: antes das principais refeições (café da manhã, almoço ou jantar), duas horas após estas refeições, antes de realizar exercícios físicos e antes de dormir^{1,4}.

Também é importante realizar testes na suspeita de hipoglicemia, após o tratamento do episódio de hipoglicemia e antes de tarefas críticas, como por exemplo, dirigir por longas distâncias.

Quantas medidas devem ser realizadas por semana?

A recomendação da frequência de medidas, depende do tipo de terapia utilizada para o tratamento do diabetes, conforme as recomendações de uso, a seguir (Tabela 6)¹:

Medidas de glicemia capilar	
Tratamento realizado	Frequência de testes
Modificação do estilo de vida	Um teste por mês
Medicamento oral	Cinco testes por semana
Insulina de longa duração	Diariamente: medida em jejum e pós-prandial Semanalmente: medida antes de deitar
Insulina rápida em <i>bolus</i>	Diariamente: jejum e antes das refeições Medida pós-prandial: quando a refeição for não habitual Semanalmente: medida antes de deitar
*Deve-se incluir medidas adicionais quando houver sintomas de hipoglicemia	
*Pacientes com hemoglobina glicosilada elevada que apresentam medidas em jejum adequadas devem priorizar mais medidas pós-prandiais.	

Tabela 6. Recomendações de medidas de glicemia capilar para pacientes diabéticos¹

Etapa 4: Ensine o paciente a interpretar e usar os resultados do teste, capacitando-os a controlar melhor o seu diabetes. Informe quais os valores de teste estariam melhor adequados aos horários pré-determinados de modo que ele esteja apto a ajustar a dieta, horários de uso de medicamentos e outros fatores do estilo de vida de acordo com os resultados.

Como ensinar?

Inicialmente, é importante determinar junto ao paciente, quais os valores de glicemia são almeçados para as medidas pré e pós-prandiais. De uma maneira geral, as diretrizes recomendam valores de até 110 mg/dL para glicemias em jejum ou pré-prandial e até 160 mg/dL para medidas duas horas após as principais refeições em pacientes em tratamento para diabetes mellitus. Em idosos, com baixa expectativa de vida e elevado risco de hipoglicemia, os valores aceitáveis podem alcançar 130 e 180 mg/dL para valores pré e pós-prandiais, respectivamente⁴.

Posteriormente, peça que o paciente observe e compare os diferentes resultados nos dias em que realiza exercícios físicos e segue mais estritamente a dieta nutricional orientada. Conscientize-o de que haverá momentos em que ele não seguirá a dieta e consumirá mais carboidratos do que o recomendado, mas que seria interessante registrar estes eventos para entender de que forma isto impacta em seus níveis glicêmicos. Com o passar do tempo, o paciente saberá exatamente como alterar seu comportamento diário a depender dos níveis glicêmicos identificados e registrados diariamente, e retornará mais precocemente ao médico quando notar que algo não está ocorrendo como o planejado, evitando assim o desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares.



Referências

1. CZUPRYNIAK, L., BARKAI, L., BOLGARSKA, S. et al, Self-monitoring of blood glucose in diabetes: from evidence to clinical reality in central and eastern Europe. *Diabetes Technol Ther.*, v.16, n.7, jul, 2014.
2. CUEVAS, H. E., BROWN, S.A., GARCIA, A.A. et al. Blood Glucose Self-Monitoring Patterns in Mexican Americans: Further Lessons from the Starr County Border Health Initiative. *Diabetes Technol. Ther.*, v.17, n.5, p.105-111, fev, 2015.
3. SAPKOTA, S., BRIEN, J.E., ASLANI, P. Blood glucose monitoring in type 2 diabetes – Nepalese patient's opinions and experiences. *Glob. Health Action.*, v.10, n.1, 2017.
4. OLIVEIRA, J.E.P., MONTENEGRO-JUNIOR, J.M., VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: Parte 3 – Monitoramento da glicemia: métodos para avaliação do controle glicêmico. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Editora Clannad, p. 112-121, 2017-2018.

Capítulo 9



MEDIDA RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

A pressão arterial medida no consultório pode não refletir com precisão os níveis que o paciente apresenta em seu ambiente de rotina. Os principais motivos são decorrentes do efeito do avental branco e hipertensão mascarada¹.

O termo “hipertensão do avental branco” se refere a indivíduos não tratados para hipertensão que apresentam pressão arterial elevada na avaliação ambulatorial, porém normal no exame de MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) ou na medida residencial. Este efeito não está associado a um maior risco de evento cardiovascular. Por outro lado, a hipertensão mascarada ocorre quando os níveis pressóricos ambulatoriais do paciente são normais, mas a pressão arterial diurna no exame de MAPA está elevada¹.

Deste modo, as evidências acumuladas ao longo das últimas décadas indicam que a pressão arterial obtida na residência do paciente possui maior correlação com doença cardiovascular e risco de mortalidade do que as medidas ambulatoriais isoladas. Em outras palavras, a medida da pressão arterial no consultório médico tem pouca importância quando o objetivo é afirmar um diagnóstico ou avaliar a eficácia terapêutica^{1,2}.

A realização da Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) está associada a um melhor engajamento no tratamento e melhor controle da pressão arterial por pacientes hipertensos, uma vez que melhora a adesão terapêutica e o uso dos medicamentos anti-hipertensivos^{1,2,3}. Desse modo, as recentes diretrizes recomendam seu uso habitual na prática clínica⁴.

Dentre as principais utilidades da MRPA, é importante destacar o diagnóstico da hipertensão do avental branco e da hipertensão resistente ao tratamento¹. A MRPA também pode ser utilizada para capturar a variabilidade da pressão arterial durante o dia a dia, sendo de importância singular, uma vez que esta maior variabilidade esteve associada ao risco aumentado de eventos cardiovasculares e/ou mortalidade¹.

Outra importância fundamental para a MRPA é o de detectar hipotensão postural, hipotensão pós-prandial, hipotensão induzida por drogas e hipotensão por disfunção autonômica, as quais podem ocorrer em indivíduos com neuropatia, como no diabetes¹.

Como realizar a avaliação:

Para uma medida residencial fidedigna, a maioria das sociedades recomenda o uso de aparelhos de pressão arterial com medidores de braço, ou seja, que medem a pressão arterial pela artéria braquial, uma vez que são mais confiáveis que os medidores de pulso ou dedo^{1,2}.

Os pacientes devem ser instruídos sobre os cinco preceitos básicos para a medida da pressão arterial, os quais incluem^{2,5}:

- a) Evitar tabaco ou cafeína por 30 minutos antes da aferição
- b) Estar em um ambiente tranquilo e permanecer descansado por, pelo menos, 5 minutos;
- c) Sentar-se confortavelmente em uma cadeira com apoio para as costas;
- d) Não falar imediatamente antes ou durante a medição;
- e) Manter as pernas descruzadas.

O tempo de descanso é considerado um dos requisitos mais centrais a serem cumpridos, a fim de fornecer uma leitura válida da PA⁵. Algumas orientações com relação ao uso de aparelho também devem ser seguidas^{2,5}:

- a) Uso de um manguito adequado para a circunferência do braço;
- b) A extremidade inferior do manguito deve estar posicionada cerca de 2 cm acima da dobra do cotovelo;
- c) O balão inflável deve ser posicionado no centro do braço;
- d) O braço deve estar apoiado em uma mesa ou suporte, na altura do coração;
- e) Os resultados devem ser anotados em um diário ou armazenados na memória do dispositivo.

Horários e frequência para realização das medidas:

Na prática clínica, a recomendação mais aceita para a MRPA é de que a pressão seja medida pelo paciente duas vezes pela manhã (antes de se alimentar e tomar seus medicamentos) e duas vezes a noite (antes do jantar), por um período consecutivo de três a sete dias^{1,5}. Deve-se salientar que cada leitura deve ser realizada duas vezes, com intervalo de aproximadamente um minuto entre as mesmas, para que possam ser utilizadas as médias dos resultados^{2,5}.

Um período semanal de medidas é bastante reprodutível, fornece informações suficientemente adequadas para a tomada de decisões clínicas. Normalmente, pede-se que obtenham o registro uma semana antes de retornarem ao consultório médico².

Casos selecionados podem exigir diferentes protocolos de monitoramento, por exemplo, pacientes com hipertensão lábil podem se beneficiar de monitoramento 4 a 6 vezes por dia para melhorar capturar a magnitude dessa variabilidade. Além disso, pacientes com sintomas sugestivos de hipotensão devem monitorar sua pressão arterial no momento de pico de ação dos anti-hipertensivos (cerca de 2 horas após a tomada) e sempre que os sintomas surgirem².

Como avaliar os resultados:

As medidas do primeiro dia, em geral, são mais altas e instáveis, por isso devem ser excluídas. As medidas dos dias subsequentes são calculadas para obter-se uma média².

É importante lembrar que os níveis pressóricos considerados ideais diferem entre as medidas obtidas em casa e no consultório. Medidas de PA no consultório, quando estão superiores a 140x90 mmHg, indicam necessidade de monitoramento pressórico domiciliar.

Em casa, sugere-se que os níveis isolados de PA sejam inferiores a 130x80 mmHg⁵. Com relação a média pressórica domiciliar, as recomendações ocorrem conforme as seguintes possibilidades (Tabela 7)²:

Monitoramento da pressão arterial	
<i>Pressão arterial média</i>	<i>Recomendação</i>
MRPA: < 125x76 mmHg	Manter o monitoramento e o mesmo tratamento
MRPA: > 135x85 mmHg	Inicie o tratamento ou intensifique a terapia
MRPA: 125x76 a 135x85mmHg	Obtenha o exame de MAPA
MAPA < 130x80 mmHg	Mantenha a mesma estratégia
MAPA > 130x80 mmHg	Inicie ou intensifique o tratamento.

Tabela 7. Recomendações de tratamento conforme resultados do monitoramento da pressão arterial²

Os pacientes devem ser informados que a PA pode variar entre as medidas e devem ser instruídos a não se alarmarem com os resultados elevados ou baixos de pressão arterial isoladamente⁵.

Em geral, após os pacientes atingirem um bom controle e estabilidade clínica, costuma-se pedir que eles realizem esse monitoramento a cada dois meses para verificar se o controle permanece adequado². A medida da pressão arterial em ambiente de consultório é útil, no entanto, recomenda-se que este dado seja utilizado apenas conjuntamente à monitorização residencial³.

Ademais, sugere-se que, pelo menos duas vezes ao ano, o paciente leve seu aparelho de monitorização da pressão arterial ao médico, para se certificar de que está funcionando corretamente².

As principais limitações para a prática da utilização da medida domiciliar são: uso de dispositivos de medida da pressão arterial não validados, falta de utilização de protocolos bem estabelecidos para a orientação correta ao paciente e possibilidade de que estas medidas possam gerar ansiedade devido a preocupação excessiva pelos pacientes com os resultados obtidos¹.

Em resumo, a consistência de dados observacionais indica que rotineiramente na prática clínica as condutas sejam baseadas em medidas obtidas fora do consultório médico². Os benefícios da utilização da MRPA estão em sua capacidade prognóstica, sua contribuição ao diagnóstico preciso e sua utilidade no ajuste do tratamento e no acompanhamento a longo prazo. Soma-se a isso o seu baixo custo e boa aceitação pelos pacientes⁴.

O monitoramento domiciliar da pressão é fácil, econômico, seguro, confortável e oferece resultados semelhantes à MAPA, obtendo valor prognóstico equivalente à mesma³. Desse modo, não há mais razão para que a MRPA tenha um papel secundário no tratamento da hipertensão arterial e seja considerada apenas um teste de rastreamento que requer confirmação com o exame de MAPA, cuja utilidade limita-se a casos onde as leituras em casa não são confiáveis ou estão em valores limítrofes^{2,4}.



Referências

1. SHIMBO, D., ABDALLA, M., FALZON, L. et al. Role of Ambulatory and Home Blood Pressure Monitoring in Clinical Practice: A Narrative Review. *Ann. Intern. Med.*, v.163, n.9, p.691-700, nov, 2015.
2. PEIXOTO, A.J. Practical aspects of home and ambulatory blood pressure monitoring. *Methodist Debakey Cardiovascular J.*, v.11, n.4, p.214-218, out-dez, 2015.
3. ERDEN, S., MEFKURE, O.H., BANU, D, S. et al. The Effects of Home Blood Pressure Monitoring on Blood Pressure Control and Treatment Planning. *Postgrad. Med.*, v.128, n.6, p.584-590, ago, 2016.
4. STERGIU, G.S., KOLLIAS, A., ZENIODI, M. et al. Home Blood Pressure Monitoring: Primary Role in Hypertension Management. *Curr. Hypertens. Rep.*, v.16, n.8, ago, 2014.
5. WAGNER, S. Blood Pressure Self-Measurement. *Adv. Exp. Med. Biol.*, v.956, p.97-107, 2016.

Capítulo 10

CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

Intervenções em cessação de tabagismo são umas das mais eficazes em medicina, em se tratando de custo-benefício. Aconselhamentos simples e breves oferecidos por profissionais de saúde, utilizando a janela de oportunidade, associam-se a aumentos clinicamente significativos nas taxas de abandono do tabagismo, o que implica em importantes benefícios à saúde pública^{1,2}.

Observa-se, no entanto, que uma grande parcela dos profissionais de saúde não tem conhecimento satisfatório das principais diretrizes sobre cessação do tabagismo, principalmente devido a falta de tempo e experiência prática¹. Outro aspecto comumente relatado pelos médicos é que a cessação pode impactar pouco nos resultados de saúde, uma vez que na maioria das vezes o paciente já desenvolveu as doenças relacionadas ao fumo. Contudo, observa-se que a cessação possui impacto importante, mesmo em pacientes que já desenvolveram doenças crônicas³.

Dentre as principais barreiras enfrentadas pelos pacientes, inclui-se: falta de percepção de que a cessação seja importante, falta de confiança de que as tentativas serão bem-sucedidas e falta de ambiente de apoio em casa. Para se superar estas barreiras, é necessário que o médico utilize mensagem forte de apoio e, principalmente, esquematize estratégias eficazes de aconselhamento³.

Intervenções mínimas de até 3 minutos são eficazes e devem ser oferecidas a todos os usuários de tabaco. No entanto, há uma forte associação entre a duração do aconselhamento e o sucesso do tratamento, sendo concebível que o uso e a dependência do tabaco necessitem de intervenções de longo prazo, não apenas para induzir a abstinência, mas também para mantê-la^{1,2}.

As estratégias para auxiliar os fumantes a abandonarem o hábito de fumar incluem o aconselhamento comportamental, para aumentar a motivação e apoiar as tentativas de parar, e intervenção farmacológica, a qual reduz o reforço da nicotina e os sintomas de abstinência de cessação ao uso do tabaco².

A combinação de aconselhamento e medicação é mais eficaz do que apenas uma intervenção isoladamente. Existem dois tipos de aconselhamento que geram taxas de abstinência significativamente maiores e, portanto, devem ser incluídas no tratamento para deixar de fumar: habilidades para resolução de problemas e aconselhamento sobre cessação com assistência¹.

O treinamento em habilidades práticas para a resolução de problemas possui elevada eficácia e consiste no reconhecimento de situações de perigo, tais como, estar perto de pessoas fumantes. Deste modo, o paciente deve desenvolver habilidades de enfrentamento, como antecipação das situações, evitar fatores desencadeantes ou alterar uma rotina, para evitar que ele aja de modo automático. Também é importante oferecer informações básicas, tais como, evitar mesmo uma única tragada, pois a mesma pode ocasionar recaídas⁵.

O aconselhamento sobre cessação do tabagismo com assistência, estrutura-se em 5 passos:

- 1. PERGUNTE SOBRE O TABAGISMO:** O status do uso do tabaco deve ser interrogado em todos os atendimentos, no momento da avaliação de fatores de risco do paciente. Em caso positivo de uso de cigarro, documente a carga tabágica: número de cigarros usados por dia, dividido

por 20 (para obter o número de maços) e multiplicado pelo número de anos de uso, obtendo-se o resultado na unidade anos-maço. Acesse também informações sobre o horário em que o paciente fuma o primeiro cigarro da manhã. O período noturno é onde ocorre redução do nível sérico de nicotina e a incapacidade de atrasar o fumo da manhã é um forte indicador de dependência. Em seguida, pergunte se o paciente já considerou a possibilidade de parar de fumar. Após esta avaliação inicial, continue com o andamento habitual da consulta médica antes de passar para a próxima etapa³.

2. **ACONSELHE:** Informe ao paciente sobre a necessidade de abandonar o hábito de fumar. Neste momento, utilize uma linguagem clara e direta. Personalize a informação relatando informações específicas pelas quais este ato é importante. A personalização da mensagem é fundamental, sendo melhor recebida pelos pacientes. Um exemplo que pode ser utilizado é dizer “Deixar de fumar faz parte de seu tratamento, tanto quando os medicamentos”, “Parar de fumar agora aumentará as chances de que sua cirurgia seja bem-sucedida e você volte para casa precocemente”. Para pacientes ansiosos, é importante oferecer uma mensagem positiva, como: “Depois de parar, você vai respirar melhor e tossir menos”. Evite utilizar informações comuns como “Fumar faz mal para você”, “Você não deveria fumar” ou “Você morrerá se continuar fumando”. Este tipo de afirmação não traz nenhum novo conhecimento, pode ser interpretado como uma repreensão e atrapalhar a boa relação médico-paciente⁴.
3. **AVALIE SUA VONTADE DE PARAR:** Explore as razões pelas quais eles podem não estar dispostos a desistir. A maioria dos pacientes tabagistas que apresentam alguma doença crônica já tentou parar no passado. É importante entender o que funcionou anteriormente, se foi uma parada abrupta, ou se houve uso de medicação e aconselhamento. É importante compreender que nem todos os pacientes estão preparados para tentar e, quando isto ocorrer, deve-se oferecer aconselhamento motivacional, como sugerir atrasar o primeiro cigarro da manhã, de modo que o paciente possa começar a ter uma exposição gradativa aos sintomas de abstinência. Esta orientação comportamental pode aumentar a capacidade do fumante de suportar os sintomas da abstinência, reconhecendo e evitando seus possíveis gatilhos, o que aumenta a chance de este ato se transformar em uma abstinência duradoura, conforme o aumento da motivação do paciente³.
4. **FORNEÇA A ASSISTÊNCIA:** Guie o paciente para uma tentativa de cessação estruturada. Estabeleçam juntos uma data para parar de fumar. Se o paciente já foi capaz de parar sem ajuda no passado, possui confiança em sua habilidade e tem um bom sistema de apoio, esta pode ser a estratégia mais prática, desde que seja possível um acompanhamento próximo¹.
5. **ORGANIZE O SEGUIMENTO:** Deve-se realizar um acompanhamento regular para avaliar a resposta ao tratamento, fornecer apoio e modificar o tratamento, quando necessário. Quando for apropriado, deve-se encaminhar pacientes para locais onde haja recursos mais relevantes para a prestação do tratamento¹.

Devido à falta de tempo, comumente relatada pelos médicos para o seguimento de pacientes em cessação do tabagismo durante os 5 passos, atualmente se pode substituir o passo 3 pelo referenciamento do paciente para uma unidade especializada em tratamento para cessação do tabagismo. Esta estratégia abreviada pode durar apenas poucos minutos, no entanto, os médicos que lidam com elevada demanda de pacientes tabagistas devem ser encorajados a conhecer quais os serviços que estão disponíveis em sua comunidade, para utilizar estes recursos^{3,5}.

Atualmente, três medicamentos são comercializados como farmacoterapia de primeira linha para cessação do tabagismo: terapia de nicotina, bupropiona e vareniclina (Tabela 9). A combinação entre vareniclina ou terapia de reposição de nicotina com aconselhamento, aproximadamente triplicam as taxas de sucesso de cessação de tabagismo comparados ao placebo. Entretanto, cerca de 50% dos tabagistas não costumam manter a abstinência por período

superior a seis meses, deste modo, manter os seguimento e aconselhamento a longo prazo é recomendado³.

O adesivo transdérmico de nicotina é a melhor forma de uso da reposição de nicotina de forma prolongada, uma vez que a ação de cada adesivo dura por até 24 horas. Possui apresentação de 21 mg, 14 mg e 7 mg, sendo indicado uma dose inicial de 21 mg para pacientes que fumam mais de 10 cigarros por dia. Formas de nicotina de ação curta incluem goma de mascar, pastilha, spray nasal e inalador. A combinação de várias apresentações de terapia de reposição de nicotina possui efeito aditivo e apresenta baixa toxicidade^{4,5}.

A bupropiona é um antidepressivo, e costuma ser uma excelente opção para pacientes com dependência nicotínica e humor deprimido⁴.

A vareniclina é um fármaco utilizado especificamente para reduzir a dependência à nicotina, uma vez que se liga a seus receptores em neurônios cerebrais, onde exerce função de estimulação parcial e mais fraca que a nicotina. Possui boa resposta mesmo quando utilizada isoladamente e apresenta boa tolerância com doses crescentes, sendo os distúrbios do sono seu principal efeito adverso. O tratamento completo com a vareniclina, no entanto, apresenta custo elevado⁴.

Medicamentos utilizados para cessação do tabagismo	
Medicamento	Esquema terapêutico recomendado
Adesivo transdérmico de nicotina	Adesivo de 21 mg - 1x/dia por 2 semanas Adesivo de 14 mg - 1x/dia por mais 2 semanas Adesivo de 7 mg - 1x/dia por mais 2 semanas
Bupropiona	Apresentação 150 mg - 1x/dia por 3 dias Apresentação 150 mg - 2x/dia por mais 12 semanas
Vareniclina	Apresentação 0,5 mg - 1x ao dia por 3 dias Apresentação 0,5 mg - 2x ao dia por mais 4 dias Apresentação 1,0 mg - 2x/dia por até 12 semanas

Tabela 8. Esquemas terapêuticos recomendados para uso de medicamentos em cessação do tabagismo^{4,5}


A combinação entre farmacoterapia e terapia comportamental aumenta as taxas de sucesso e, principalmente, evita as recaídas, havendo uma relação direta entre a intensidade do aconselhamento e as chances de abandono do cigarro⁴. O médico, portanto, deve estar apto a realizar aconselhamento individualizado, orientado por objetivos, para todos os pacientes tabagistas em atendimento que manifestem vontade de parar.



Referências

1. SELBY, P., HUNTER, K., ROGERS, J. How to adapt existing evidence-based clinical practice guidelines: a case example with smoking cessation guidelines in Canada. *BMJ Open*, v.7, n.11, nov, 2017
2. AUBIN, H.J., LUQUIENS, A, BERLIN, I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, v.77, n.2, p.324-336, fev, 2014.
3. MCCARTHY, D.E., BOLD, K.W., MINAMI, H. A Randomized Clinical Trial of a Tailored Behavioral Smoking Cessation Preparation Program. *Behav. Res. Ther.*, v.78, p.19-29, mar, 2016.
4. STELIGA, M.A. Smoking Cessation in Clinical Practice: How to Get Patients to Stop. *Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, v.30, n.1, p.87-91, mar, 2018.
5. PATEL, M.S., STEINBERG, M.B. In the clinic: smoking cessation. *Ann. Intern. Med.*, v.164, n.5, p.33-48, mar, 2016.

Capítulo II



MANEJO DO ESTRESSE

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

Há evidências acumuladas em estudos populacionais e clínicos de que o estresse pode contribuir com o risco de doença cardiovascular em diversos estágios, incluindo no desenvolvimento de aterosclerose e eventos agudos. A exposição ao estresse durante longo prazo esteve associada ao aumento no risco de infarto agudo do miocárdio, mesmo após a exclusão de fatores de risco convencionais, tais como diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade^{1,2}.

O estresse induz a ativação do eixo neuroendócrino hipotalâmico-hipofisário-adrenal, resultando em aumento na síntese de cortisol e disponibilização de glicose para as demandas metabólicas. O cortisol também regula a ação da lipase lipoproteica, propiciando o acúmulo e armazenamento de gordura corporal quando em elevações prolongadas. O aumento do apetite, da ingestão de alimentos calóricos e o ganho de peso corporal também podem ser consequências de elevação crônica do cortisol².

Consistentemente com esta ideia, a ingestão de alimentos com elevado teor de carboidratos ou palatáveis está associado a melhora do humor, diminuição do estresse e redução da concentração plasmática de cortisol nos indivíduos avaliados. Porém, enquanto a ingestão destes alimentos pode atenuar emoções negativas e estados de humor a curto prazo, seu consumo excessivo contribui com o aumento do tecido adiposo, ocasionando obesidade e maior vulnerabilidade a humor deprimido e ansiedade².

O estresse também está associado a um desequilíbrio no sistema nervoso autônomo, com excesso de atividade do ramo simpático. Embora a hipertensão arterial primária tenha uma etiologia multifatorial, a pressão sanguínea persistentemente elevada está associada também com uma atividade autonômica anormal, onde há aumento da atividade simpática e diminuição parassimpática. De forma crônica, esta atividade simpática pode desencadear lesão microvascular e, de modo progressivo, promover o aumento da resistência periférica e da pressão arterial^{3,4}.

Os principais estressores externos que estão associados a reações prejudiciais incluem fatores relacionados ao trabalho, tais como desequilíbrio entre esforço e recompensa, e fatores relacionados à vida pessoal, tais como problemas conjugais, dificuldades financeiras, tensão do cuidador e isolamento social¹.

De forma aditiva, a redução da qualidade do sono também ocasiona consequências cumulativas, como alterações no humor e diminuição do estado de alerta, reduzindo a capacidade do corpo em responder adequadamente aos estímulos estressores. Desse modo, a baixa qualidade do sono e restrição crônica de sono também estão relacionados com o aumento da reatividade do eixo neuroendócrino e aumento do estresse, ocasionando resultados negativos em saúde⁵.

O controle do estresse possui um impacto favorável na saúde cardiovascular, sendo potencialmente relevante para a prevenção e manejo de doenças cardiovasculares. O manejo do estresse inclui desde mudanças na exposição a ambientes estressantes (por exemplo, modificando práticas no trabalho) até a inclusão de práticas de enfrentamento, desencadeando mudanças na resposta emocional a situações estressantes e alterando as respostas fisiológicas ao estresse¹.

Várias estratégias de enfrentamento estão associadas modificação do risco de evento cardiovascular e alteração em mediadores biológicos, como redução na produção do cortisol.

Observa-se que esconder sentimentos negativos parece predizer risco aumentado, enquanto que estratégias de resolução de problemas estão relacionadas com redução destes níveis¹.

Algumas intervenções baseadas em terapia mente-corpo têm sido utilizadas como práticas integrativas de saúde e estão relacionadas com melhora na qualidade do sono e redução do estresse, constituindo boas opções de tratamento complementar para pacientes com fatores de risco para doenças crônicas⁶.

As terapias mente-corpo são técnicas destinadas a aumentar a capacidade da mente em influenciar as funções e sintomas corporais, concentrando-se na interação cérebro (fisiologia), mente (pensamentos) e corpo, promovendo sensação de relaxamento e alívio ao estresse. Nos últimos anos, vários ensaios clínicos têm avaliado a validade destas terapias, e as duas principais práticas associadas com redução de estresse e alívio dos sintomas de ansiedade, com maior quantidade de evidências acumuladas de utilidade prática, são o yoga e a meditação mindfulness (atenção plena)⁷.

Yoga: É uma antiga abordagem mente-corpo de origem indiana e caráter não religioso, que consiste na prática de posturas específicas (asanas), respiração regulada (pranayama) e meditação, compreendendo também exercícios de relaxamento e aconselhamento sobre estilo de vida⁸. A regulação sobre o sistema nervoso autônomo tem sido proposta como um dos principais mecanismos do yoga como intervenção terapêutica, através do aumento na atividade do sistema parassimpático, contrabalançando o excesso de atividade simpática induzida pelo estresse³.

No yoga, as práticas de respiração e meditação estão associadas também com uma melhora nos níveis de pressão arterial, podendo ser considerada segura como intervenção adjunta no manejo da hipertensão arterial³.

Em geral, as práticas de yoga são divididas em etapas, com 5 minutos para centralização da respiração, 5 minutos de aquecimento, 15 minutos para realização das posturas e 5 minutos para o relaxamento e meditação. As técnicas de respiração abdominal lenta são progressivamente incorporadas a partir da centralização inicial. Em geral, as sessões recomendadas costumam ter duração de 30 a 40 minutos, ocorrendo de duas a três vezes por semana⁹.

Meditação Mindfulness: Caracteriza-se por uma técnica de meditação que utiliza a atenção plena: processo de atenção e consciência para as sensações e experiências do momento presente, sem oferecer julgamento ou reação a estas sensações. Durante a meditação é exigida a regulação da atenção, de modo a manter o foco em experiências imediatas, como pensamentos, emoções e sensações, aumentando progressivamente a capacidade de abordar estas experiências com abertura e aceitação^{10,11}.

Durante a prática, os participantes inicialmente sentam-se confortavelmente e se concentram em um objeto específico, evitando que os estímulos competidores permitam que o cérebro seja distraído. Progressivamente, a pessoa se torna consciente de sensações, sentimentos ou pensamentos, mas sem experimentar reação a essas sensações, observando estes pensamentos de modo passivo, como se os mesmos fossem irrelevantes, permitindo assim uma maneira mais objetiva de observá-los^{9,12}.

As intervenções de atenção plena promovem uma maior consciência do momento presente, melhorando a vivacidade da experiência de vida diária¹². Para obter os efeitos positivos da prática de mindfulness, exercícios breves e diários de 5 a 10 minutos podem ser suficientes para proteger a reatividade afetiva e reduzir comportamentos impulsivos⁹. Na prática, incentiva-se que os participantes percebam detalhes específicos de seu ambiente, aceitando todas as experiências e pensamentos que surgirem, sem julgá-los, culminando em um comportamento de autorregulação e flexibilidade emocional, cognitiva e comportamental^{10,12}.

Assim como no yoga, a meditação mindfulness está associada a redução na secreção de cortisol induzida pelo estresse e aumento na atividade do sistema nervoso parassimpático. A re-

gulação emocional é o principal efeito benéfico da atenção plena e se refere a estratégias que influenciam no surgimento das emoções, quando, por quanto tempo elas ocorrem, e como essas emoções são vivenciadas ou expressas¹¹.

Respiração lenta: A respiração lenta e profunda tem sido tradicionalmente associada à meditação, porém pode ser realizada de maneira consciente, com uma inspiração predominantemente abdominal, com lábios franzidos, cujo tempo de expiração seja duas vezes o tempo de inspiração. A técnica da respiração lenta (<10 respirações por minuto), com exalação prolongada aumenta a sensibilidade do barorreflexo em pessoas hipertensas, reduzindo a atividade do sistema nervoso simpático e ocasiona dilatação arteriolar. É importante atentar que a respiração deve ser realizada de forma lenta e sem esforço, uma vez que a inspiração forçada pode ocasionar hipo ou hipercapnia com conseqüente tontura, palpitação e falta de ar. A prática pode ser realizada durante 5 a 10 minutos por dia, e ocasiona redução da pressão arterial e frequência cardíaca^{4,14}.



Referências

1. STEPTOE, A., KIVIMAKI, M. Stress and cardiovascular disease. *Nat. Rev. Cardiol.*, v.9, n.6, p.360-370, abr, 2012.
2. ULRICH-LAI, Y.M., FULTON, S., WILSON, M. et al. Stress exposure, food intake and emotional state. *Stress.*, v.18, n.4, p.381-399, ago, 2015.
3. CRAMER, R. The Efficacy and Safety of Yoga in Managing Hypertension. *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes.*, v.124, n.2, p.65-70, nov, 2016.
4. MAHTANI, K., BEINORTAS, T., BAUZA, K. Device-Guided Breathing for Hypertension: a Summary Evidence Review. *Curr. Hypertens. Rep.*, v.18, n.4, abr, 2016.
5. BASSETT, S.M., LUPIS, S.B., GIANFERANTE, D. et al. Sleep quality but not sleep quantity effects on cortisol responses to acute psychosocial stress. *Stress.*, v.18, n.6, p.638-644, set, 2015.
6. KLIGLER, B., TEETS, R., QUICK, M. Complementary/Integrative Therapies That Work: A Review of the Evidence. *Am. Fam. Physician*, v.94, n.5, p.369-374, set, 2016.
7. BARTON, D.L., PACHMAN, D.R. Clinical trials in integrative therapies. *Semin. Oncol. Nurs.*, v.28, n.1, p.10-28, fev, 2012.
8. MOOVENTHAN, A., NIVETHITHA, L. Evidence based effects of yoga in neurological disorders. *J. Clin. Neurosci.*, v.43, p.61-67, jun, 2017.
9. SIMKIN, D.R., BLACK, N.B. Meditation and Mindfulness in Clinical Practice. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, v.23, n.3, p.487-534, jul, 2014.
10. RODRIGUES, M.F., NARDI, A.E., LEVITAN, M. Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends Psychiatry Psychother.*, v.39, n.3, p. 207-215, jul-set, 2017.
11. TANG, Y.Y., HOLZEL, B.K., POSNER, M. The neuroscience of mindfulness meditation, *Nat. Rev. Neurosci.*, v.16, n.4, p.213-225, abr, 2015.
12. CRESSWEL, J.D. Mindfulness Interventions. *Annu. Rev. Psychol.*, v.68, n.3, p.491-516, jan, 2017.
13. GU, J., STRAUSS, C., BOND, R. How do Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Improve Mental Health and Wellbeing? A Systematic Review and Meta-Analysis of Mediation Studies. *Clin. Psychol. Rev.*, v.37, p.1-12, abr, 2015.
14. CEMES, R., ZIMLICHMAN, R. The role of paced breathing in hypertension treatment - a review. *Curr. Hyperten. Rep.*, v.19, n.6, jun, 2017.

Capítulo 12

REPOUSO E SONO

Edienny Viana Santos-Lobato e Milena Coelho Fernandes Caldato

As consequências da qualidade do sono inadequada são variadas e afetam múltiplos sistemas fisiológicos¹. Estudos associam a duração habitual do sono com desfechos em saúde importantes, incluindo ganho de peso, obesidade e doenças cardiovasculares. Privação de sono, com duração de sono total inferior a seis horas diárias, esteve associada também ao desenvolvimento de resistência à insulina e intolerância à glicose^{2,3,4}.

Há um consenso de que são necessárias sete ou mais horas de sono por dia para manter a saúde e o funcionamento ideais, sendo apropriada uma duração média de sete a nove horas². A redução crônica do sono está associada a qualidade geral da dieta menos favorável, com maior consumo de bebidas açucaradas e menor consumo de vegetais ou grãos integrais. Adicionalmente, há possibilidade de que o sono influencie no balanço energético negativo através de outros caminhos além da qualidade da dieta, uma vez que o momento da alimentação interfere nos processos metabólicos e na resposta de saciedade, independentemente das calorias, refletindo a importância do alinhamento circadiano da alimentação^{5,6}.

A associação entre redução do sono e obesidade, mediada pelo aumento do apetite e da ingestão dietética, pode ser explicada pelo fato de que pacientes com média de sono inferior a seis horas diárias apresentam níveis reduzidos de leptina e níveis elevados de grelina, os quais estão associados com a saciedade e aumento do apetite, respectivamente².

Também há correlação entre distúrbios do sono e hipertensão arterial. Pacientes com distúrbios do sono apresentam maior variação de pressão arterial e frequência cardíaca entre a manhã e a noite. Adicionalmente, indivíduos normotensos com insônia crônica apresentam aumento da pressão arterial sistólica noturna e redução do descenso noturno fisiológico³.

Também há correlação entre privação de sono e doença coronariana e infarto agudo do miocárdio, mesmo após a exclusão de outros fatores de risco clássicos. Condições como apneia obstrutiva do sono e insônia têm sido associadas a uma variedade de problemas em saúde com impacto na qualidade. A perda crônica de sono pode levar à vigilância e desempenho prejudicados, lentidão dos processos cognitivos e humor deprimido³.

O risco de distúrbios do sono aumenta com a idade, dentre os principais, a insônia, síndrome das pernas inquietas, apneia obstrutiva do sono e distúrbio comportamental do sono REM. A secreção de melatonina diminui com a idade, o que pode afetar diretamente na consolidação do sono em idosos, porém, a insatisfação subjetiva com o sono não está associada ao envelhecimento normal, o que se leva a crer que distúrbios do sono em idosos possam estar relacionados a doenças crônicas ou depressão¹.

O determinante social mais impactante em relação ao sono é o trabalho¹. Trabalhos em turnos, cuja rotatividade implica na alternância de trabalho entre dia e noite expõe os trabalhadores a mais luz durante a noite e menor quantidade de luz durante o dia, resultando em concentração reduzida de melatonina e a uma alimentação irregular com pior qualidade dos alimentos e aumento na quantidade de carboidratos em detrimento a frutas e vegetais⁸.

A presença de telas de televisão no ambiente de dormir também esteve associada significativamente com a percepção de descanso insuficiente. A utilização de TV ou jogos de computador se associa com menor duração do sono nos dias úteis da semana. Descanso insuficiente pode refle-

tir não apenas na duração do sono, mas também em outros parâmetros como sua má qualidade, despertares ou parassonias⁶. Além disso, quanto mais envolvido em tecnologia em horário próximo ao de dormir, maior a dificuldade em adormecer. A luz emitida pelos dispositivos eletrônicos e o engajamento mental com alguma atividade são fatores que também podem interferir com sono não reparador¹.

A ingestão de refrigerantes esteve associada significativamente com menor duração do sono, sendo explicado pela presença de cafeína, a qual pode interferir no início do sono, causando uma alteração bidimensional, onde se utiliza o refrigerante para permanecer mais tempo acordado, sentindo-se posteriormente mais cansado, depois de uma noite de sono insuficiente¹.

Para melhorar a qualidade do sono, uma série de medidas comportamentais devem ser orientadas. Contudo, o paciente somente terá aderência as recomendações de sono saudável se ele acreditar que as consequências são realmente importantes, e se a execução da ação estiver sob seu controle. Portanto, além de orientar sobre os problemas relacionados ao prejuízo do sono, o médico deve estar apto a educar quanto à melhor forma de se aderir às orientações propostas, adaptando a rotina do paciente e motivando a continuidade deste comportamento em saúde¹.

A higiene do sono é definida como um conjunto de recomendações comportamentais e ambientais destinadas a promover um sono saudável. Durante a educação sobre higiene do sono, os pacientes aprendem sobre hábitos saudáveis e são encorajados a seguir um conjunto de recomendações para melhorar seu sono, sendo uma intervenção de estilo de vida relativamente barata e de fácil aplicabilidade, conforme demonstrado em detalhes na tabela a seguir (Tabela 9)⁹.

Recomendações para higiene do sono
Realizar atividade física moderada durante o dia, evitando próximo ao horário de dormir; Utilizar técnicas de controle de estresse (atenção plena); Realizar atividades de relaxamento antes do horário de dormir; Minimizar os ruídos em seu ambiente de sono (inclusive ruídos não conscientemente observados, como alertas de celular); Evitar uso de dispositivos que emitem luz azul antes do horário de dormir, como smartphones, computadores e <i>tablets</i> ; Evitar o uso de nicotina e álcool; Evitar bebidas com cafeína.

Tabela 9. Recomendações para higiene do sono^{9,10}

Para usuários habituais leves a moderados de cafeína, a alteração do horário de uso da cafeína pode ser mais relevante para a melhora no sono do que a redução absoluta propriamente dita. O álcool também deve ser desencorajado, evitando principalmente o uso excessivo antes de dormir. Com relação à nicotina, há evidências de que ocorra uma piora temporária da qualidade do sono no período de abstinência aguda após a cessação, o que deve ser informado previamente ao paciente para que evite recaídas⁹.

Em pacientes onde a higiene do sono não mostrou benefícios suficientes, a terapia cognitivo-comportamental deverá ser indicada como tratamento de primeira linha, e está associada com grandes efeitos para todas as variáveis relacionadas ao sono^{10,11}.

A direção do tratamento dos distúrbios do sono, incluindo a insônia, deve ter ênfase nas intervenções não-farmacológicas e no tratamento das comorbidades clínicas. O uso de medica-

mentos, especialmente os benzodiazepínicos, deve ser desencorajado, especialmente seu uso a longo prazo em populações geriátricas, devido aos efeitos colaterais. Quando não houver outro recurso para o tratamento, deve-se optar por medicações que apresentem melhor perfil de segurança clínica, como o ramelteon, um agonista da melatonina, que apresenta eficácia para a latência do sono (tempo entre o momento em que o paciente se deita até o sono real) e para a duração total do sono. A melatonina é um produto com dificuldades de regulação de venda em muitos países (inclusive o Brasil), gerando dificuldade de avaliação de sua eficácia, e também com relatos de provocar sedação residual¹¹.



Referências

1. GRANDNER, M.A. Sleep, Health, and Society. *Sleep Med. Clin.*, v.12, n.1, p.1-22, mar., 2017.
2. GRANDNER, M.A., SEIXAS, A. SHETTY, S. et al. Sleep Duration and Diabetes Risk: Population Trends and Potential Mechanisms. *Curr. Diab. Rep.*, v.16, n.11, nov., 2016.
3. KHAN, M.S., AOUD, R. The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. *Sleep Med. Clin.*, v.12, n.2, p.167-177, jun., 2017.
4. FALBE, J., DAVISON, K.K., FRANCKLE, R.L. et al. Sleep Duration, Restfulness, and Screens in the Sleep Environment. *Pediatrics*, v.135, n.2, p.367-375, fev., 2015.
5. FRANKLE, R.L., FALBE, J., GORTMAKER, S. et al. Insufficient sleep among elementary and middle school students is linked with elevated soda consumption and other unhealthy dietary behaviors. *Prev. Med.*, v.74, p.36-41, mai., 2015.
6. CESPEDES, E.M., HU, F.B., REDLINE, S. et al. Chronic Insufficient Sleep and Diet Quality: Contributors to Childhood Obesity. *Obesity J.*, v.24, n.1, p.184-190, jan, 2016.
7. KECKLUND, G., AXELSSON, J. Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ*, v.355, n.1, nov., 2016.
8. IRISH, L.A., KLINE, C.E., GUNN, H.E. et al. The Role of Sleep Hygiene in Promoting Public Health: A Review of Empirical Evidence. *Sleep Med. Rev.*, v.22, p.23-36, ago., 2015.
9. CHUNG, K.F., LEE, C.T., YEUNG, W.F. et al. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Fam. Pract.*, v.35, n.4, p.365-375, jul., 2018.
10. FRIEDRISH, A., SCHLARB, A.A. Let's talk about sleep: a systematic review of psychological interventions to improve sleep in college students. *J. Sleep Res.*, v.27, n.1, p.4-22, fev., 2018.
11. SCHROECK, J.L., FORD, J., CONWAY, E.L. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin. Ther.*, v.38, n.11, p.2340-2372, nov., 2016.

Capítulo 13

CASO CLÍNICO COMENTADO: ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E EXERCÍCIO FÍSICO

Clara Danielly Campos de Carvalho Silva, Nathalia Emanuelle de Almeida Barbosa,
Polyana Nathércia Vale da Luz, Edienny Viana Santos-Lobato,
Milena Coelho Fernandes Caldato

Identificação: G.L.E., 52 anos, parda, feminino, evangélica, secretária, residente em Ananindeua-PA

HDA: Paciente comparece ao ambulatório informando que não possui queixas clínicas. Relata que sua filha agendou a consulta, pois acredita que sua mãe precisa ir a um médico fazer uma avaliação de rotina, já que não realiza exames há cinco anos.

ISDA: Neurológico: Nega queixas. Oftalmológico: Nega alterações visuais. Aparelho Cardiovascular: Nega queixas. Aparelho Genitourinário: Realizou preventivo há um ano, sem alterações. Aparelho Gastrointestinal: Constipação intestinal de longa data.

Antecedentes Pessoais: Nega comorbidades. Nega internações ou transfusões prévias. Nega uso de medicamentos. Nega tabagismo ou etilismo. Informa vacinação na infância.

Hábitos de Vida: Sedentária. Informa alimentação regular: Café da manhã às 7 horas: Pão ou tapioca com margarina e café com leite. Lanche às 11 horas: Bolachas e suco de uva integral. Almoço às 13 horas: Carne ou frango, arroz e feijão. Lanche às 18 horas: Pão com margarina e refrigerante ou suco em lata. Jantar: Não realiza.

Antecedentes Familiares: Pai era hipertenso e diabético e faleceu aos 58 anos por acidente vascular cerebral isquêmico. Mãe viva aos 72 anos, diabética, com infarto agudo do miocárdio prévio. Irmão hipertenso e diabético.

Exame físico: Consciente e orientada, eupneica, afebril, normocorada, hidratada. Peso: 79 kg, altura: 1,61 m, circunferência abdominal 102 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 140x90 mmHg (membro esquerdo), 150x100 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 82 bpm. Abdome globoso, flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades, com presença de varizes.

Comentários: Apesar de a paciente apresentar diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas, ela não relata sintomas ou queixas, e não marcou a consulta por vontade própria. Desse modo, é possível que a paciente se considere uma pessoa "saudável". Partindo desse pressuposto, deve-se evitar ressaltar os seus hábitos como inadequados. A abordagem mais adequada seria sugerir mudanças de estilo de vida com o objetivo de melhorar ainda mais a sua qualidade de vida e prolongar um bom estado de saúde.

Lista de Problemas:

Fatores de Risco:

- Sedentarismo;
- Predisposição genética: doença cardiovascular e metabólica;
- Erro alimentar qualitativo, com consumo de alimentos processados e ultraprocessados e baixo consumo de alimentos in natura;
- Obesidade (IMC: 30,4 kg/cm²);
- Circunferência Abdominal: 102 cm;
- Pressão arterial elevada;

Sinais e sintomas associados:

- Constipação intestinal;
- Varizes.

Proposta de Intervenção:

1. Elencar os fatores de risco apresentados de forma clara e objetiva, discutindo concomitantemente as suas possíveis abordagens;
2. Avaliar se é o momento ideal para fornecer orientações sobre mudanças de estilo de vida, o que dependerá da receptividade e do interesse manifestado pela paciente diante das informações recebidas acerca de seus fatores de risco;
3. Se houver receptividade, aconselhar sobre a necessidade de iniciar um exercício físico de forma regular, com frequência diária e intensidade progressiva;
4. Adequar a alimentação com introdução de alimentos *in natura*, como legumes e frutas, fontes de fibras, em suas refeições regulares, além de água em substituição aos sucos e refrigerantes utilizados no dia a dia. Enfatizar que estas adequações poderão auxiliar na melhora do hábito intestinal. Restringir o consumo de alimentos ultraprocessados, como o refrigerante, limitando seu consumo em ocasiões especiais;
5. Solicitar exames laboratoriais para avaliação complementar de risco cardiovascular e lesão em órgão alvo.

Plano de metas: Adequar alimentação com refeições ricas em legumes e frutas (fonte de fibras) em horários regulares, além da ingestão de água de forma regular em substituição aos sucos e refrigerantes utilizados no dia a dia. Introduzir rotina de exercícios, do tipo caminhada em intensidade leve a moderada, ao menos 5 vezes na semana e com duração de 30 minutos por dia. Realizar os exames laboratoriais solicitados para o retorno.

Retorno: G.L.A., 52 anos, período interconsulta: 4 meses

Paciente retorna em consulta conforme agendamento prévio. Informa que perdeu o emprego e está passando por um momento muito difícil, pois até o momento está desempregada e seu trabalho era principal fonte de renda da família. Seu marido realiza prestação de serviços como encanador, porém não possui renda regular. Por esse motivo, não realizou os exames solicitados na última consulta. No momento da consulta, nega queixas clínicas. Foi à consulta com nutricionista que prescreveu um cardápio alimentar, porém não está seguindo, pois há um mês está hospedada na casa de sua sogra.

Ao exame físico: Consciente e orientada, eupneica, afebril, normocorada, hidratada. Peso: 84,0 kg, altura: 1,61 m, circunferência abdominal 103 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 160x90 mmHg (membro esquerdo), 150x100 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 76 bpm. Abdome globoso, flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Edema em extremidades, com cacifo 1+/4+ e varizes.

Comentários: É importante enfatizar que o componente social (perda do emprego) deve ser levado em consideração na elaboração do plano de metas. Deve-se considerar que este talvez não seja o momento ideal para propor modificações de estilo de vida. Neste momento, uma estabilização do peso atual poderá ser considerada um sucesso terapêutico.

Lista de Problemas:

- Desemprego;
- Exames solicitados não realizados;
- Sedentarismo;
- Falta de adesão ao plano alimentar;
- Aumento do peso e da circunferência abdominal;
- Pressão Arterial elevada.

Proposta de Intervenção:

1. Enfatizar a necessidade de estabilizar o peso atual neste momento em que está desempregada e à procura de emprego;
2. Realizar o recordatório alimentar para avaliar os alimentos disponíveis no local onde está hospedada. Adequar o cardápio para a realidade atual da paciente, explicando a categoria dos alimentos de modo que ela seja capaz de fazer melhores escolhas;
3. Solicitar exames laboratoriais pelo Sistema Único de Saúde.

Plano de metas: Estabilizar o peso atual e realizar os exames solicitados para o retorno.

Retorno: G.L.E., 52 anos, período interconsulta: 4 semanas

Paciente retorna em consulta para trazer os exames solicitados. Informa que não possui queixas e não houve modificações de seus hábitos em relação à consulta anterior, mas informa que começou a trabalhar por conta própria com venda de lanches e está gostando do resultado de seu novo empreendimento. Não iniciou prática de exercícios físicos, mas tem realizado melhores escolhas alimentares, evitando o consumo de alimentos ultraprocessados.

Ao exame físico: Consciente e orientada, eupneica, afebril, normocorada, hidratada. Peso: 84 kg, altura: 1,61 m, circunferência abdominal 102 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 130x80 mmHg (membro esquerdo), 120x80 mmHg (membro direito), Frequência

cardíaca: 75 bpm. Abdome globoso, flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades, com presença de varizes.

Exames Laboratoriais:

Hemoglobina 12,5mg/dL

Leucócitos: 6.200 sem desvios

Plaquetas: 250.000 /mm³

Uréia: 32 mg/dL

Creatinina: 0,7 mg/dL

Glicemia 101 mg/dL

Sódio: 138 mEq/L

Potássio: 4,1 mEq/L

Colesterol Total: 186 mg/dL

HDL: 40 mg/dL

LDL: 120 mg/dL

Triglicerídeos: 142 mg/dL

Lista de Problemas:

- Sedentarismo;
- Obesidade, mas o peso permaneceu estável;
- Glicemia de jejum alterada;
- Pressão arterial elevada.

Proposta de Intervenção:

1. Parabenizar a paciente pela estabilização do peso e adequação da alimentação, evitando o consumo de alimentos ultraprocessados;
2. Elencar as alterações laboratoriais, enfatizando a glicemia de jejum alterada, a qual poderá ser um indício de resistência a insulina ou diabetes. Esta informação poderá ser utilizada como janela de oportunidade para possibilitar uma maior adequação às mudanças de estilo de vida;
3. Incentivar a inclusão de vegetais variados e outros alimentos *in natura* em suas refeições, evitando o consumo de alimentos processados;
4. Evitar o consumo de alimentos que necessitem de adição de açúcar;
5. Iniciar exercício físico pela manhã, como caminhada regular, com frequência diária ou prioritariamente cinco vezes na semana em um total de 150 minutos semanais, com intensidade leve e em aumento progressivo.

Plano de metas: Iniciar exercício físico estruturado, com duração de 150 minutos por semana, em intensidade progressiva e aumentar o consumo de vegetais variados em sua alimentação, deslocando o consumo excessivo de carboidratos.



Capítulo 14



CASO CLÍNICO COMENTADO: AUTOCUIDADO DOMICILIAR

Clara Danielly Campos de Carvalho Silva, Polyana Nathércia Vale da Luz,
Lucas Motta Gadelha Silva, Jhonatan Lucas Ferreira Borges,
Bruna Nunes Costa, Edienny Viana Santos-Lobato,
Milena Coelho Fernandes Caldato

Identificação: M.R.A., 62 anos, branca, feminino, adventista, administradora, residente em Barcarena-PA

HDA: Comparece ao ambulatório para realizar uma avaliação de rotina para controle da Hipertensão Arterial. Informa elevado nível de estresse nas últimas semanas de trabalho, com aumento da frequência de crises de dor de cabeça, as quais possuem característica de cefaleia tensional. Nega outras queixas associadas.

ISDA: Neurológico: Informa cefaleia holocraniana, com frequência semanal, não incapacitante e sem sintomas associados. Oftalmológico: Redução da acuidade visual, faz uso de lentes corretivas. Aparelho Cardiovascular: Nega queixas. Aparelho Genito-urinário: Sem alterações. Aparelho Gastrointestinal: Sensação de plenitude pós-prandial e pirose.

Antecedentes Pessoais: Informa que é hipertensa, em uso de Enalapril 20 mg, duas vezes ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg ao dia. Nega tabagismo ou etilismo. Realizou colecistectomia há 5 anos.

Hábitos de Vida: Pratica hidroginástica duas vezes por semana, durante 50 minutos. Informa alimentação regular: Café da manhã às 7 horas: Café com leite e pão com requeijão. Lancha às 10 horas: Uma banana. Almoço às 13 horas: Carne ou frango, arroz, feijão e açaí com farinha de tapioca. Lanche às 17 horas: Café com leite e pão com manteiga. Não realiza jantar.

Antecedentes Familiares: Pai faleceu aos 85 anos com acidente vascular cerebral. Mãe com 75 anos, hipertensa, diabética e nefropata. Irmão falecido por infarto agudo do miocárdio aos 57 anos.

Exame físico: Consciente e orientada, eupneica, afebril, normocorada, hidratada. Peso: 55 kg, altura: 1,45 m, circunferência abdominal: 88 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 150x90 mmHg (membro esquerdo), 150x100 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 95 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades e presença de varizes.

Lista de problemas:

Fatores de Risco:

- Hipertensão arterial sem controle adequado;
- Rotina de exercícios físicos insuficiente;
- Erro alimentar qualitativo: baixo consumo de vegetais e pouca variabilidade no consumo de frutas;
- Sobrepeso (IMC: 26,2 kg/cm²);
- Circunferência abdominal: 88 cm;
- Predisposição genética: Doença cardiovascular e metabólica;

Sinais e sintomas associados:

- Cefaleia tensional de frequência semanal;
- Sensação de plenitude pós-prandial e pirose;
- Varizes.

Proposta de intervenção:

1. Elencar os fatores de risco de forma objetiva, destacando os fatores genéticos e os fatores observados durante o exame físico, como o sobrepeso;
2. Avaliar se este primeiro atendimento é o momento ideal para as orientações. Esta análise dependerá da receptividade e da motivação manifestada pela paciente diante das informações recebidas quanto a seus fatores de risco;
3. Se houver receptividade, aconselhar acerca da possibilidade de melhorar seus hábitos de vida: destacar a rotina estressante que pode ser responsável pelos quadros de cefaleia tensional. Também pode-se enfatizar sobre a alimentação com baixo consumo de vegetais e pouca variabilidade no consumo de frutas, além do exercício físico que preferencialmente poderia estar melhor distribuído, conforme os dias da semana, evitando permanecer dois dias seguidos sem exercitar-se;
4. Orientar realização de auto monitoramento domiciliar da pressão arterial, para detectar possível efeito do avental branco durante as medidas em consultório;
5. Solicitar exames laboratoriais para avaliação do perfil lipídico e metabólico, além da investigação de lesões em órgão alvo.

Plano de metas: O primeiro item a ser abordado será a redução dos intervalos alimentares com a introdução de uma nova refeição completa com vegetais, no período noturno. Aproveita-se a ocasião para solicitar que a paciente monitore sua pressão arterial residencialmente e retorne brevemente com a realização dos exames solicitados.

Retorno: M.R.A., 62 anos, período interconsulta: 3 meses

Diagnóstico: Hipertensão Arterial

Medicamentos em Uso: Enalapril 20 mg, duas vezes ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg, uma vez ao dia

Paciente retorna informando que começou a realizar medidas pressóricas domiciliares, o

qual apresentou resultados variáveis. Nega queixas clínicas no momento da consulta. Nega mudanças dos hábitos informados na consulta anterior.

Ao exame: Consciente e orientada, eupneica, afebril, normocorada, hidratada. Peso: 55,5 kg, altura: 1,45 m, circunferência abdominal 88 cm. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 160x90 mmHg (membro esquerdo), 170x100 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 95 bpm. Ausência de edema em extremidades e presença de varizes.

Exames Laboratoriais:

Hemoglobina 12,2mg/dL

Leucócitos: 7.200 /mm³ (sem desvios)

Plaquetas: 210.000 /mm³

Uréia: 35 mg/dL

Creatinina: 0,8 mg/dL

Glicemia 98 mg/dL

Colesterol Total: 210 mg/dL

HDL: 55 mg/dL

LDL: 140 mg/dL

Triglicerídeos: 152 mg/dL

Trouxe as medidas residenciais da pressão arterial:

Dia 7/11: 140x80 mmHg

Dia 9/11: 120x70 mmHg

Dia 13/11: 150x90 mmHg

Dia 16/11: 110x60 mmHg

Dia 19/11: 150x80 mmHg

Comentários: Deve-se fornecer ao paciente orientações corretas acerca da medição da pressão arterial domiciliar. Este automonitoramento deve ser realizado em dias consecutivos, uma semana antes do retorno, preferencialmente antes do café e antes do jantar e com duas medições em cada ocasião. Deve-se ressaltar a necessidade de aferir a pressão arterial em um ambiente calmo e:

- na ausência de cefaleia;
- sem a ingestão de cafeína ou bebidas alcoólicas nos últimos 30 minutos;
- sem prática de exercício físico há pelo menos 60 minutos;
- com a bexiga vazia, sem vontade de urinar;
- sem fumar nos 30 minutos anteriores.

Posicionamento: A paciente deve estar sentada, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve ser mantido na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.

Lista de problemas:

- Pressão arterial elevada;
- Aumento de peso;
- Perfil lipídico alterado: elevação de LDL e triglicerídeos.

Proposta de intervenção:

1. Solicitar a avaliação correta da pressão arterial, orientando a forma adequada de realizar a verificação, com anotação de sintomas associados e prática de exercício físico;
2. Orientar que a paciente traga o seu aparelho domiciliar de pressão arterial para que seja avaliado seu funcionamento e calibração;
3. Incentivar novamente mudanças na alimentação, com inclusão de refeição noturna completa e acréscimo de vegetais.

Plano de metas: Realizar medida residencial da pressão arterial em dias consecutivos, uma semana antes da próxima consulta, e introduzir vegetais regularmente em sua alimentação.

Retorno: M.R.A., 62 anos, período interconsulta: 2 meses

Diagnóstico: Hipertensão Arterial

Medicamentos em Uso: Enalapril 20 mg, duas vezes ao dia e Hidroclorotiazida 25mg, uma vez ao dia

Paciente comparece para trazer as medidas domiciliares da pressão arterial. Trouxe também seu aparelho de pressão arterial para avaliar se está calibrado. Nega queixas no momento da consulta. Relata que introduziu o consumo de vegetais no almoço e está variando o consumo de frutas, mas não acrescentou uma refeição noturna completa.

Ao exame: Consciente e orientada, eupneica, afebril, normocorada, hidratada. Peso: 55 kg, altura: 1,45 m, circunferência abdominal 87 cm. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 150x95 mmHg (membro esquerdo), 150x100 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 90 bpm. Ausência de edema em extremidades e presença de varizes. Medida da PA no Aparelho da paciente: 152x93 mmHg.

Medida Residencial da Pressão Arterial

	Antes café ⁽¹⁾	Antes café ⁽²⁾	Antes jantar ⁽¹⁾	Antes jantar ⁽²⁾
Segunda	114x60	112x76	125x75	129x82
Terça [†]	110x72	115x79	130x60	134x72
Quarta	124x56	127x69	142x80*	139x85*
Quinta [†]	110x65	113x72	125x74	123x62
Sexta	132x80	135x62	110x64	120x72
Sábado	123x72	124x84	135x82	134x63
Domingo	100x72	104x82	135x78	137x72

* Apresentou dor de cabeça; † Realizou hidroginástica após o café da manhã.

Comentários: Níveis pressóricos controlados com base nas medições realizadas residencialmente e aparelho de pressão arterial aparentemente calibrado, com valores semelhantes às medidas do aparelho do consultório. Os maiores níveis pressóricos ocorreram com sintomas de dor de cabeça, sendo passíveis de exclusão para o cálculo da média pressórica, a qual foi de 120x71 mmHg.

Lista de problemas:

- Manutenção do sobrepeso;
- Baixa frequência semanal de exercício físico.

Proposta de intervenção:

1. Parabenizar pelo controle adequado dos níveis pressóricos e pela medida residencial realizada de forma adequada, além da introdução de vegetais em sua alimentação;
2. Incentivar a manutenção das alterações alimentares e novamente abordar sobre a inclusão de uma refeição noturna semelhante ao almoço. Avaliar as possíveis barreiras observadas pela paciente para realizar esta refeição, orientando formas de adequação à sua rotina diária;
3. Abordar sobre a possibilidade de prática de exercícios físicos na maioria dos dias da semana, evitando permanecer dois dias consecutivos sem se exercitar. Pode-se incluir caminhadas em intensidade crescente nos dias em que não realizar hidrogenástica.

Plano de metas: Estimular a prática regular de exercício físico em dias consecutivos; manter o estímulo em realizar MRPA uma semana antes do retorno.



Capítulo 15



CASO CLÍNICO COMENTADO: CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Alan Luz Tembra, Alyne Condurú dos Santos Cunha,
Clara Danielly Campos de Carvalho, Geovanna Mourão Pantoja,
Luana Lobato Macias, Lucas Motta Gadelha Silva,
Nathália Emanuelle de Almeida Barbosa, Thalles Ricardo Melo de Souza,
Edienny Viana Santos-Lobato, Milena Coelho Fernandes Caldato

Identificação: J.A.O., 50 anos, pardo, masculino, ateu, contador, residente em Belém-PA

HDA: Comparece ao ambulatório para realizar uma avaliação de rotina. Informa que já fazia acompanhamento com Clínico Geral, no entanto, mudou de plano de saúde e por isso procurou outro médico para realizar seu seguimento de rotina. Informa sensação de cansaço em membros inferiores, após um longo dia de trabalho. Nega dor em joelhos ou demais articulações ou percepção de edema. Nega outras queixas clínicas.

ISDA: Neurológico: Nega queixas. Oftalmológico: Redução da acuidade visual, faz uso de lentes corretivas. Aparelho Cardiovascular: Palpitações ocasionais, não associadas a esforço físico. Aparelho Genitourinário: Sem alterações. Aparelho Gastrointestinal: Pirose retroesternal quando toma refrigerantes.

Antecedentes Pessoais: Nega comorbidades. Nega internações prévias. Nega uso de medicamentos. Tabagismo ativo, com carga tabágica de 25 maços/ano.

Hábitos de Vida: Tem o hábito de subir e descer escadas em seu emprego, que fica no 5º andar de um edifício comercial. Informa alimentação regular: Café da manhã às 5 horas: Café preto. Almoço às 12 horas na empresa: Carne ou frango, macarrão, feijão, arroz e salada de alface com tomate. Jantar às 19 horas: Pão com ovo e suco de laranja.

Antecedentes Familiares: Pai faleceu aos 62 anos devido acidente vascular cerebral. Mãe faleceu aos 75 anos por Neoplasia de Útero.

Exame físico: Consciente e orientado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado. Peso: 92 kg, altura: 1,80 m, circunferência abdominal 92 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, com roncos esparsos. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 130x70 mmHg (membro esquerdo), 140x80 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 76 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades.

Lista de problemas:

Fatores de risco:

- Tabagismo (carga tabágica de 25 maços/ano),
- Sobrepeso: IMC: 28 kg/cm²,
- Alimentação qualitativamente inadequada (baixo consumo de legumes, verduras e frutas);
- Pressão arterial e circunferência abdominal elevada
- História familiar de evento cardiovascular e neoplasia

Sinais e sintomas associados:

- Cansaço em membros inferiores;
- Palpitações em repouso;
- Roncos esparsos;
- Redução da acuidade visual;
- Pirose retroesternal;

Proposta de intervenção:

Inicialmente, deve-se informar de forma clara e objetiva quais os fatores de risco apresentados pelo paciente. Após a informação inicial, avaliamos se é o momento adequado para propor mudanças de estilo de vida e se o paciente está interessado em receber estas informações. Em caso afirmativo, pode-se:

1. Propor início de exercício físico regular, cinco vezes na semana em intensidade progressiva, enfatizando os benefícios para a qualidade de vida e redução do risco cardiovascular que o paciente apresenta devido ao seu estilo de vida atual, somando-se ao componente hereditário. É importante enfatizar que o paciente informa ter uma rotina ativa, com o hábito de subir e descer escadas diariamente em seu trabalho e a manutenção deste hábito deve ser encorajada. No entanto, esta atividade não é suficiente para a redução de seus fatores de risco.
2. Orientar modificações iniciais na alimentação de maneira acessível, como a introdução de frutas e verduras de forma regular, em todas as refeições, alimentos que o paciente não costuma ingerir. A introdução de vegetais pode auxiliar com a redução no consumo excessivo de carboidratos. Além disso, pode-se orientar o fracionamento da dieta e redução do consumo de café e suco de laranja, os quais podem estar influenciando em seus sintomas gastrointestinais.
3. Iniciar diálogo sobre o tabagismo, buscando entender a rotina do paciente, quantos cigarros fuma por dia, qual o horário em que fuma primeiro cigarro, se já houve tentativa de cessação anterior e se tem interesse em parar de fumar. Tal diálogo visa, inicialmente, fortalecer a relação médico-paciente para que, no retorno, quando trouxer os exames solicitados, o médico possa aproveitar uma janela de oportunidade para advertir sobre a importância da cessação do tabagismo.

Plano de metas para o retorno: Iniciar caminhada diariamente em intensidade leve por cerca de 30 minutos, introduzir vegetais no almoço e jantar, associado ao aumento da frequência de refeições e trazer exames laboratoriais e de imagem solicitados.

Retorno: J.A.O., 50 anos, período interconsulta: 3 meses

Paciente retorna informando que há duas semanas vem apresentando tosse seca que piora durante a noite. Nega febre ou outros sintomas associados. Informa que sua esposa esteve gripada

antes dele, mas já está recuperada. Nega outras queixas clínicas. Relata que acrescentou vegetais e legumes no almoço, mantendo o mesmo esquema alimentar nas outras refeições, e ainda relata queixas gastrointestinais. Não houve mudança com relação à atividade física ou na quantidade de uso de cigarros em relação à última consulta. Informa que o cigarro já faz parte de sua vida, pois é a primeira coisa que pensa quando acorda às 6 horas da manhã.

Ao exame: Consciente e orientado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado. Peso: 92 kg, altura: 1,80 m, circunferência abdominal 92 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, com roncos difusos. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco irregular, com presença de extra-sístoles. Pressão arterial: 140x90 mmHg (membro esquerdo), 140x90 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 102 bpm.

Exames Laboratoriais:

Hemoglobina: 15,2mg/dL

Leucócitos: 9.200, sem desvios

Plaquetas: 280.000 /mm³

Uréia: 54 mg/dL

Creatinina: 1,1 mg/dL

Glicemia: 98 mg/dL

Colesterol Total: 230 mg/dL

HDL: 25 mg/dL

LDL: 160 mg/dL

Triglicerídeos: 102 mg/dL

Radiografia de Tórax: Espessamento pleuro-apical bilateral. Ateromatose de aorta. Demais estruturas sem alterações ao método.

ECG: Ritmo sinusal. Presença de extra-sístoles raras.

Lista de problemas:

- Não aderiu às recomendações sobre exercício físico;
- Grande dependência do cigarro, caracterizada pelo uso matinal;
- Tosse seca com piora noturna e roncos difusos;
- Taquicardia, extrassístoles e pressão arterial elevada;
- Colesterol LDL elevado e HDL reduzido;
- Alterações pulmonares crônicas na radiografia de tórax.

Proposta de intervenção:

1. Parabenizar pelo retorno com a realização dos exames e pela introdução de vegetais em sua alimentação;
2. Indicar modificação no esquema alimentar de modo completo, ampliando o consumo de vegetais e frutas durante o dia; reduzir o consumo de café e suco de laranja, variando com outras bebidas que possam impactar menos nos sintomas gastrointestinais. É interessante fornecer dicas para o paciente adaptar à dieta conforme sua rotina de trabalho;
3. Investigar as dificuldades em aderir às recomendações da primeira consulta acerca do exercício físico, e tentar readaptar para adequar a sua rotina, se possível;

4. Informar os fatores de risco e complicações que o paciente já apresenta pelo uso do cigarro, e utilizar estes achados laboratoriais e radiográficos como janela de oportunidade para propor modificações iniciais no consumo, sempre enfatizando o bem-estar e a melhora clínica que será observada com a cessação do uso;
5. Investigar questões relacionadas ao consumo do cigarro, como ansiedade e depressão, que podem predispor à manutenção da dependência;
6. Orientar e estimular mudanças comportamentais em relação ao cigarro, como a redução do número de cigarros fumados por dia, e o atraso do primeiro cigarro da manhã, tentando identificar e afastar possíveis gatilhos relacionados ao hábito de fumar (por exemplo: cinzeiros e carteiras de cigarro espalhados pela casa). Estas modificações propostas serão metas a serem cumpridas para a próxima consulta.

Plano de metas para o retorno: Aderir às mudanças comportamentais quanto ao uso do cigarro, iniciar caminhada matinal pela manhã em seu condomínio, durante 30 minutos em intensidade crescente, trocar o lanche noturno por jantar semelhante ao almoço.

Retorno: J.A.O., 50 anos, período interconsulta: 2 meses

Paciente informa que passou muito mal desde a última consulta, e realmente começou a pensar sobre a possibilidade de parar de fumar para conseguir respirar melhor. A tosse seca piora durante a noite, intercalando-se com períodos de melhora e de exacerbações. Aparenta interesse em saber como prosseguir para parar de fumar completamente, pois já tentou parar espontaneamente e não conseguiu. Iniciou caminhada matinal diária de cerca de 30 minutos em seu condomínio, antes de ir ao trabalho e começou a criar o hábito de jantar uma refeição completa com sua família. Além disso, substituiu o café preto por outros sucos e chás variados, assim como passou a consumir pequenos lanches com castanhas e frutas antes do almoço e jantar.

Ao exame: Consciente e orientado, afebril, normocorado, hidratado. Peso: 87 kg, altura: 1,80 m. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, com roncos esparsos. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular, sem sopros. Pressão arterial: 130x90 mmHg (membro esquerdo), 130x80 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 82 bpm.

Lista de problemas:

- Tosse seca com períodos de exacerbação;
- Roncos esparsos.

Proposta de intervenção:

1. Parabenizar pelas metas alcançadas, com início de exercício físico regular e adesão às orientações nutricionais. Reforçar que a redução de peso pode ser consequência desta mudança inicial.
2. Aconselhar sobre a possibilidade de iniciar tratamento medicamentoso para auxiliar na cessação do tabagismo. Explicar sobre seu funcionamento, baseado no uso de adesivo transdérmico de nicotina e bupropiona nas dosagens recomendadas para início do tratamento;
3. Orientar o afastamento de gatilhos que estimulem o fumo, assim como estimular o uso de gomas de mascar e outras estratégias durante os momentos em que sentir vontade de fumar.

4. Elucidar a possibilidade de sintomas de abstinência que podem ocorrer com a parada e/ou redução da quantidade de cigarros, representando o restabelecimento do organismo, tais como: dor de cabeça, tontura, irritabilidade, alteração no sono e dificuldade de concentração. Além disso, é importante informar que falhas eventuais fazem parte do processo de mudanças de hábitos, não significam incapacidade do paciente e podem ser fonte de aprendizado.
5. Esclarecer que o aumento de peso pós cessação do tabagismo é transitório e frequentemente ocorre nos primeiros meses do fim do consumo, quando o paladar normaliza. Deve-se alertar que o aumento da fome é normal, mas a ingestão alimentar deve ser controlada, com manutenção da dieta equilibrada, evitando café e bebidas alcoólicas, os quais podem estimular a vontade de fumar.
6. Reforçar as recomendações sobre o exercício e alimentação, os quais estão apresentando resultados satisfatórios em sua avaliação clínica e podem melhorar ainda mais a qualidade de vida do paciente a longo prazo.

Plano de metas: Iniciar o uso das medicações para cessação do tabagismo e parar de fumar a partir da próxima semana. Aumentar a intensidade do exercício físico, sem, no entanto, ficar ofegante durante as caminhadas. Retornar em três semanas para reavaliação.

Medicamentos para cessação do tabagismo:

Nicotina em adesivo: Fácil acesso. O paciente deve trocar o adesivo diariamente. Recomenda-se o seguinte esquema: 21 mg, 1 vez ao dia, por 2 semanas, reduz-se a dose para 14 mg, 1 vez ao dia, por 2 semanas e por fim 7 mg, 1 vez ao dia, por mais 2 semanas;

Bupropiona: Bom resultado em associação com adesivo de nicotina, em pacientes que apresentam sintomas depressivos associados ao tabagismo. Recomenda-se a dose de 150 mg, 1 vez ao dia, por 3 dias e para as 12 semanas seguintes, utiliza-se a medicação duas vezes ao dia.

Vareniclina: Opção de uso isolado, possui alta eficácia, contudo é onerosa e indisponível no Sistema Único de Saúde. Recomenda-se o seguinte esquema: 0,5 mg, 1 vez ao dia por 3 dias; em seguida, 0,5 mg, 2 vezes ao dia, por mais 4 dias e por fim, 1 mg, 2 vezes ao dia, por até 12 semanas.



Capítulo 16

CASO CLÍNICO COMENTADO: MANEJO DO ESTRESSE

Alan Luz Tembra, Clara Danielly Campos de Carvalho,
Geovanna Mourão Pantoja, Luana Lobato Macias,
Lucas Motta Gadelha Silva, Nathália Emanuelle de Almeida Barbosa,
Thalles Ricardo Melo de Souza, Edienny Viana Santos-Lobato,
Milena Coelho Fernandes Caldato

Identificação: R.N.D., 56 anos, motorista de ônibus, pardo, católico, residente em Ananindeua-PA

HDA: Paciente comparece hoje para realizar uma avaliação com clínico, pois não consegue controlar sua pressão arterial, mesmo tomando três medicamentos anti-hipertensivos. Relata que na última semana foi reprovado no exame para renovar a carteira de motorista porque sua pressão arterial estava 210x100 mmHg. Em casa, sempre que fica nervoso sua pressão se altera bastante.

ISDA: Neurológico: Cefaleia ocasional. Oftalmológico: Redução da acuidade visual, faz uso de lentes corretivas. Aparelho Cardiovascular: Dor precordial quando está estressado. Aparelho Genitourinário: Sem alterações. Aparelho Gastrointestinal: Constipação intestinal.

Antecedentes Pessoais: Apresentou quadro de síndrome coronariana aguda há 2 anos. Realizou angioplastia com stent. Hipertenso, em uso de losartana 100mg/dia, carvedilol 25 mg 2 vezes ao dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, atorvastatina 20 mg/dia e AAS 100 mg/dia.

Hábitos de Vida: É sedentário. Informa alimentação irregular: Café da manhã às 5 horas: Café preto. Almoço às 12 horas na empresa: Carne ou frango, macarrão, feijão, batata. Jantar às 19 horas: Pão com manteiga e café. Não come frutas ou vegetais.

Antecedentes Familiares: Não conheceu os pais.

Exame físico: Consciente e orientado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado. Peso: 84 kg, altura: 1,75 m, circunferência abdominal 102 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 210x100 mmHg (membro esquerdo), 200x90 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 98 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades.

Comentário: Apesar do uso correto dos medicamentos de primeira linha, conforme recomendado pelas Diretrizes de Hipertensão Arterial, o paciente possui um componente de agravo, representado pelo estresse, sendo esta a provável causa relacionada à falta de controle de seus níveis pressóricos. Deste modo, além da terapêutica farmacológica, o estresse apresentado pelo paciente deve ser abordado e receber o manejo adequado.

Lista de problemas:

- Atividade laboral estressante;
- Pressão arterial e circunferência abdominal elevadas;
- Sobrepeso: IMC: 27,4 kg/cm²;
- Alimentação inadequada (hipercalórica e com baixo consumo de vegetais e frutas);
- História pessoal de evento cardiovascular;
- Sedentário;
- Polifarmácia;

Sinais e sintomas associados:

- Cefaleia ocasional;
- Dor precordial;
- Constipação intestinal;

Proposta de intervenção:

1. Analisar a receptividade do paciente quanto a possibilidade em alterar o seu estilo de vida;
2. Identificar os fatores desencadeantes do estresse e como ele os enfrenta no dia a dia;
3. Introduzir em sua rotina exercício físico em intensidade leve, devido ao seu risco cardiovascular, com frequência de cinco vezes na semana durante trinta minutos;
4. Recomendar a mudança no padrão alimentar, quanto à qualidade e quantidade das refeições: adicionar frutas, legumes e alimentos fonte de carboidratos de baixo índice glicêmico;
5. Solicitar exames laboratoriais para avaliação adicional do risco cardiovascular e lesão em órgão alvo.

Retorno: R.N.D., 56 anos, período interconsulta: 3 meses

HDA: Paciente retorna para trazer seus exames. Informa que há um mês esteve de férias e viajou para o interior, e lá sua pressão arterial ficou normalizada com o uso dos medicamentos habituais. Porém, há 10 dias retornou ao trabalho e sua pressão arterial voltou a subir. Trouxe os exames laboratoriais solicitados na última consulta, mas não adaptou sua rotina alimentar, tampouco iniciou atividade física.

Exame físico: Consciente e orientado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado. Peso: 86 kg, altura: 1,75 m, circunferência abdominal 105 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 200x110 mmHg (membro esquerdo), 210x90 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 98 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades.

Exames Laboratoriais:

Hemoglobina 15,2 mg/dL

Leucócitos: 7200/mm³, sem desvios

Plaquetas 280.000 /mm³

Uréia: 42 mg/dL

Creatinina: 1,0 mg/dL
Glicemia 101 mg/dL
Colesterol Total: 210 mg/dL
HDL: 45 mg/dL
LDL: 135 mg/dL
Triglicerídeos: 182 mg/dL
Potássio: 4,5 mEq/L
Ácido úrico: 4,2mg/dL
Urina rotina: Sem alterações
Microalbuminúria: negativa

USG de Aparelho Urinário: Rins de tamanhos e dimensões normais. Bexiga sem alterações.

Comentário: Nesta avaliação, nota-se que o paciente apresentou aumento de peso e circunferência abdominal; portanto, podemos supor que não houve adesão às medidas propostas. De acordo com o achado laboratorial, ele apresenta glicemia de jejum elevada, que pode ser um primeiro sinal de resistência à insulina e risco de desenvolvimento de diabetes. Esta informação deve ser repassada de forma clara e objetiva, para que seja utilizada como janela de oportunidade para mais uma tentativa de propor mudanças alimentares e inclusão de exercício físico em sua rotina diária. O relato de melhora do quadro pressórico durante as férias reforça que o estresse é um componente importante no processo relacionado à resistência da hipertensão arterial ao tratamento medicamentoso.

Lista de problemas:

- Estresse no ambiente de trabalho;
- Glicemia de jejum alterada;
- Descontrole pressórico;
- Aumento de peso e circunferência abdominal.

Proposta de intervenção:

1. Enfatizar a necessidade de realizar as mudanças de estilo de vida propostas na primeira consulta, reforçando a necessidade de evitar piora dos níveis glicêmicos e desenvolvimento de diabetes;
2. Fornecer dicas para que o paciente possa cumprir a meta alimentar de aumentar a ingestão de vegetais, deslocando o consumo excessivo de carboidratos. Deve-se ensiná-lo sobre as categorias dos alimentos para que ele possa fazer melhores escolhas, mesmo almoçando no ambiente de trabalho;
3. Conversar novamente sobre a introdução de exercício físico, como caminhada em intensidade leve após os turnos de trabalho, com frequência ideal de cinco vezes na semana durante trinta minutos;
4. Orientar estratégias de enfrentamento para o manejo do estresse, as quais podem ser exemplificadas a seguir:
 - Utilizar a técnica de respiração lenta em períodos de estresse evidente, inicialmente por cerca de 5 minutos. Inspira-se com o uso do abdome, prolongando a expiração. Desse modo, reduz-se a frequência respiratória para 10 movimentos por minuto e, conseqüentemente, há redução da pressão arterial, por estímulo barorreflexo.

- Avaliar a possibilidade de treinamento e introdução de terapias integrativas, como a meditação *mindfulness* (atenção plena) ou yoga.
- Avaliação psicológica para realização de terapia cognitivo comportamental poderá ser útil e deve ser utilizada em casos selecionados.

Retorno: R.N.D., 56 anos, período interconsulta: 3 meses

HDA: Paciente informa que começou a realizar as práticas de relaxamento orientadas na consulta anterior. Informa que continua apresentando episódios de estresse e ansiedade, mas já consegue ter um melhor controle sobre eles. Quando sua pressão arterial apresentou elevação, antes de fazer a medicação anti-hipertensiva de resgate, começou a utilizar as técnicas de respiração lenta, havendo redução dos níveis de pressão arterial nas medidas subsequentes. Há 2 meses, adequou sua dieta e aumentou o consumo de vegetais. Além disso, está realizando caminhada após o trabalho nos dias úteis da semana.

Exame físico: Consciente e orientado, eupneico, afebril, normocorado, hidratado. Peso: 80 kg, altura: 1,75 m, circunferência abdominal 98 cm. Ausência de linfonodos palpáveis. Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Pressão arterial: 140x90 mmHg (membro esquerdo), 130x80 mmHg (membro direito), Frequência cardíaca: 75 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias e indolor à palpação. Ausência de edema em extremidades.

Comentário: Nesta avaliação é possível observar que houve adesão às medidas de estilo de vida indicadas, o que impactou nos índices antropométricos, com perda de peso e redução da circunferência abdominal. Além disso, houve melhora considerável dos níveis pressóricos, os quais estão mais próximos do alvo terapêutico.

Lista de problemas:

- Episódios isolados de descontrole da pressão arterial;
- Meta pressórica a ser atingida;
- Episódios estressores.

Proposta de intervenção:

1. Inicialmente, devemos parabenizar o paciente pela melhora evidente do seu quadro clínico com a adesão à dieta e início de exercício físico em intensidade leve;
2. Deve-se estimular, neste momento, uma frequência habitual das práticas de relaxamento, adaptando-as ao seu trabalho, uma vez que é o período onde enfrenta maior estresse. Pode-se indicar meditação durante os intervalos entre as corridas;
3. Reforçar os benefícios de atividades complementares, como yoga e meditação *mindfulness*, no manejo prolongado do estresse;
4. Indicar a psicoterapia adjuvante para que ele possa lidar melhor com os fatores estressores, pois não há probabilidade de mudança em sua atividade laboral, a qual deve ser considerada a principal fonte de estresse ao paciente;
5. Solicitar a realização de Teste Ergométrico para possibilitar o aumento da intensidade do exercício físico, conforme a frequência cardíaca máxima calculada.



XIMANGO
e d i t o r a

