

EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE: EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES

PERIODIC HEALTH EXAMINATION: EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS

Cassiano Teixeira¹⁻⁴ , Sthéfani Schultz^{3,5} , Rodrigo Boldo⁶⁻⁸ 

RESUMO

Clin Biomed Res. 2023;43(3):298-309

1 Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Reabilitação,
Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre.
Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Hospital Moinhos de Vento.
Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Porto Alegre, RS, Brasil.

4 Programa de Pós-Graduação
em Ciências Pneumológicas,
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

5 Universidade Federal do Rio Grande
do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

6 Santa Casa de Porto Alegre.
Porto Alegre, RS, Brasil.

7 Hospital Mãe de Deus.
Porto Alegre, RS, Brasil.

8 Associação Médica do Rio Grande
do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Cassiano Teixeira
cassiano.rush@gmail.com
Rua Faria Santos, 395/1101
90670-150, Porto Alegre, Brasil.

O exame periódico de saúde (EPS) visa detectar as alterações através da anamnese (por exemplo, dados de identificação: relacionados à idade – risco de quedas e polifarmácia – e relacionados ao gênero – triagem de neoplasia de colo de útero em mulheres e de próstata em homens –; revisão de sistemas para avaliação da carteira vacinal e do vício de tabagismo); do exame físico, pela avaliação do risco cardiovascular através da mensuração da pressão arterial; e da realização de exames complementares visando a triagem de neoplasias (mama através de realização de mamografia ou colorretal através da colonoscopia), triagem do risco cardiovascular através da dosagem do colesterol e da triagem de diabetes melito através da dosagem da hemoglobina glicada. Recomendações validadas devem ser aplicadas nas populações visando a triagem e, se possível, tratamento de doenças diagnosticadas precocemente. O objetivo desta revisão é apresentar de forma sucinta e pragmática as recomendações atuais de triagem de doenças prevalentes. As recomendações sobre imunização (vacinação) não serão abordadas neste texto.

Palavras-chave: Exame periódico; Prevenção; Triagem

ABSTRACT

The periodic health examination (PHE) consists of one or more visits from the patient to the doctor or from the doctor to the patient, to assess the patient's general health status (disease diagnosis) and to identify risk factors for potentially preventable diseases (identification of risk factors). Under the baton of epidemiological data, the EPS is able to detect changes through anamnesis (e.g., identification data: age-related – risk of falls and polypharmacy – and gender-related – cervical cancer screening in women and prostate in men; review of systems for evaluating the vaccination record and smoking addiction); physical examination, by assessing cardiovascular risk by measuring blood pressure; and carrying out complementary exams aimed at screening for neoplasms (breast through mammography or colorectal through colonoscopy), screening for cardiovascular risk through cholesterol measurement and screening for diabetes mellitus through glycated hemoglobin measurement. Internationally validated recommendations should be applied to populations with a view to screening and, if possible, treating early diagnosed diseases. The objective of this review is to present in a succinct and pragmatic way the current recommendations for screening of prevalent diseases.

Keywords: Periodic health examination; Prevention; Screening

INTRODUÇÃO

A qualidade da saúde deve sempre incluir dois elementos fundamentais: o tratamento adequado da doença atual e a adequação dos cuidados preventivos visando diminuir o declínio da saúde futura. Devemos sempre priorizar o diagnóstico e tratamento de um sintoma ou doença que possa causar uma grande carga de sofrimento ao doente e, a seguir, devemos atentar na prevenção de doenças, porém sempre naquela que tenha demonstrado eficácia em melhorar os resultados dos pacientes (morte, qualidade de vida ou conforto). Taxas americanas de prevalência de algumas doenças crônicas avaliadas na década passada estão demonstradas na Tabela 1. Neste caminho,

a redução de alguns fatores modificáveis pode reduzir muitas mortes e de incapacidades aos indivíduos^{1,2}.

Tabela 1: Taxa de prevalência de algumas doenças crônicas avaliadas nos Estados Unidos da América (2007-2012)².

Doença crônica	Taxa de prevalência
Obesidade/sobrepeso	68,2%
Hipertensão arterial sistêmica	33%
Dislipidemia	13,8%
Diabetes	9,3%
Osteoporose	10,3%
Depressão	9,1%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	6,4%
Artrite	22,7%

PRINCÍPIOS DO EXAME CLÍNICO PERIÓDICO DE SAÚDE

O exame periódico de saúde (EPS) consiste em uma ou mais visitas do paciente ao médico ou do médico ao paciente, com intuito de avaliar o estado geral de saúde do doente (diagnóstico de doenças) e de identificar fatores de risco de doenças possivelmente preveníveis (identificação de fatores de risco)³. O EPS mantém a mesma ideia da anamnese, porém distingue-se do exame físico completo por indicar a realização de exames complementares visando a identificação e posterior correção de fatores de risco para e de doenças potencialmente preveníveis³⁻⁵. O EPS visa equilibrar as recomendações individualmente sugeridas pelo médico com a realização de testes e intervenções possivelmente desnecessários ao paciente. Ao promover o manejo clínico adequado das condições crônicas, oferecer educação do paciente quanto a sua saúde e preconizar uma adequada relação médico-paciente, o EPS provavelmente melhora os resultados clínicos do paciente a médio e longo prazos, bem como os resultados do ponto de vista de saúde pública³. Devido ao foco na prevenção e na recomendação para a gestão de doenças crônicas, o EPS tem potencial de afetar positivamente a saúde do paciente e reduzir os custos de cuidados de saúde individuais e coletivos^{2,3}. No entanto, baseado em ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais, o EPS não foi associado à redução de mortalidade global ou incidência de doenças cardiovasculares, mas sim ao aumento do reconhecimento e do tratamento de doenças crônicas (por exemplo, depressão e hipertensão arterial sistêmica), ao melhor controle de fatores de risco (por exemplo, controle da pressão arterial

e da dislipidemia), ao aumento da procura de serviços preventivos (por exemplo, para triagem de câncer cervical e colorretal) e à melhora de desfechos relatados pelo paciente (por exemplo, qualidade de vida)⁶.

Não há definição sobre a periodicidade do EPS, devendo-se individualizar a frequência das avaliações com base em raça, sexo, idade, grau de atividade física e comorbidades do paciente. Talvez a cada três anos nos pacientes abaixo de 50 anos e anualmente naqueles acima, principalmente quando acima de 65 anos^{4,6}.

Os princípios básicos da prevenção e do rastreamento primário no adulto observam o sofrimento causado pela condição (morte, doença, morbidade ou insatisfação), a qualidade do teste de rastreamento (sensibilidade, especificidade, simplicidade, custo, segurança e aceitabilidade), a evidência demonstrada em grandes ensaios clínicos randomizados e a opinião do paciente (decisão compartilhada)².

PESQUISA DE POSSÍVEIS NEOPLASIAS ASSINTOMÁTICAS

Certas neoplasias parecem reduzir sua morbimortalidade através do rastreamento de pacientes assintomáticos, e são recomendadas por muitas sociedades médicas de vários países⁴. No entanto, salientam-se alguns possíveis malefícios quando a avaliação é incorretamente indicada: ansiedade do paciente por resultados falso-positivos de exames complementares, risco na realização de testes adicionais em pacientes com testes falso-positivos e diagnóstico de doenças tratáveis, porém clinicamente irrelevantes³. Assim, a decisão na realização do rastreamento deve ser necessariamente compartilhada com o paciente. Aqui, descrevemos as neoplasias em relação às quais recomendações de rastreamento são fortemente sugeridas, bem como recomendações de outras medidas preventivas (Tabela 2).

Tabela 2: Medidas necessárias para prevenir o câncer⁴.

Evitar o tabaco
Ser fisicamente ativo
Manter um peso saudável
Comer uma dieta rica em frutas, vegetais e grãos integrais e pobre em gordura saturada/trans
Limitar o consumo de álcool
Proteger contra infecções sexualmente transmissíveis (incluindo receber a vacinação contra o vírus do papiloma humano, HPV)
Evitar exposição excessiva ao sol

Neoplasia de mama

O câncer de mama é o tipo mais frequente de câncer não cutâneo e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres em todo o mundo⁷. A maioria dos cânceres de mama nos Estados Unidos são diagnosticados devido a um resultado anormal de um exame de triagem⁷. A mortalidade por câncer de mama tem caído drasticamente desde a década de 1980, e tanto a detecção precoce por meio de triagem quanto as melhorias no tratamento do câncer de mama são responsáveis por essa redução⁷. A triagem é de maior valor para indivíduos com maior probabilidade de desenvolver câncer de mama, de modo que é importante determinar o risco de uma pessoa desenvolver câncer de mama e usar essas informações para recomendar a modalidade e a frequência do rastreamento, bem como determinar se serão necessários encaminhamentos para testes genéticos, quimioprevenção e/ou cirurgia profilática⁷.

O primeiro passo na triagem do câncer de mama é a definição da categoria de risco do desenvolvimento de câncer (Tabela 3). As categorias de risco são delineadas de acordo com o risco ao longo da vida de diagnóstico de câncer de mama (não com o risco de morrer devido ao câncer de mama): risco médio (menos de 15%), risco moderado (aproximadamente 15% a 20%) e risco alto (maior de 20%).

Tabela 3: Principais fatores usados para determinar uma categoria de risco, com base no histórico de câncer de mama da paciente⁷.

História pessoal de câncer de mama, ovário, trompa ou peritoneal
História familiar de câncer de mama, ovário, trompa ou peritoneal
Ancestralidade (por exemplo, judeu Ashkenazi) associada a mutações BRCA-1 ou 2
Portador conhecido de uma mutação patogênica para uma síndrome hereditária de câncer de mama e ovário em si mesmo ou em parente
Densidade mamográfica
Biópsia de mama anterior indicando lesão de alto risco (por exemplo, hiperplasia atípica)
Idade da menarca, idade do primeiro nascimento, número de gestações e estado da menopausa
Radioterapia no tórax entre 10 e 30 anos de idade

As mulheres que não apresentam nenhum desses fatores de risco geralmente são consideradas de risco médio. Salienta-se que a maioria das mulheres está nessa categoria, com um risco ao longo da

vida de ser diagnosticadas com câncer de mama estimado em 12,4%⁷. Nessas mulheres, a idade é o fator mais importante em sua decisão sobre quando fazer o rastreamento, pois a incidência de câncer de mama aumenta com a idade (Tabela 4). A incidência de câncer de mama é bastante baixa abaixo dos 40 anos. A sensibilidade e especificidade da mamografia também são dependentes da idade, sendo maiores em mulheres mais velhas em comparação a mulheres mais jovens. Assim, em mulheres mais jovens, o risco de desenvolver câncer de mama nos próximos dez anos é bastante baixo, e os benefícios do rastreamento podem não superar os custos, a inconveniência, o estresse emocional, os danos físicos diretos ocasionais e o potencial de tratamento excessivo como resultado de triagem⁷.

Tabela 4: Recomendações de triagem de câncer de mama, baseadas na idade.⁷

Idade	Recomendação de triagem
Abaixo de 40 anos	Nenhuma diretriz de triagem recomenda a triagem de rotina. A maioria dos grupos de especialistas nos Estados Unidos incentiva a tomada de decisão compartilhada para mulheres na faixa dos 40 anos por causa das compensações entre benefícios e danos. As diretrizes europeias recomendam iniciar a triagem aos 50 anos.
De 40 a 49 anos	As diretrizes internacionais concordam em recomendar triagem a cada um ou dois anos, dependendo dos fatores de risco e da preferência individual da mulher.
De 50 a 74 anos	Alguns experts sugerem triagem somente se sua expectativa de vida for de pelo menos dez anos. Para as mulheres nesta faixa etária que optam por ser rastreadas, a mamografia a cada dois anos é apropriada.
Acima de 75 anos	

A realização de triagem para câncer de mama através da realização de mamografias é capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama em 20% a 35% quando realizada em mulheres entre 50 e 75 anos^{3,7}.

A mamografia (digital ou filme) é a principal modalidade de rastreamento do câncer de mama em mulheres de risco médio. Outras técnicas radiológicas, incluindo ultrassonografia e ressonância magnética, são reservadas para avaliação adicional de achados

na mamografia ou para triagem de mulheres com maior risco de câncer de mama. O exame das mamas realizado pelo clínico ou pela paciente não é recomendado como único método de rastreamento (sensibilidade de 28% a 36%), e é controverso se o exame clínico das mamas ou o autoexame das mamas da paciente são benéficos como adjuvantes da mamografia⁷. O exame clínico não tem demonstrado eficácia na redução da mortalidade por câncer de mama, além de aumentar a taxa de biópsias devido ao excesso de falsos-positivos⁷. É importante educar as mulheres sobre a conscientização da mama e encorajá-las a relatar quaisquer preocupações com a mama. Um exame clínico regular das mamas positivo indica investigação, mesmo quando a mamografia é negativa³. As estratégias de rastreio de câncer de mama em mulheres cuja classificação inicial do risco foi moderada ou alta não são o objetivo deste artigo.

Neoplasia de colo de útero

O câncer do colo do útero é comum entre as mulheres em todo o mundo, e a maioria dos casos ocorre em países em desenvolvimento⁸. Nos países desenvolvidos, a diminuição das taxas de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero está relacionada à disponibilidade de programas de rastreamento e vacinação contra o HPV⁸.

A triagem pode detectar lesões pré-neoplásicas e doença em estágio inicial para ambos os tipos de câncer do colo do útero: carcinoma de células escamosas e adenocarcinoma. O tratamento de lesões precursoras detectadas pelo exame ginecológico de rotina pode prevenir o câncer do colo do útero, bem como a vacinação contra o HPV^{3,8}. Os métodos disponíveis para o rastreamento do câncer do colo do útero são o teste de Papanicolaou (Pap) (ou seja, citologia), teste de HPV e coteste (com citologia e HPV). A infecção por cepas oncogênicas de HPV (ou seja, HPV de alto risco [hrHPV]) e a persistência da infecção por hrHPV são os determinantes mais importantes da progressão para o câncer do colo do útero⁸.

As recomendações de rastreamento do câncer do colo do útero diferem para pacientes com risco médio e alto de desenvolver câncer do colo do útero. O risco médio é definido quando o paciente é assintomático, HIV negativo, imunocompetente, ausência de exposição a dietilestilbestrol.

Mulheres submetidas à histerectomia total por razões outras que câncer cervical ou precursores de câncer cervical de alto-grau não necessitam realizar triagem³. As estratégias de rastreio de câncer de colo em mulheres cuja classificação inicial do risco foi alta não é o objetivo deste artigo.

Já em países com recursos limitados, o câncer do colo do útero é a malignidade mais comum entre as mulheres, e mais de 85% das mortes por

câncer do colo do útero em todo o mundo ocorrem nesses ambientes. As estratégias de rastreamento do câncer do colo do útero, como citologia cervical e colposcopia, não são viáveis em muitos locais com recursos limitados devido a questões econômicas, sociais e políticas. As estratégias para o rastreamento neste contexto incluem o uso de testes que são realizados em uma unidade de atenção primária por enfermeiros treinados ou equipe paramédica; exigem pouco equipamento, tecnologia e treinamento de pessoal para executar, processar e interpretar; e fornecer resultados imediatos. Recomenda-se, portanto, que o rastreamento do câncer do colo do útero seja realizado uma vez na vida, entre os 30 e os 39 anos de idade (Tabela 5)⁹.

Tabela 5: Recomendações de rastreamento do câncer do colo do útero em pacientes de risco médio geralmente baseadas na idade⁸.

Idade	Recomendação de triagem
Abaixo de 21 anos	Sugere-se o não rastreamento, independentemente da idade de início da atividade sexual.
De 21 a 29 anos	A idade para iniciar o rastreamento e qual método de teste (esfregaço de Papanicolaou ou teste primário de HPV) é preferível não são claros e as recomendações de grupos de especialistas variam. As diretrizes americanas sugerem rastreamento a cada três anos.
De 30 a 65 anos	Recomenda-se o rastreamento. Qualquer uma das seguintes estratégias é aceitável para pacientes com todos os resultados normais nesta faixa etária: - teste primário de HPV a cada cinco anos; - cotestes (Pap e HPV) a cada cinco anos; - teste de Papanicolaou sozinho a cada três anos.
Acima de 65 anos	A decisão de descontinuar a triagem em pacientes de risco médio depende dos resultados anteriores do paciente, expectativa de vida e preferências em uma discussão compartilhada de tomada de decisão.

Neoplasia colorretal

O câncer colorretal é um câncer comum e letal em todas as partes do mundo. O racional para a triagem vem do fato de a maioria dos cânceres

colorretais surgir de pólipos adenomatosos do cólon que aumentam de tamanho, evoluem com displasia e posteriormente transformam-se em carcinoma¹⁰. Pólipos adenomatosos ocorrem em cerca de 30% dos homens e cerca de 20% das mulheres. Além disso, sua aparência macroscópica não distingue de forma confiável pólipos adenomatosos de pólipos hiperplásicos, que normalmente não são pré-cancerosos¹⁰. Um pólipó de cólon deve sempre ser biopsiado para determinar sua patologia. A remoção de pólipos do cólon através da colonoscopia de triagem pode prevenir o câncer cólon e reto³. Acredita-se que a progressão do adenoma para o carcinoma leve em média pelo menos dez anos.

A triagem para o câncer colorretal reduz a mortalidade pela doença, e deve ser iniciada a partir dos 45-50 anos em indivíduos de risco médio¹¹. A triagem pelo menos até a idade de 75 anos (desde que sua expectativa de vida seja de 10 anos ou mais) para pacientes com risco médio é recomendada pela maioria das diretrizes^{10,11}. Não parece haver indicação de triagem em pacientes acima dos 85 anos³.

Nos casos de pacientes com alto risco de neoplasia colônica [forte história familiar de câncer colorretal ou doenças precursoras familiares (por exemplo, polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, polipose juvenil e síndrome de Peutz-Jeghers)], a triagem deve iniciar antes, porém este não é o objetivo deste capítulo^{3,10,11}.

A investigação é geralmente realizada pela endoscopia digestiva baixa (colonoscopia a cada dez anos), porém pode também ser realizada através da pesquisa anual de sangue oculto nas fezes

ou da tomografia computadorizada colonográfica – “colonoscopia virtual” – a cada 5 anos^{3,11}.

Neoplasia de pulmão

O câncer de pulmão é a principal causa de morte relacionada ao câncer em adultos na América¹². A prevenção, em vez do rastreamento, é a estratégia mais eficaz para reduzir a carga do câncer de pulmão a longo prazo^{3,12}. O maior causador do câncer de pulmão é o tabagismo, incluindo o câncer de pulmão em não fumantes, entre os quais uma proporção significativa de câncer é atribuída à exposição à fumaça ambiental¹². Estima-se que evitar o início do vício ou cessar o consumo de tabaco poderia reduzir em até 85%-90% a incidência e a mortalidade do câncer de pulmão¹².

O rastreamento do câncer de pulmão por radiografia de tórax e/ou citologia do escarro não é recomendado, pois ambos não demonstraram redução de mortalidade (ainda não foram bem estudados em mulheres)¹². A recomendação atual é a realização de tomografia computadorizada helicoidal de baixa dose (TCH-BD) para o rastreamento do câncer de pulmão (Tabela 6)¹². Os novos scanners de TC multidetectores geram imagens de alta resolução com exposição à radiação significativamente menor do que a tomografia computadorizada de tórax de diagnóstico. A TCH-BD refere-se a um estudo sem contraste obtido com um tomógrafo multidetector durante uma única apneia inspiratória máxima com um tempo de varredura inferior a 25 segundos. As imagens de alta resolução (intervalo de 1,0 a 2,5 mm) são reconstruídas usando um algoritmo de tecido mole ou de seção fina.

Tabela 6: Recomendações de algumas das diferentes sociedades médicas sobre rastreio de câncer de pulmão¹².

Sociedade	Recomendação de triagem	Ano
US Preventive Services Task Force	Recomenda a triagem anual de tomografia computadorizada de baixa dose (TCH-BD) para indivíduos de alto risco (idades de 50 a 80 anos com histórico de tabagismo de 20 anos-maço e fumante atual ou cessado nos últimos 15 anos). Interromper quando a pessoa não fumar por 15 anos ou se a expectativa de vida for limitada.	2021
American Society of Clinical Oncology	Recomenda a triagem anual de TCH-BD para indivíduos de alto risco (idades de 55 a 74 anos com histórico de tabagismo ≥ 30 anos-maço e fumante atual ou parou de fumar nos últimos 15 anos).	2019
National Comprehensive Cancer Network	Recomenda a triagem anual de TCH-BD para indivíduos de alto risco (idade 55 a 74 anos com histórico de tabagismo ≥ 30 anos-maço ou se não mais fumar, cessação do tabagismo dentro de 15 anos ou idade ≥ 50 anos com ≥ 20 maços, histórico de tabagismo de 1 ano com 1 fator de risco adicional – histórico pessoal de câncer ou doença pulmonar, histórico familiar de câncer de pulmão, exposição ao radônio e exposição ocupacional a carcinógenos.	2018
American College of Chest Physicians	Recomenda a triagem anual de TCH-BD para indivíduos de alto risco (idades de 55 a 77 anos com histórico de tabagismo ≥ 30 anos-maço e fumante atual ou parou de fumar nos últimos 15 anos).	2018

Neoplasia de próstata

O câncer de próstata é comum e está entre as principais causas de morte relacionada ao câncer. Ao mesmo tempo, em muitos casos, o câncer de próstata cresce tão lentamente que não afeta a sobrevivência do paciente; portanto, a triagem de rotina é controversa^{3,13}.

A melhor evidência disponível de estudos randomizados descobriu que o rastreamento tem, no máximo, um pequeno benefício na redução da mortalidade por câncer de próstata e do risco de desenvolver doença metastática¹³. Os benefícios potenciais da triagem devem, portanto, ser equilibrados com os possíveis danos à qualidade de vida, incluindo os riscos de testes falso-positivos, biópsia de próstata, ansiedade, diagnóstico excessivo e complicações do tratamento¹³.

Em homens de risco médio, sugere-se iniciar a discussão do rastreamento aos 50 anos¹³. Recomenda-se a participação ativa do paciente na discussão ou não da realização das avaliações periódicas³. Se for tomada a decisão de rastrear o câncer de próstata, o teste de antígeno específico da próstata (PSA) sozinho é o teste mais apropriado para o rastreamento. Sugere-se um intervalo de triagem de um a dois anos. Para a maioria dos pacientes, recomenda-se o rastreamento até os 70 anos, interrompendo mais cedo se as comorbidades limitarem a expectativa de vida a menos de 10 anos¹³. Não se recomenda o exame retal digital na avaliação periódica, pois, quando realizado por médicos de cuidados primários, apresenta sensibilidade de 51%, especificidade de 59% e valor preditivo positivo de 41%³.

Melanoma

A incidência de câncer de pele melanoma, a forma mais fatal de câncer de pele, está aumentando mais rapidamente do que qualquer outro câncer potencialmente evitável nos Estados Unidos¹⁴. O rastreamento de melanoma refere-se ao exame de rotina de indivíduos assintomáticos para identificar lesões suspeitas que requerem avaliação para estabelecer o diagnóstico. É recomendado aos clínicos que, quando examinem pacientes e evidenciem lesões de pele suspeitas, encaminhem-nos ao dermatologista, porém não se recomenda a avaliação de toda a pele em consultas médicas de rotina^{3,4}.

Os benefícios da triagem para melanoma podem parecer simples porque o prognóstico do melanoma é significativamente melhor para o melanoma em estágio inicial, que é curável por excisão simples em comparação com o melanoma em estágio posterior. Além disso, o exame visual da pele é seguro e bem tolerado pelos pacientes, e os fatores de risco para melanoma são prontamente identificáveis¹⁴.

Nem todas as organizações recomendam o rastreamento do câncer de pele, pois nenhum

ensaio randomizado foi realizado para estabelecer a eficácia do rastreamento de melanoma na redução da mortalidade, mas estudos observacionais avaliando o impacto na espessura ou mortalidade do tumor são encorajadores. Porém, a maioria dos autores sugere a triagem direcionada de grupos de maior risco (Tabela 7). Além disso, se recomenda o uso de protetores solares, a redução da exposição solar no período do meio-dia e o não uso de bronzamento artificial, principalmente em indivíduos de pele clara entre os 10 e os 24 anos^{3,4,15}.

Tabela 7: Recomendações para triagem de melanoma ¹⁴.

Adultos brancos com 50 anos ou mais
Contagem total de nevos acima de 50 e/ou presença de nevos grandes (atípicos/displásicos)
História pessoal de câncer de pele
Imunossupressão, particularmente o uso crônico de medicamentos que suprimem o sistema imunológico, como os usados por receptores de transplante de órgãos
Indivíduos muito sensíveis ao sol e aqueles com “fenótipo de cabelo ruivo” (por exemplo, pigmentação de pele clara, cor de cabelo ruivo ou loiro, sardas de alta densidade e cor clara dos olhos [verde, avelã, azul])
História familiar de melanoma em um ou mais parentes de primeiro grau ou em mais de um parente de segundo grau do mesmo lado da linhagem; aqueles com pelo menos três membros afetados (incluindo um ou mais parentes de primeiro grau) em um lado da família correm um risco muito alto

TRIAGEM DA DEPRESSÃO

Embora haja variação na literatura internacional, está recomendado o rastreamento da depressão em uma consulta médica de rotina quando houver garantia de diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados^{3,16}. A depressão é uma condição muito comum e, com frequência, não é identificada. Pode-se considerar as seguintes perguntas de triagem para identificar os pacientes com indicação de uma avaliação mais especializada: “Nas duas últimas semanas, você tem se sentido frequentemente incomodado por se sentir para baixo, deprimido ou sem esperança?” e “Nas duas últimas semanas, você frequentemente se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?”¹⁶.

TRIAGEM SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

O consumo exagerado de álcool ocorre em todas as idades e está associado a inúmeros problemas relacionados à saúde (acidentes automobilísticos, suicídio, violência, hipertensão, distúrbios mentais e desenvolvimento de dependência alcoólica)³. É recomendado o rastreamento de todos os adultos para o uso abusivo de álcool por meio de uma anamnese dirigida, anualmente. Sugere-se triagem por meio de item único, por exemplo: “Você às vezes bebe cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas?”. Se for positivo, prossegue-se com “Quantas vezes no ano passado você bebeu cinco (quatro para mulheres) ou mais bebidas em um dia?”. Também pode-se usar questionários breves, como o AUDIT-C^{4,17}.

O tabagismo é importante fator de risco para desenvolvimento de inúmeras doenças como neoplasia pulmonar e outras malignidades, além de doenças cardiovasculares e pulmonares. Por isso, é recomendada a investigação do uso do tabaco em todos os pacientes, além do aconselhamento e do auxílio para cessar, quando essa for a intenção do paciente⁴.

Todos os pacientes, adultos e adolescentes, devem ser avaliados quanto ao uso de drogas, incluindo as ilícitas. Isso é melhor realizado por meio de perguntas breves. A triagem para uso de drogas é mais difícil do que a triagem para o uso de álcool ou tabaco, principalmente pela variedade de substâncias a serem avaliadas¹⁷. Usuários de drogas injetáveis devem ter sua avaliação imunitária para hepatites B e C, e vacinados para hepatite B caso não estejam imunes³.

FATORES DE RISCO NA IDADE AVANÇADA

A idade avançada caracteriza-se pela fragilidade funcional. Uma anamnese e exame físico cuidadosos devem atentar especialmente para as situações a seguir.

Polifarmácia

Uso de medicações numerosas e seus efeitos colaterais, especialmente de medicamentos que interfiram na cognição, associem-se a tonturas, sonolência e aumentem o risco de quedas³.

A otimização da terapia medicamentosa é uma parte essencial do cuidado de uma pessoa idosa. O processo de prescrição de um medicamento é complexo e inclui: decidir que um medicamento é indicado, escolher o melhor medicamento, determinar uma dose e um cronograma adequados ao estado fisiológico do paciente, monitorar a eficácia e toxicidade, educar o paciente sobre os efeitos colaterais esperados e indicações para

consulta. Uma abordagem gradual da prescrição para idosos deve incluir: revisão periódica da terapia medicamentosa atual, suspensão de medicamentos desnecessários; considerar estratégias alternativas não farmacológicas, considerar medicamentos alternativos mais seguros e utilizar a menor dose eficaz possível¹⁸.

Risco elevado de quedas (fraturas ósseas)

As quedas em idosos ocorrem comumente e são os principais fatores que ameaçam a independência nesta população. Como é o caso de muitas síndromes geriátricas, as quedas geralmente ocorrem quando deficiências em múltiplos domínios comprometem a capacidade compensatória do indivíduo¹⁹. Marcha hesitante; fraqueza muscular, especialmente de membros inferiores e quadril; uso de ansiolíticos ou hipnóticos; presença de objetos que obstaculizem o trânsito e uso de calçados inadequados são fatores de risco para quedas e consequentes fraturas ósseas³. Assim, todos os pacientes idosos (ou seus cuidadores) devem ser questionados pelo menos uma vez por ano sobre quedas, frequência de quedas e dificuldades na marcha ou equilíbrio. Para pessoas que relatam uma única queda, os déficits de marcha e equilíbrio devem ser avaliados como uma triagem para identificar indivíduos que podem se beneficiar de uma avaliação multifatorial de risco de queda. Uma avaliação multifatorial do risco de queda deve ser realizada para idosos residentes na comunidade que relatam quedas recorrentes (duas ou mais) ou que relatam dificuldades com marcha ou equilíbrio¹⁹. Recomenda-se que procurem atendimento médico ou compareçam ao pronto-socorro sempre que houver uma queda.

Além disso, a osteoporose é um importante fator de risco para fratura e recomenda-se avaliação, através da densitometria óssea (a cada 10 anos), em mulheres ≥ 65 anos; mulheres na pós-menopausa < 65 anos com fatores de risco para osteoporose (por exemplo, uso de corticosteroides, fumantes, excessivo consumo de álcool, portadoras de artrite reumatoide, fraturas prévias, baixo peso) e homens com manifestação clínica de baixa massa óssea, história de fratura por traumas leves e presença de fatores de risco para fratura (como terapia de privação androgênica para câncer de próstata, hipogonadismo, hiperparatireoidismo primário ou distúrbios intestinais)⁴.

Perda auditiva e visual

Problemas de audição e visão são mais comuns em indivíduos mais idosos. Recomenda-se que indivíduos ≥ 65 anos sejam avaliados, mesmo sem uma comprovação científica óbvia do benefício da detecção da deficiência³. Não são recomendados questionamentos simples sobre dificuldade ou não

do déficit visual ou auditivo, mas sim a aplicação de instrumentos com eficácia diagnóstica comprovada (por exemplo, carta de Snellen na detecção de erros de refração visual e catarata avançada e o inventário autoadministrado de deficiência auditiva para idosos composto por 10 itens)³.

Abuso

A forma de abuso mais comum é a negligência em prover suporte às atividades que o idoso não consegue mais realizar. Há outras formas de abuso, como a violência física, psicológica e financeira. O abuso é mais comum quando o cuidador sofre de dependência química ou de doenças psiquiátricas ou ainda quando a relação com o idoso era previamente conflituosa³. Um olhar atento do médico focado neste ponto pode detectar anormalidades de relacionamento que sugiram a presença de abuso nas relações.

REDUÇÃO DO RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Por se tratar da principal causa de morte e morbidade, a detecção precoce dos fatores de risco para a doença arterial coronariana e cerebral é de fundamental importância. Assim, pacientes com idade superior aos 20 anos devem ser submetidos a avaliação de risco cardiovascular a cada 3-5 anos^{4,20}. Atenção especial deve ser dada aos pacientes obesos e sedentários^{3,4}.

Inúmeros modelos de risco multivariados foram desenvolvidos a fim de estimar o risco cardiovascular em indivíduos assintomáticos e aparentemente saudáveis. Embora todas as ferramentas de avaliação de risco tenham vantagens e desvantagens, nenhuma ferramenta será apropriada para todos os pacientes^{4,21}. Alguns destes modelos (por exemplo, escore de risco de Framingham, SCORE, QRISK, QRISK2, MESA, ACC/AHA e escore de risco de Reynolds) estão largamente disponíveis na literatura médica e atribuem pontos aos fatores de risco (variáveis) como idade, nível de colesterol, tabagismo, nível de pressão arterial, gênero, presença de diabetes melito (DM), entre outros, visando estimar o risco individual (em porcentagem) de evento cardiovascular em um período definido (10 anos)^{4,21}.

Em jovens, uma estimativa de risco cardiovascular baixo em 10 anos pode não prever o risco ao longo da vida, pois um dos principais fatores de risco associado é a idade²¹. Pacientes com maior risco merecem maior atenção médica e maior insistência na correção dos fatores de risco modificáveis (dieta, tabagismo, hipertensão, dislipidemia, atividade física, obesidade, DM e uso excessivo de álcool)⁴.

A seguir, são descritas peculiaridades de cada um deles, em separado.

Dieta saudável

A alimentação saudável reduz significativamente o risco de doenças cardiovasculares. As recomendações são de uma dieta rica em frutas e vegetais (dieta do Mediterrâneo), fibras (cereais), ácidos graxos ômega-3 (peixes) e alimentos com baixo índice glicêmico e baixa carga glicêmica, além de preferência por gorduras monoinsaturadas às saturadas ou ácidos graxos *trans*^{3,22}.

Cessação do tabagismo

O tabagismo permanece como principal causa evitável de morte prematura e de morbidade, principalmente relacionado a doenças cardiovasculares e pulmonares (câncer, doença pulmonar obstrutiva cr nica). O risco cardiovascular é proporcional ao número de cigarros consumidos²³. O tabagismo também está associado com diversas outras condições como osteoporose, infecções, DM, disfunção erétil, infecção periodontal, aumento de risco perioperatório, além de mais de 10 tipos de neoplasias (além de pulmão) como cabeça e pescoço, es fago, colorretal, bexiga, dentre outras²³.

Os benefícios de cessar o uso de tabaco estão firmemente estabelecidos. Há importante redução do risco cardiovascular mesmo em indivíduos sem doença firmada. Após a cessat o do tabagismo, os riscos cardíacos associados começam a diminuir dentro de alguns meses, atingem maiores reduções apenas após vários anos e seguem diminuindo com o aumento do tempo desde a cessat o (Tabela 8)^{23,24}.

Tabela 8: Benefício da cessat o do tabagismo nas doenças cardiovasculares.

Síndromes coronarianas agudas ²⁴	Redução do risco de óbito (risco relativo) = 0,64 (95% CI 0,58-0,71)
Morte súbita ²⁵	Redução do risco em 17%
Acidente vascular encefálico ²⁶	Redução total do risco 2-4 anos após a cessat�o

As intervenções terapêuticas para auxiliar na cessat o do uso são: aconselhamento, terapia comportamental e farmacoterapia (reposição nicotínica, uso de bupropiona ou vareniclina).

Controle da pressão arterial

A hipertensão arterial sist mica (HAS)   quantitativamente o fator de risco mais importante para doença cardiovascular prematura; é mais comum do que o tabagismo, dislipidemia e diabetes, que são os outros principais fatores de

risco cardiovascular²⁷. É um importante fator de risco para acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, insuficiência renal, arteriopatia periférica obstrutiva, déficit cognitivo e morte precoce. O risco de doença coronariana e acidente vascular cerebral aumenta progressivamente com aumentos incrementais na pressão arterial acima de 115/75 mmHg²⁷. Usando dados de vários estudos, uma redução de 10 mmHg na pressão sistólica é projetada para produzir uma redução relativa de 26% no risco de acidente vascular cerebral, uma redução relativa de 16% no risco de doença coronariana e uma redução relativa de 26% no risco de insuficiência cardíaca²⁷.

A triagem de hipertensão é recomendada para adultos com mais de 18 anos de idade. Adultos com idade entre 18 e 39 anos sem pressão arterial elevada (ou seja, < 130/80 mmHg) e sem fatores de risco de doença cardiovascular devem ser rastreados a cada três a cinco anos⁴. Adultos com 40 anos ou mais e aqueles com alto risco de pressão alta (por exemplo, pacientes com pressão arterial diurna média de 130 a 139/80 a 89 mmHg, aqueles com sobrepeso ou obesidade e indivíduos afro-americanos) devem ser avaliados anualmente^{4,27}.

Quando diagnosticada a hipertensão, seu controle pode ser feito através da redução do peso, da realização de exercícios regularmente, da ingestão controlada de sal, da interrupção do tabagismo, redução da ingestão exagerada de álcool e do uso de medicações anti-hipertensivas.

Controle da dislipidemia

Recomenda-se que os pacientes com idades entre 17 e 21 anos sejam submetidos a triagem única para hiperlipidemia com dosagem de colesterol total e HDL-colesterol, pois não necessitam de jejum para avaliação⁴.

Para pacientes com triagem normal antes dos 21 anos que não são de alto risco, sugere-se a triagem para anormalidades lipídicas a partir dos 35 anos para homens e 45 para mulheres⁴. Para pacientes com triagem normal antes dos 21 anos que têm alto risco, sugere-se a triagem para anormalidades lipídicas a partir dos 25 anos para homens e 35 para mulheres⁴. Considera-se paciente de alto risco aquele com mais de um fator de risco (por exemplo, diabetes, hipertensão, tabagismo, histórico familiar) ou com um único fator de risco grave (por exemplo, vários irmãos com doença coronariana na faixa dos 40 anos ou um fumante)²⁸.

Em pacientes cujas medições de lipídios os colocam bem abaixo do limite para tratamento (incluindo modificação do estilo de vida ou modificação do estilo de vida mais terapia farmacológica), sugere-se repetir as medições a cada cinco anos. Em pacientes que fizeram múltiplas triagens lipídicas

com medidas aceitáveis, sugerimos interromper a triagem aos 65 anos. Nos casos em que são detectados níveis lipídicos alterados, estão indicados: dieta restrita, realização de atividade física, perda de peso (se apropriada) e uso de medicações hipolipemiantes (se apropriado).

Atividade física

Estima-se que até um terço das mortes por doenças cardiovasculares podem ser prevenidas por dieta saudável e atividade física regular⁴. Recomenda-se atividade física moderada durante 150 minutos na semana (30 minutos, no mínimo 4 vezes na semana) ou 75 minutos na semana se exercícios de alta intensidade. Mesmo exercícios leves, como uma caminhada diária de 20 minutos, são benéficos na redução do risco de doenças cardiovasculares⁴.

Perda de peso

É sugerido rastrear todos os pacientes para sobrepeso e obesidade por meio do índice de massa corporal (IMC), pois a obesidade aumenta outros fatores de risco cardiovasculares modificáveis (por exemplo, hipertensão arterial, dislipidemia e resistência insulínica)²⁰.

A definição de obesidade pode ser facilmente realizada através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) = peso (kg)/altura (m)³. Sugere-se medida da circunferência abdominal em indivíduos com IMC entre 25-35 kg/m² pois a adiposidade central (inferida pela medida da circunferência abdominal) se correlaciona, entre outras condições, com aumento no risco de hipertensão arterial sistêmica, DM, doença arterial coronariana e doença hepática gordurosa. Deve-se medir a circunferência no nível das cristas ilíacas, de pé. Considera-se aumentada quando ≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres. A obesidade, em geral, está associada ao aumento de doença cardíaca, hipertensão, DM, dislipidemia, acidente vascular cerebral, apneia do sono e neoplasias. As possíveis intervenções terapêuticas são: mudanças do estilo de vida (dieta e exercício), intervenção comportamental, uso de fármacos e cirurgia bariátrica^{20,29}.

Controle glicêmico no diabetes

O DM é uma das principais causas de doença e morte precoce e sua prevalência continua aumentando; ela aumenta o risco de dano tanto micro quanto macrovascular. Recomenda-se que a triagem seja realizada em todos os adultos com IMC ≥ 25 kg/m², que tenham ≥ 1 fator de risco para diabetes (história familiar de DM em parentes de primeiro grau, inatividade física habitual, história de doença cardiovascular, diabetes gestacional, hipertensão, dislipidemia ou outras condições clínicas associadas à resistência

insulínica)⁴. Nos demais casos, recomenda-se a triagem a partir dos 45 anos³⁰.

O diagnóstico de DM tipo I e II permite a instituição de medidas preventivas de complicações. O diagnóstico de DM tipo I é feito, geralmente, logo após sua instalação, pela intensidade do quadro clínico. Já no DM tipo II, embora possa ser suscitado devido a sintomas como poliúria e polidipsia, frequentemente é diagnosticado por exames glicêmicos alterados. O controle glicêmico com mudanças de estilo de vida (dieta, atividade física e perda de peso) e medicações reduz o risco de complicações cardiovasculares, renais, retinianas e neuropáticas. Os pacientes com DM estão mais sujeitos a complicações oculares – refrativas e microvasculares retinianas –, devendo, portanto, ser examinados regularmente. As complicações microcirculatórias retinianas podem ser minimizadas por fotocoagulação a laser.

Em resumo, do ponto de vista cardiovascular, quanto maior o risco do paciente, maior a necessidade de intervenção. Para pacientes com moderado a elevado risco (risco $\geq 20\%$ em 10 anos), três intervenções farmacológicas têm demonstrado redução significativa do risco: uso de anti-hipertensivos, de estatinas (redução do colesterol) e aspirina (antiplaquetário), esta última a ser individualizada^{4,31}.

AVALIAÇÃO DE DOENÇAS VASCULARES

Aneurisma de aorta abdominal (AAA)

Recomenda-se rastreio único com ecografia abdominal em homens de 65 a 75 anos que já fumaram ou que tenham um parente de primeiro grau que necessitou de reparo de um AAA ou morreu de um AAA rompido⁴.

Estenose de artéria carótida

Não se recomenda rastreio de estenose de artéria carótida com ecografia com *doppler* colorido em indivíduos assintomáticos^{3,4}. Preconiza-se, no entanto, a ausculta das carótidas nas consultas clínicas rotineiras.

Doença arterial periférica

Não sugerimos triagem para doença arterial periférica de rotina⁴.

PESQUISA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

São fatores de risco a serem considerados: juventude (15 a 24 anos de idade), não ser casado, novo parceiro sexual nos últimos dois meses, múltiplos

parceiros, história prévia de doença sexualmente transmissível (DST), abuso de drogas, viver em presídio ou abrigo de menores, encontrar parceiros através da internet, contato com profissionais do sexo.

Os agentes infecciosos mais comuns e que merecem investigação são: HIV (vírus da imunodeficiência adquirida), gonorreia, hepatites B e C, clamídia, HPV (papilomavírus humano), tricomoniase, sífilis e herpes simples 1 e 2³.

Recomendações de triagem:

Clamídia

Mulheres sexualmente ativas entre 15 e 25 anos e mulheres com comportamento de risco: história de clamídia anterior ou outra infecção sexualmente transmissível, parceiros sexuais novos ou múltiplos, parceiro sexual com parceiros simultâneos, parceiro sexual com infecção sexualmente transmissível ou troca de sexo por drogas ou dinheiro⁴. Também sugerimos a triagem de homens em populações de alto risco (homens que frequentam clínicas para infecções sexualmente transmissíveis, homens que fazem sexo com homens ou homens em instalações correcionais⁴).

Gonorreia

A triagem de rotina deve ser oferecida a pacientes sexualmente ativos com alto risco de infecção: pessoas infectadas pelo HIV; mulheres sexualmente ativas < 25 anos; indivíduos com novos ou muitos parceiros sexuais; homens que fazem sexo com homens; indivíduos sexualmente ativos que vivem em áreas de alta prevalência de *Neisseria gonorrhoeae*; indivíduos com histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis e mulheres ≤ 35 anos e homens ≤ 30 anos entrando em estabelecimentos correcionais, na admissão⁴.

Hepatite B

Pacientes de alto risco: pessoas nascidas em países com prevalência de HBV $\geq 2\%$; gestantes; pacientes que requerem terapia imunossupressora; doadores de sangue, plasma, órgãos, tecidos ou sêmen; indivíduos com infecção pelo vírus da hepatite C ou HIV; pessoas que já injetaram drogas; homens que fazem sexo com homens; indivíduos com múltiplos parceiros sexuais e/ou histórico de doenças sexualmente transmissíveis; pacientes com doença renal em estágio terminal e reclusos de estabelecimentos correcionais⁴.

Hepatite C

Usuários (ou parceiros) de drogas injetáveis e indivíduos que tenham recebido hemoderivados antes de 1992.

Vírus do HIV

Indivíduos entre 15 e 75 anos, indivíduos com comportamento de risco e gestantes⁴.

Sífilis

Recomenda-se a triagem em pacientes considerados de alto risco: homens que fazem sexo com homens; presos; pessoas com múltiplos parceiros sexuais; pacientes com outra doença sexualmente transmissível e pacientes infectados pelo HIV que são sexualmente ativos⁴.

CONCLUSÃO

Verificações gerais de saúde, também conhecidas como exames médicos gerais, avaliações periódicas de saúde, exames, visitas de rotina ou visitas de bem-estar, são comumente realizadas na atenção primária de adultos para identificar e prevenir doenças. Os dados anteriormente descritos demonstram que, para algumas doenças prevalentes, as ações parecem trazer benefícios com relação a detecção precoce, tratamento e redução da mortalidade.

REFERÊNCIAS

- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004;291(10):1238-45.
- Mechanick JL, Kushner RF. Why lifestyle medicine? In: Mechanick JL, Kushner RF, editores. *Lifestyle Medicine – a manual for clinical practice*. New York: Springer; 2016. p. 1-8.
- Boulware LE, Barnes GJ, Wilson RF, Phillips K, Maynor K, Hwang C, et al. Value of the periodic health evaluation. *Evid Rep Technol Asses*. 2006;136:1-134.
- Viera AJ. *Overview of preventive care in adults* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 13 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-preventive-care-in-adults>
- Ezzati M, Riboli E. Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. *N Engl J Med*. 2013;369(10):954-64.
- Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General health-checks in adult primary care: a review. *JAMA*. 2021;325(22):2294-306.
- Elmore JG, Lee CI. *Screening for breast cancer: strategies and recommendations* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 1 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-breast-cancer-strategies-and-recommendations>
- Feldman S, Goodman A, Peipert JF. *Screening for cervical cancer in resource-rich settings* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 5 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer-in-resource-rich-settings>
- Denny L. *Screening for cervical cancer in resource-limited settings* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 1 jun 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer-in-resource-limited-settings?search=screening-for-cervical-cancer-in-resource-rich-settings%3F&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
- Doubeni C. *Tests for screening for colorectal cancer* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 5 jun 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/tests-for-screening-for-colorectal-cancer?search=Screening%20for%20colorectal%20cancer&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Doubeni C. *Screening for colorectal cancer: strategies in patients at average risk* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 14 jun 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-strategies-in-patients-at-average-risk?search=Screening%20for%20colorectal%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Deffebach ME, Humphrey L. *Screening for lung cancer* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 15 jun 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lung-cancer?search=Screening%20for%20lung%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Preston MA. *Screening for prostate cancer* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 10 jun 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer?search=Screening%20for%20prostate%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Geller AC, Swetter S. *Screening for melanoma in adults and adolescents* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 9 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-melanoma-in-adults-and-adolescents>
- Lin JS, Eder M, Weinmann S. Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011;154(3):190-201.
- Williams J, Nieuwsma J. *Screening for depression in adults* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 20 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>
- Saxon AJ. *Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs in primary care* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 23 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-unhealthy-use-of-alcohol-and-other-drugs-in-primary-care>
- Rochon PA. *Drug prescribing for older adults* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 14 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>
- Kiel DP. *Falls in older persons: risk factors and patient evaluation* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 15 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation>

- em: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation>
20. Hennekens CH. *Overview of primary prevention of cardiovascular disease* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 24 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-primary-prevention-of-cardiovascular-disease>
21. Wilson PWF. *Cardiovascular disease risk assessment for primary prevention: risk calculators* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 8 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-disease-risk-assessment-for-primary-prevention-risk-calculators>
22. Colditz GA. *Healthy diet in adults* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 24 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/healthy-diet-in-adults>
23. Jackson E. *Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 25 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risk-of-smoking-and-benefits-of-smoking-cessation>
24. Rigotti NA. *Overview of smoking cessation management in adults* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 25 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-smoking-cessation-management-in-adults>
25. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
26. Hurt RD, Weston SA, Ebbert JO, McNallan SM, Croghan IT, Schroeder DR, et al. Myocardial infarction and sudden cardiac death in Olmsted County, Minnesota, before and after smoke-free workplace laws. *Arch Intern Med*. 2012;172(21):1635-41.
27. Bloch MJ, Basile J. *Cardiovascular risks of hypertension* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 8 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risks-of-hypertension?search=Cardiovascular%20risks%20of%20>
28. Vijan S. *Screening for lipid disorders in adults* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 26 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lipid-disorders-in-adults>
29. Perreault L, Apovian C. *Obesity in adults: overview of management* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 25 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-overview-of-management>
30. Hayward RA, Selvin E. *Screening for type 2 diabetes mellitus* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 26 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-type-2-diabetes-mellitus>
31. Spencer FA, Guyatt G, Tampi M, Golemic B. *Aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease and cancer* [Internet]. Waltham: Up-to-Date; 2022 [citado em 26 jun 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/aspirin-in-the-primary-prevention-of-cardiovascular-disease-and-cancer>

Recebido: 23 Dez, 2022

Aceito: 28 Jul, 2023