UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Ariane Maria Carmelin

Recomendações para avaliação de doenças em idosos assintomáticos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação Profissional em Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Adjunto Paulo José Fortes Villas Boas

Botucatu
2019

Ariane Maria Carmelin

Recomendações para avaliação de doenças em idosos assintomáticos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação Profissional em Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Adjunto *Paulo José Fortes Villas Boas*

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Carmelin, Ariane Maria.
Recomendações para avaliação de doenças em idosos assintomáticos / Ariane Maria Carmelin. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Paulo José Fortes Villas Boas
Capes: 40101002

1. Idoso. 2. Prevenção de doenças. 3. Guia de prática clínica.

Palavras-chave: guia de prática clínica; idoso; prevenção de doenças.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os idosos e profissionais de saúde responsáveis pelos seus cuidados.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas pelos ensinamentos, paciência e cuidado.

A minha família, meus pais Célio e Celina, e meu irmão Célio Júnior pelo apoio incondicional.

A minha avó Carolina, por me inspirar ao ser exemplo de força e coragem.

Ao meu namorado Felipe, meu porto seguro e exemplo de determinação, e sua família, minha sogra Elaine e meu cunhado Henrique, pelo carinho e acolhida.

Ao meu amigo Nino, por ser meu refúgio e alegria.

As minhas amigas Juliana, Pâmella e Natália, parceiras de toda a vida.

A minha escola Faculdade de Medicina de Botucatu, onde aprendi tudo o que sei sobre medicina, e muito sobre a vida. Para sempre meu orgulho.

Aos professores de Graduação e Residência Médica, por serem inspiração para o constante aprendizado.

Aos pacientes que me inspiraram a realizar este trabalho, que seja útil aos profissionais de saúde.

E principalmente a Deus e minha nossa Senhora Aparecida, que me guiaram pelos caminhos da luz e me abençoaram com o ofício da medicina e a realização de muitos sonhos.

Sumário

Resumo 1
Abstract 4
1. Introdução 7
2. Objetivos 17
2.1 Objetivo principal 18
2.2 Objetivo secundário 18
3. Metodologia 19
4. Resultados 23
5. Discussão 70
6. Conclusões 76
7. Referências Bibliográficas 78
8. Anexos 98

Abreviações

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

ANTI-HCV: Hepatitis C Virus

ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde

AUDIT- C: Alcohol Use Disorders Identification Test–Consumption

AVC: Acidente Vascular Encefálico

BRCA 1 e 2: genes humanos que produzem proteínas supressoras de tumor. Estes genes, quando mutados, estão relacionados ao surgimento de câncer de mama.

CA-125: Cancer antigen 125

CAC: Coronary artery calcium

CAGE: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

CF: Capacidade Funcional

CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

DAOP: Doença arterial obstrutiva periférica

DCV: Doença Cardiovascular

DM: Diabetes Mellitus

DXA: Densitometria por dupla emissão de raios-X

ECG: Eletrocardiograma

ELSI-Brasil: Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros

EPC: Evidence- based Pratice Centers

EUA: Estados Unidos da América

FIBRA: Estudo brasileiro do ano de 2013, refere-se ao acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros.

FRAX: Fracture Risk Assessment Tool

FTA-ABS: Fluorescent treponemal antibody absorbtion

G: Gramas

GRADE: Grading of Recommendatons Assessment, Development and Evaluaton

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

HBV: Hepatitis B Virus

HBsAg: Surface antigen the hepatites B virus

HCV: Hepatitis C Virus

HIV: Human immunodeficiency virus

HPV: Human Papiloma Virus

hrHPV: High Risk HPV

hsCRP: high-sensitivity C-reactive protein

HSV: Herpes Simplex Virus

HSV-1 e HSV-2: Subtipos 1 e 2 do HSV

IGRA: Interferon-gamma release assay

INCA: Instituto Nacional do Câncer

ITB: Índice Tornozelo-Braquial

NAAT: Nuclei acid amplification test

NGC: National Guideline Clearing House

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NIAAA: National Institute on Alcohol and Alcoholism

NQMC: National Quality Measures Clearing House

PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PHQ: Patient Health Questionnaire

PSA: Prostate-Specific Antigen

SABE: Projeto Saúde, bem-estar e envelhecimento, estudo realizado no ano de 2013 no município de São Paulo.

SAOS: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SASQ: Single Alcohol Screening Question

SUS: Sistema Único de Saúde

TSH: Thyroid Stimulant Hormone

TST: Mantoux tuberculin test

TTPA test: *Treponema pallidum* particle aglutination test

USPSTF: United States Preventive Services Task Force

Resumo

Introdução: A população mundial de idosos vem crescendo mais rapidamente do que todos os outros grupos etários, demandando condições específicas para os seus cuidados, com recomendações bem estabelecidas. Recomendações de qualidade são essenciais para nortear o profissional de saúde, por isso, a United States Preventive Services Task Force (USPSTF) atua desde 1984 produzindo recomendações de qualidade científica para rastreio de doenças, com base no sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) de força de recomendação. No Brasil, o Ministério da Saúde tem publicado PCDTs (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) sobre algumas condições clínicas, e as Sociedades Médicas produzem diretrizes sobre doenças específicas, mas ainda não há manuais organizados de recomendações clínicas. Recomendações com diretrizes clínicas de confiança devem ser a base para melhorar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde.

Objetivos: Revisão das recomendações da United States Preventive Services Task Force (USPSTF) destinadas ao rastreio das condições clínicas prevalentes da população idosa e comparação com recomendações desenvolvidas as Sociedades Científicas Brasileiras reconhecidas pela Associação Médica Brasileira, para produção de manual de rastreio clínico em idosos assintomáticos.

Metodologia: Estudo descritivo, tendo como base principal as recomendações da USPSTF e consensos publicados pelas Sociedades Científicas Brasileiras e de órgãos governamentais do Brasil. As recomendações da USPSTF são divididas de acordo com o sistema GRADE, cujos graus são: A. certeza de benefício substancial; B. certeza de benefício ao menos moderado; C. pelo menos moderada certeza de que o benefício é pequeno; D. grande certeza de que não há benefício; I. evidências são insuficientes para recomendação. Os critérios para escolha dos tópicos foram: constituir condição clínica prevalente no idoso e população assintomática; importância para a saúde pública; potencial de a recomendação afetar a prática clínica; surgimento de novas recomendações que possam alterações das prévias.

Resultados: Foram levantados 55 tópicos de acordo com os critérios estabelecidos, sendo excluídos 10 (5 referentes a recomendações de aconselhamento e 5 de uso de medicações), resultando em 45 tópicos finais, com 53 recomendações. O ano de maior número de publicação de recomendações foi 2016 (n=9; 20%), e no período

a partir de 2014, foram publicadas 31 recomendações (68,9%). Do total de 53 condições clínicas, o grau de recomendação (GRADE) prevalente foi I (41,5%), e a soma das recomendações A e B foi de 32%. Observa-se que, entre as recomendações mais recentes (2017 e 2018; n=13), 61% são de grau I (n=8). Houve 44 posicionamentos das entidades brasileiras, sendo o Ministério da Saúde a instituição com maior número de recomendações (n=17; 31,8%). Há 11 tópicos sem recomendações nacionais (24,4%).

Conclusão: Observa-se que a maioria das recomendações são dos últimos 5 anos e 32% mostram benefício moderado ou substancial (Graus A e B). A maioria das recomendações mais recentes ainda apresentam grau I. Há escassez de recomendações nacionais atualizadas, refletindo necessidade da elaboração de recomendações nacionais. Todas as recomendações devem levar em conta o contexto epidemiológico e individual do paciente idoso. Em idosos saudáveis, a ênfase deve ser na promoção de saúde e em atividades de prevenção de doenças. Por outro lado, idosos mais frágeis requerem avaliação mais ampla e especializada.

Palavras-chave: Idoso; Prevenção de doenças; Guia de prática clínica.

Abstract

Introduction: World elderly population is growing faster than any other age group, requiring specific care conditions. Recommendations of good quality are essential for health professionals in clinical practice, and the use of science-based references is the main goal. The United States Preventive Services Task Force (USPSTF) works since 1984 producing evidence-based recommendations for disease screening, based on GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) system to evaluate the strength of evidence. In Brazil, the Ministry of Health has been publishing the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT, in Portuguese) about some clinical conditions, and Medical Associations has been working on some guidelines about specific diseases, but the country still lacks organized clinical recommendations. Good quality, evidence-based recommendations must be the base to improve the quality and safety of health systems.

Objectives: USPSTF clinical recommendations review of elderly prevalent diseases and comparison with Brazillian recommendations produced by national entities, with the purpose of elaborating a screening manual for asymptomatic elderly.

Methodology: The research was a review of USPSTF recommendations and guidelines published by Brazilian Medical Associations and governmental entities. The USPSTF recommendations are classified according to the GRADE system, and the grades are: A. certainty of substantial benefit; B. certainty of benefit at least moderate; C. at least moderate certainty that the net benefit is small; D. high certainty that there is no benefit; I. evidence is insufficient to recommend. The topic selection criteria were the same as USPSTF criteria and new ones defined by the authors: public health importance of the disease; potencial to affect clinical practice; new evidence that has the potential to change the prior recommendation; being a prevalent condition for aged people and the population of interest must be asymptomatic.

Results: 55 topics were selected by defined criteria, 10 were excluded (5 refer to counseling recommendations and 5 refer to preventive medication), resulting in 45 final topics, with a total of 53 recommendations. The year of the greatest number of recommendations was 2016 (n=9; 20%), and between the period from 2014 to 2018, there were 31 recommendations (68,9%). From the total of 53

recommendations, the prevalent grade was I (41,5%), and the sum of A and B grades was 32%. There were 44 Brazillian entities positionings, with the Ministry of Health being the institution with the highest number of recommendations (n=17; 31,8%). Between the most recent recommendations (2017 and 2018; n=13), 61% have received an I statement (n=8). There are 11 topics without any national recommendations (24,4%).

Conclusion: Most of the recommendations come from the last five years, and 32% of them show moderate to substantial benefit (GRADE A and B). The majority of the recommendations are classified with an I statement. Brazillian updated recommendations are lacking, show the need to elaborate more national recommendations. All recommendations must take into account the epidemiologic context and the individuality of the aged patient. Between healthy elderly, health promotion and preventive activities must be the priorities. On the other hand, frail elderly must be specially and broadly assessed.

Keywords: Aged; Disease Prevention; Practice Guideline.

1. Introdução

Mundialmente, a população de idosos (indivíduos de 60 anos ou mais, pelo Estatuto do Idoso[1], Política Nacional do Idoso[2], e Organização Mundial de Saúde[3] para os países em desenvolvimento), está crescendo mais rápido do que todos os outros grupos etários[4].

De acordo com o documento World Populations Prospects das Nações Unidas, em 2017, a estimativa era de que os idosos seriam de 962 milhões de pessoas em todo o mundo, refletindo cerca de 13% da população mundial. As projeções futuras são de que, até 2050, todas as regiões do mundo, exceto pela África, apresentem cerca de um quarto do total de habitantes representado por idosos e, até 2100, os números devem triplicar. Para aqueles com 80 anos ou mais, a expectativa é de que os valores tripliquem até 2050.

No Brasil, seguindo a evolução mundial, observa-se tendência de envelhecimento demográfico, que corresponde ao aumento da participação percentual dos idosos na população geral, com consequente diminuição dos demais grupos etários[5]. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2015, a população total do país foi de cerca de 204,9 milhões de pessoas, com crescimento anual de cerca de 1% no período de 2005 a 2015, sendo o Brasil o quinto país em número de população[4]. A proporção de idosos de 60 anos ou mais passou de 9,8% para 14,3%[5] no mesmo período, aproximando-se de proporções encontradas em países desenvolvidos.

Diante deste panorama demográfico, é inegável a importância crescente deste grupo etário na sociedade. Isso reflete a necessidade do estabelecimento de políticas de saúde que contemplem o idoso, envolvendo prevenção, tratamento e promoção da qualidade de vida.

Para isso, alguns estudos populacionais (como o estudo FIBRA[6], o estudo SABE[7] e o estudo ELSI-Brasil[8]) têm surgido com o intuito de retratar as características da população idosa e, com dados epidemiológicos relevantes, são abordados os determinantes sociais e biológicos do envelhecimento, além de preditores de fragilidade, através do que será possível intervir visando melhorias em saúde pública.

No Brasil, o estudo ELSI-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros), realizado com dados do Censo Demográfico de 2010 e conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicou em

2018 os resultados do estudo longitudinal realizado com base nas características demográficas da população de 50 anos ou mais[8]. Utilizando amostra populacional de 10.000 pessoas de 70 municípios das diferentes regiões do país, o estudo integra uma rede internacional de grandes estudos longitudinais sobre o envelhecimento.

Entre os dados mais importantes, estão a avaliação da multimorbidade (neste estudo, descrita como presença ≥ 2 da população de 50 anos ou mais, em concordância com outras referências como o guideline do National Institute for Health and Care Excellence - NICE[9]), através do questionamento dos próprios indivíduos sobre a ocorrência de diversas condições clínicas. Mostrou-se, então, o aumento do número de morbidades de acordo com a idade, sendo a média de 2,66 morbidades por indivíduo, e as condições clínicas mais frequentes foram hipertensão arterial (52,2%), problemas de coluna (40,8%) e colesterol elevado (30,5%)[10].

De acordo com o estudo SABE, de 2013, também foram realizados questionários para avaliação do estado de saúde dos idosos do município de São Paulo. As auto-avaliações de saúde mostram que 53,8% dos entrevistados consideraram a sua saúde regular ou má. Dentre as doenças mais freqüentes estavam a hipertensão (53,3%), artrite/artrose/reumatismo, 31,7% e diabetes, 17,9%[7].

Ainda, de acordo com os dados do último censo populacional do Brasil, em 2010, havia 39 milhões de pessoas com 50 anos ou mais, sendo que 26 milhões de pessoas possuíam 2 ou mais doenças[10], o que revela o volume expressivo de indivíduos desta faixa etária que necessitam de cuidados de saúde.

Estes dados refletem a importância do estabelecimento de medidas de rastreio das doenças prevalentes, muitas vezes não diagnosticadas, para adequado diagnóstico e tratamento em tempo hábil, quando necessário.

Como mostram os dados de 2013 do Ministério da Saúde, entre as principais causas de mortalidade entre os idosos jovens (de 60 a 69 anos) estão as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões, enquanto que para idosos de 80 anos ou mais, predominam as doenças cerebrovasculares, pneumonias e doenças isquêmicas do coração, em ordem de maior frequência[11].

De acordo com estas informações epidemiológicas, fica clara a necessidade de alocação de recursos para políticas de saúde prioritárias, principalmente em termos de prevenção e diagnóstico de doenças. Entre os objetivos da Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, apoiada por 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas, estão a garantia de uma vida saudável e a promoção do bem-estar de pessoas de todas as idades[12]. Assim, é direito de todos o acesso à saúde.

Para isso, além da identificação dos fatores de risco para as principais condições clínicas, se faz necessária a transição do modelo assistencial de saúde para o modelo de prevenção[13], incluindo acesso a informação de qualidade sobre rastreio de doenças para o paciente para o profissional de saúde, facilitando a decisão clínica.

A prevenção, de modo geral, constitui-se como todo ato que tem impacto na redução de mortalidade e morbidade[14], e o rastreio de doenças constitui-se como importante ferramenta para tal.

O rastreamento pode ser definido pela aplicação de testes ou procedimentos diagnósticos em pacientes assintomáticos com o objetivo de diagnóstico precoce, tendo como finalidade principal a redução da morbidade e da mortalidade[15].

Além disso, ao se utilizar um procedimento de rastreio baseado em boas evidências, com definições adequadas de grupos de risco e correta indicação de exames e protocolos, podem ser evitados exames desnecessários e dispendiosos ao sistema de saúde, bem como evitar o risco de iatrogenia ao se indicar testes diagnósticos supérfluos para pacientes com baixo risco de doença.

Particularmente em relação ao paciente idoso, os riscos de falsos positivos, com consequente tratamento passível de efeitos colaterais, podem ser fatais. Assim, sempre se deve levar em conta as considerações clínicas de cada faixa etária, estado funcional, condição social e outras variáveis, analisando os riscos e benefícios de toda intervenção, evitando-se os rastreamentos populacionais realizados de modo automático sem se levar em conta a individualidade de cada paciente.

Por isso, as Sociedades Científicas Médicas e Organizações suportadas por instituições governamentais têm investido na pesquisa e publicação de

diretrizes clínicas para orientação dos profissionais de saúde durante o atendimento clínico.

De acordo com o Institute of Medicine, diretrizes clínicas são "definições desenvolvidas sistematicamente para auxiliar o profissional e o paciente nas decisões acerca dos cuidados em saúde apropriados para situações clínicas específicas". Desempenham um papel importante na formação de políticas de saúde e evoluíram para abranger tópicos em todo o processo de cuidados de saúde, visando a promoção da saúde.[16]

Para isso, devem ser utilizadas referências de qualidade, livres de conflitos de interesse, que gerem confiança para os profissionais que farão uso das recomendações[17].

Devido ao grande volume e variabilidade na qualidade das informações científicas atualmente, essas diretrizes devem facilitar o acesso à informação e sugerir recomendações baseadas nos resultados de múltiplas fontes, fornecendo subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor[17].

Neste sentido, surgem as organizações de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). As ATS têm se consolidado como prática científica e tecnológica ao redor do mundo, atuando de forma a produzir conhecimento e como política de saúde de grande importância[18]. Seu objetivo é verificar se uma determinada tecnologia, intervenção ou recomendação é segura, eficaz e economicamente atrativa em comparação a outras alternativas[19].

As ATS estão bem estabelecidas em países desenvolvidos e apresentam instalação mais recente em países em desenvolvimento, como no Brasil, quando datam da década de 80, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)[20].

Nos Estados Unidos, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) é a agência governamental responsável pelo desenvolvimento e financiamento das ATS, cujo objetivo constitui-se, dentre outros, em produzir evidências científicas de qualidade e acessíveis para o sistema de saúde, fornecendo informações que auxiliem os profissionais na tomada de decisões e no cuidado ao paciente[21].

É responsável pela avaliação das recomendações e diretrizes publicadas pelas Sociedades Médicas e Científicas daquele país, bem como de outras

organizações como a United States Preventive Services Task Force (USPSTF) garantindo a segurança e a confiabilidade das informações veiculadas.

Para a produção de uma diretriz, consenso ou recomendação, a AHRQ atua através da National Guideline Clearing House (NGC) e da National Quality Measures Clearing House (NQMC), estabelecendo definições e critérios de inclusão para a publicação, que garantam sua qualidade.

Os critérios básicos são: o guideline deve conter recomendações sistematicamente desenvolvidas para otimizar o cuidado ao paciente; deve ser produzido sob supervisão de organizações, sociedades ou agências compostas por profissionais especializados; e deve ser baseado em informações de revisões sistemáticas, devendo conter informações sobre riscos e benefícios[22].

Seguindo esses critérios, e sob supervisão da AHRQ desde 1998, a USPSTF desenvolve e publica suas recomendações sistematicamente. Criada em 1984, é uma organização independente, composta por especialistas voluntários das diversas áreas da medicina, que tem como objetivo produzir recomendações baseadas nas melhores evidências científicas para rastreio de doenças, aconselhamento e uso de medicações preventivas. Não há participação financeira de nenhuma natureza, sendo fomentada pela AHRQ, sendo livre de conflitos de interesse de ordem econômica.

A USPSTF divide as condições clínicas por faixa etária e as classifica de acordo com o sistema GRADE (Grading of Recommendatons Assessment, Development and Evaluaton) de força de recomendação, fornece informações para pacientes assintomáticos, passíveis de uso na atenção primária, para profissionais que desejem referências de confiança para seus pacientes, ou até mesmo para gestores de saúde[23].

Para produção de suas recomendações, a USPSTF convoca reuniões três vezes por ano, com seus 16 membros, nomeados através de comprovação de suas qualificações, experiência na área e idoneidade. São utilizados protocolos bem definidos para a escolha dos tópicos e condições clínicas e esclarecimento da possibilidade de conflitos de interesse, sendo excluído o membro ou recomendação que declarar viés desta natureza.

Para a geração da recomendação em si, são utilizados como base principal de pesquisa as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados

conduzidos pelos Centros de Medicina Baseada em Evidência (Evidence- based Pratice Centers - EPC), definidos e fiscalizados pela AHRQ, garantindo a qualidade da base de dados e informações geradas, em acordo com a hierarquia das evidências científicas[24].

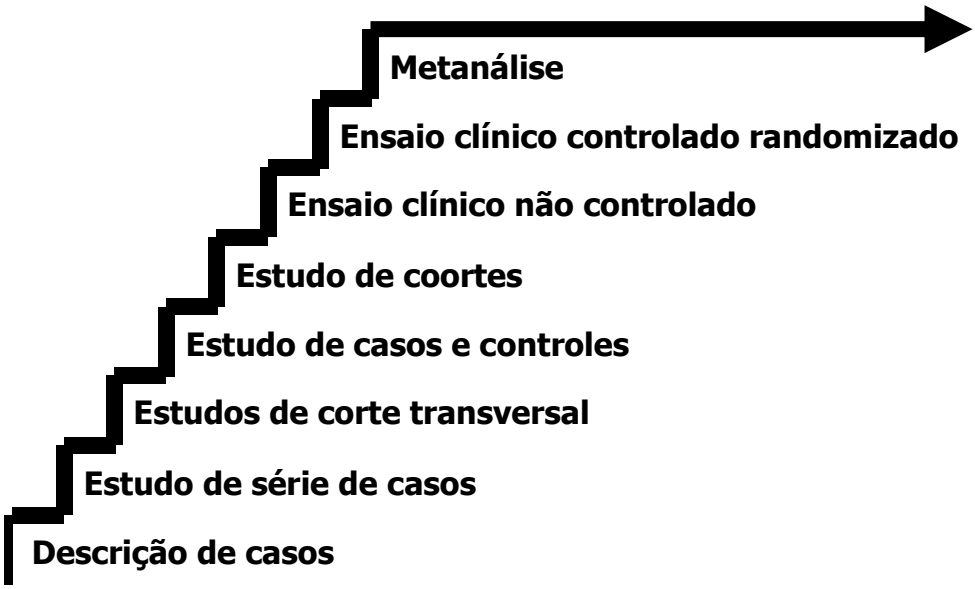


Figura 1. Hierarquia das evidências científicas.

A escolha de tópicos segue os critérios definidos pelo grupo. Todos os tópicos devem focar em população assintomática, visando um serviço preventivo, de rastreio, aconselhamento ou uso de medicação.

Os critérios para inclusão de um tópico são:

1. Constituir assunto de relevância para a saúde pública;
2. Possuir o potencial de a recomendação afetar positivamente a prática clínica;
3. Constituir-se de novas evidências capazes de atualizar recomendações anteriormente realizadas;
4. Não interferir com outras recomendações já realizadas ou em andamento no grupo de trabalho da USPSTF, sendo colocadas em votação as novas sugestões de tópicos[25].

Após a escolha de tópicos, a realização do plano de pesquisa e o aprofundamento de buscas com avaliação das melhores evidências através das revisões sistemáticas realizadas pelos centros apoiados pela AHRQ, os membros se reúnem para realização das buscas, além dos resultados das revisões sistemáticas

realizadas pelos EPCs, também na busca em bases de dados por metanálises de qualidade e outros artigos, que sejam capazes de acrescentar dados e enriquecer a evidência científica.

As buscas são realizadas em bases dados, com a estratégia de busca definida para cada tópico de interesse, como: Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessment Database (United Kingdom), National Institute for Health and Care Excellence (United Kingdom), Institute of Medicine, PubMed e outras bases de dados específicas, quando necessário. Também são realizadas buscas em bases de registro de estudos para garantir a qualidade das revisões sistemáticas, checando-se a possibilidade de estudos em andamento[26].

Posteriormente realiza-se, ainda, a avaliação das validades interna e externa dos estudos, revisão dos dados, avaliação de riscos e benefícios das recomendações, gerando uma recomendação teste que é publicada no website da USPSTF por 4 semanas, para consulta pública.

Após esse período, é realizada nova revisão e, finalmente, a recomendação final pode ser publicada. Juntamente com cada tópico e força de recomendação pelo GRADE, são descritas as considerações clínicas, a base lógica da recomendação, discussão e as recomendações de outras Sociedades Médicas, juntamente com a modificação em relação à recomendação prévia, facilitando a atualização do profissional[23].

Tendo em vista o trabalho da USPSTF na produção de recomendações, através da vigilância e promoção da ATS do mesmo país, e as condições supracitadas de desenvolvimento populacional que demandam atividades de promoção à saúde que incluam a população idosa, fica clara a necessidade da produção de materiais semelhantes em âmbito nacional.

No Brasil, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) atua desde 2011 dispondo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no SUS, incluindo a avaliação de protocolos e recomendações[27].

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos produzidos pela CONITEC que estabelecem critérios para o diagnóstico de doenças, tratamento, mecanismos de controle clínico, acompanhamento e

verificação de resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS. São publicações produzidas pela Comissão especializada da CONITEC, evolvendo profissionais de saúde, instituições de saúde e universidades, que seguem as Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde[28].

Por isso, são recomendações baseadas em evidências científicas de qualidade, que levam em conta critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. Além disso, a recomendação também passa pro processo de consulta pública, facilitando a participação popular.

A atualização destas recomendações costuma ocorrer a cada 2 anos, ou sempre que houver alterações importantes, e também podem ser realizadas adaptações de recomendações clínicas já realizadas em outros países, através de adaptação ao contexto nacional e validação no Brasil[28].

Também foram produzidos, em forma de manual de fácil consulta, diversos Cadernos de Atenção Básica, disponíveis no website do Ministério da Saúde[29], através do que é possível acessar recomendações do Ministério da Saúde sobre determinadas condições clínicas, como rastreamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus, uso abusivo de álcool, entre outras.

Ainda assim, as recomendações presentes nos PCDTs e outros manuais do Ministério da Saúde não englobam todas as condições clínicas de maior relevância na atualidade e muitas vezes não apresentam, de forma clara, definições com relação a faixa etária ou recomendações de rastreio para pacientes assintomáticos, carecendo assim, de informações sobre riscos e benefícios de determinadas intervenções.

A produção de recomendações enfrenta algumas barreiras, como o surgimento constante de novas evidências científicas que modificam as publicações prévias, e a ausência de pacientes maiores de 75 anos incluídos nos estudos, dificultando as recomendações para esta faixa etária[15]. Dada a alteração demográfica descrita inicialmente, faz-se necessário o surgimento de produções que orientem o cuidado destes pacientes.

Este processo ainda está em desenvolvimento no Brasil e busca pela instalação de programas organizados de rastreio[14] a serem implantados paulatinamente no SUS, sob supervisão da ATS. No entanto, ainda faltam manuais

e recomendações de qualidade e de fácil acesso que englobem a maioria das condições clínicas mais frequentes no Brasil.

As recomendações com diretrizes clínicas de confiança devem ser a base para melhorar a qualidade e a segurança do serviço de saúde, pois podem indicar as intervenções que oferecem maior benefício e menor probabilidade de danos à saúde, podendo gerar ainda maior eficiência na alocação de recursos a longo prazo[17].

Assim, este estudo se justifica pela tendência epidemiológica atual de envelhecimento populacional e a premente necessidade de recomendações clínicas com base em evidências científicas de qualidade que englobem a população idosa, fornecendo publicações de qualidade que auxiliem o profissional de saúde na tomada de decisão clínica.

Deve-se, no entanto, levar em conta as condições epidemiológicas locais e individuais do paciente, bem como o surgimento constante de novas evidências científicas ao fazer uso destas recomendações. Algumas recomendações da USPSTF são importantes na abordagem clínica do paciente idoso, porém, isoladamente, não são suficientes para esgotar a complexidade da avaliação do paciente geriátrico.

Além disso, é de suma importância levar em conta, no contexto do paciente geriátrico, a capacidade funcional, tendo em vista que a perda de função é um dos principais preditores para mortalidade[30].

As orientações apresentadas refletem as referências clínicas existentes no momento da revisão. Porém, devem ser usadas com o claro entendimento de que a pesquisa continuada pode resultar em novos conhecimentos e, consequentemente, gerar a necessidade de atualizações.

2. Objetivos

2.1 Objetivo principal

Levantamento das recomendações da USPSTF destinadas ao rastreio das condições clínicas prevalentes da população idosa e comparação com recomendações de outras entidades internacionais e nacionais.

2.2 Objetivo secundário

Produção de manual de rastreio clínico, tendo como base principal as recomendações da USPSTF com a finalidade de auxiliar no diagnóstico e prevenção de doenças em idosos.

3. Metodologia

Foi realizado estudo descritivo de revisão das recomendações da United States Preventive Services Task Force (USPSTF), sendo também utilizados os consensos e diretrizes publicados pelas Sociedades Científicas Brasileiras reconhecidas pela Associação Médica Brasileira e as recomendações de outros órgãos governamentais do Brasil, tendo como objetivos a revisão das recomendações da USPSTF e a construção de manual de recomendações de rastreio clínico para idosos assintomáticos.

Inicialmente, foi realizada a busca na plataforma digital da USPSTF, através do endereço digital https://www.uspreventiveservicestaskforce.org. Neste site, encontram-se as recomendações finais da entidade, divididas por tópicos que se referem a doenças de relevância clínica de acordo com a população de interesse, e as recomendações de outras Sociedades Médicas Científicas Internacionais, atualizadas até a data de publicação da recomendação.

A seleção das condições clínicas seguiu os mesmos critérios utilizados pela USPSTF para a escolha dos tópicos e suas recomendações, levando-se em conta a importância epidemiológica e a relevância clínica, sendo eles:

1. constituir-se como condição clínica de importância para a saúde pública;
2. potencial de a recomendação afetar a prática clínica;
3. surgimento de novas evidências que possam alterar as recomendações prévias.

Também ficou definido pelos autores os seguintes critérios:

4. Abordar doença prevalente para o idoso.
5. A população alvo deve ser assintomática para a condição clínica em questão.

Foram excluídas as recomendações de medicações preventivas e aconselhamento e mantidas apenas as recomendações de rastreamento, em acordo com o objetivo principal do manual.

A seleção final dos tópicos foi realizada por consenso entre dois especialistas na área de saúde do idoso.

A seguir, foi realizada a busca dos pareceres emitidos pelas Sociedades Científicas Médicas reconhecidas pela Associação Médica Brasileira e entidades governamentais.

Para cada tópico, procedeu-se à busca online dos últimos consensos e diretrizes emitidos pelo órgão relacionado, sendo definido como período relevante

do ano 2010 até novembro de 2018, procedendo-se à leitura integral das diretrizes escolhidas. A busca foi realizada através dos pareceres das Sociedades Médicas nacionais tendo em vista a relevância destas publicações para a tomada de decisão no atendimento médico, sendo o objetivo fornecer para o leitor a perspectiva nacional das recomendações.

Algumas condições clínicas não apresentam recomendações de outras Sociedades Médicas Internacionais ou Nacionais até novembro de 2018.

Também foram avaliadas considerações clínicas a respeito de cada tópico conforme as recomendações da USPSTF, abordando questões relacionadas a riscos e benefícios do rastreio.

As condições clínicas foram organizadas em tabelas, de maneira descritiva, sendo a tabela 4 as condições clínicas por grau de recomendação (GRADE), ano de atualização, recomendações da USPSTF, possíveis riscos do rastreio e atualização em relação à última recomendação; tabela 5 as condições clínicas por recomendações de Sociedades Internacionais e Nacionais e a tabela 6 condições clínicas por idade, gênero, presença ou não de tabagismo, intervalo de rastreio recomendado e ano de atualização.

Os graus de recomendação da USPSTF de acordo com o sistema GRADE, conforme atualização de 2012, e a sugestão para seu uso na prática clínica são apresentados na Tabela 1.

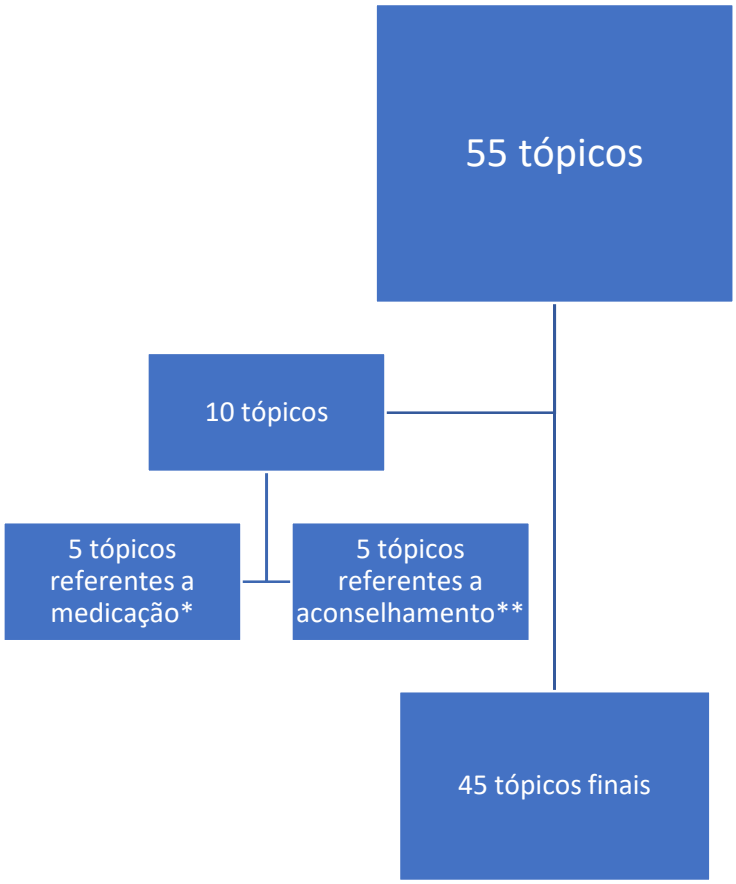
Tabela 1. Graus de recomendação da USPSTF de acordo com o sistema GRADE (atualização de 2012).

Grau	Grau de recomendação	Sugestão para a prática
A	A USPSTF recomenda esse serviço. Há uma grande certeza que o benefício é substancial.	Ofereça ou providencie esse serviço.
B	A USPSTF recomenda o serviço. Há uma grande certeza que o benefício é moderado ou há moderada certeza que benefício é moderado ou substancial.	Ofereça ou providencie esse serviço.
C	A USPSTF recomenda oferecer seletivamente o serviço, tendo por base as preferências individuais e o julgamento profissional. Há pelo menos moderada certeza que benefício é pequeno.	Ofereça ou providencie esse serviço para pacientes selecionados a depender das circunstâncias individuais.
D	A USPSTF recomenda contra o serviço. Há moderada ou grande certeza que com o serviço não há benefício ou que os malefícios superem os benefícios.	Desencoraje o uso do serviço.
I	A USPSTF conclui que a evidência atual é insuficiente para o balanço entre os benefícios e prejuízos do serviço. A evidência é escassa, de má qualidade ou conflitante. O equilíbrio entre benefícios e prejuízos não pode ser determinado.	Se esse serviço é oferecido, os pacientes devem entender a incerteza sobre o equilíbrio entre benefícios e prejuízo.

Os autores optaram pela não realização de pesquisa em outras bases de dados, que não as já descritas, pois as recomendações da USPTF, como descrito anteriormente, são realizadas através de extensa pesquisa com critérios bem definidos, incluindo revisões sistemáticas de grande poder de confiabilidade.

4. Resultados

Foram levantados 55 tópicos de acordo com os critérios estabelecidos, sendo excluídos 10 (dos quais cinco são referentes a recomendações de aconselhamento e cinco relacionados a recomendações de uso de medicações), resultando em 45 tópicos finais para a composição do manual.



* Tópicos referentes a medicação: Uso de Aspirina para prevenção de doença cardiovascular e câncer colo retal, Terapia de reposição hormonal em mulheres pós-menopausa e histerectomizadas, Uso de estatina para prevenção primária de doença cardiovascular, Suplementação de vitamina D, cálcio ou suplementação combinada para prevenção de fraturas e Suplementação de vitaminas para prevenção de câncer e doença cardiovascular.

** Tópicos referentes a aconselhamento: Aconselhamento sobre dieta saudável e atividade física como medidas para prevenção de doença cardiovascular em pacientes com fatores de risco, Aconselhamento sobre dieta saudável e atividade física como medidas para prevenção de doença cardiovascular em pacientes sem fatores de risco, Aconselhamento sobre DST, Intervenções comportamentais e farmacológicas para cessação de tabagismo e Perda de peso para prevenção de morbidade e mortalidade relacionada a obesidade - intervenções comportamentais.

Fluxograma 1. Definição e escolha de tópicos.

Foram obtidas 45 condições clínicas para rastreio clínico em idosos:

1) Aneurisma de aorta abdominal (homem e mulher)
2) Uso indevido de álcool
3) Apneia obstrutiva do sono
4) Bacteriúria assintomática
5) BRCA relacionado ao câncer para mulheres com casos de câncer de mama, ovários, tubas uterinas ou peritoneal na família
6) Câncer vesical
7) Câncer de colo de útero
8) Câncer de cólon e reto
9) Câncer de mama (para mulheres assintomáticas, sem neoplasia prévia ou alto risco para mutações de BRCA)
10) Câncer de ovários
11) Câncer de pâncreas
12) Câncer de pele
13) Câncer de pulmão
14) Câncer de próstata
15) Câncer oral
16) Câncer de testículos
17) Câncer de tireoide
18) Clamídia e gonorreia (para mulheres sexualmente ativas)
19) Declínio cognitivo
20) Déficit auditivo
21) Déficit visual em idosos (65 anos ou mais)
22) Depressão
23) Diabetes Mellitus tipo 2 e glicemia de jejum alterada
24) Doença arterial obliterante periférica (DAOP) e doença cardiovascular (índice tornozelo-braquial como rastreio e avaliação de risco)
25) Doença cardiovascular (rastreio com eletrocardiograma)
26) Risco de Doença Cardiovascular - Índice tornozelo-braquial, proteína C reativa de alta sensibilidade e score de cálcio coronário
27) Doença celíaca

28) Disfunções da tireoide

29) DPOC

30) Uso de drogas ilícitas

31) Exame ginecológico

32) Estenose de artéria carótida

33) Fibrilação atrial

34) Glaucoma

35) Hipertensão arterial

36) Hepatite B

37) Hepatite C

38) Herpes genital

39) HIV (de 15 a 65 anos)

40) Osteoporose (rastreio para prevenção de fraturas)

41) Sífilis

42) Risco de suicídio

43) Tuberculose (em adultos sob alto risco)

44) Violência contra o idoso

45) Deficiência de vitamina D

O ano de maior número de publicação de recomendações foi 2016 (n = 9; 20%), e no período a partir de 2014 foram publicadas, no total, 31 recomendações (68,9%) (Figura 2).

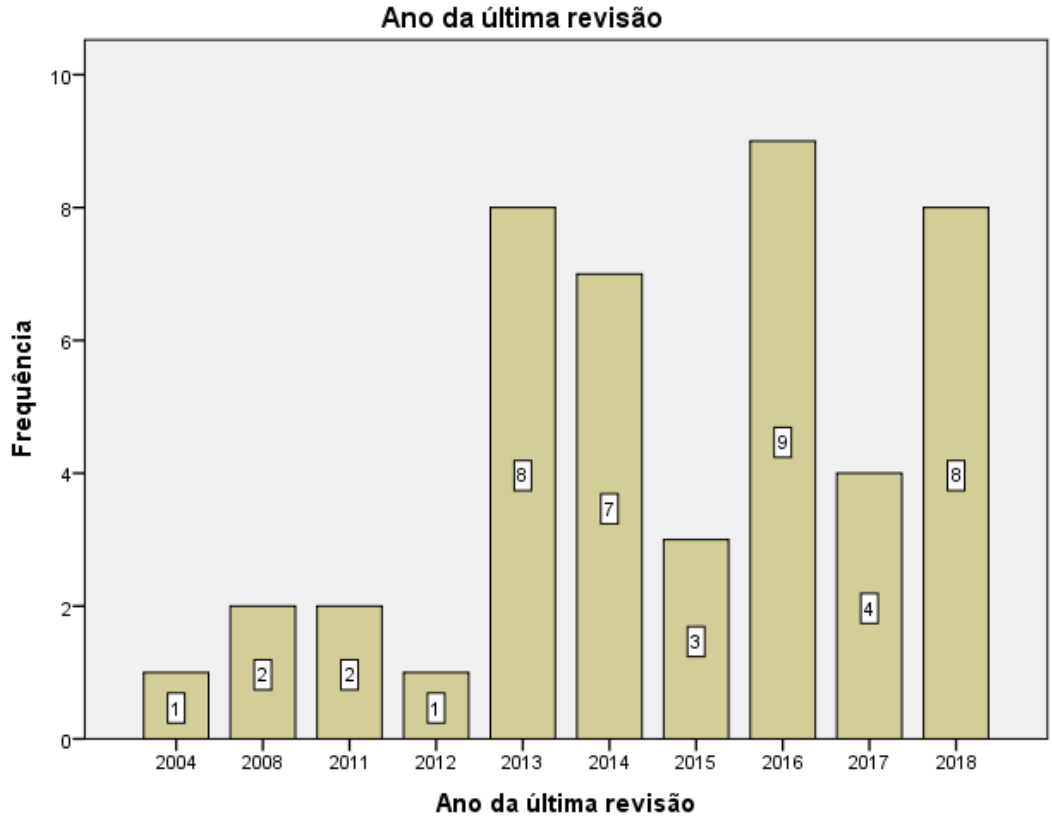


Figura 2. Ano de publicação das recomendações para rastreio clínico em idosos, USPSTF, 2018[31].

Algumas condições clínicas apresentam recomendações específicas, sendo subdivididas por sexo ou faixa de idade (neste caso, totalizando 53 recomendações).

Quando analisado o grau de recomendação segundo GRADE, 41,5% das recomendações (n = 22) apresentaram grau I (insuficiente) (Tabela 2).

Tabela 2. Recomendações para rastreio clínico em idosos de acordo com o GRADE, USPSTF, 2018[31].

Grade	Frequência	Porcentagem
A	5	9,4
B	12	22,6
C	3	5,7
D	11	20,8
I	22	41,5
Total	53	100,0

Houve 44 posicionamentos das Sociedades Científicas Brasileiras e entidades governamentais, sendo o Ministério da Saúde (através de manuais, PCDTs e outras publicações) a instituição com maior número de recomendações (n = 17), seguido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) (n = 12) (Tabela 3).

Tabela 3. Posicionamento das Entidades Brasileiras em relação às recomendações clínicas da USPSTF, 2018[31].

Sociedade científica ou Instituições	N
Ministério da Saúde/PCDT	17
INCA	12
Sociedade Brasileira de Cardiologia	4
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular	3
Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia	3
Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira	2
Associação Nacional de Medicina do Trabalho	1
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia	1
Sociedade Brasileira de Urologia	1

A análise das buscas realizadas através das recomendações da USPSTF e dos guidelines e consensos de Sociedades Internacionais e Nacionais resultaram na produção de manual de recomendações clínicas para rastreio de doenças em idosos assintomáticos.

As tabelas constituem o conteúdo principal do manual, que é o produto final deste trabalho, tendo sido elaboradas de forma a constituir fonte de fácil acesso e consulta para o profissional em atendimento ao paciente, de simples visualização da condição clínica, orientação de rastreio e força de recomendação (Tabela 4, 5, 6 e 7).

Além das informações contidas nas tabelas, estão descritos, para cada condição clínica, as considerações clínicas pertinentes, incluindo avaliação de riscos e benefícios da realização do rastreio e aspectos relevantes sobre o status funcional do paciente que podem interferir na decisão clínica.

.

Tabela 4. Condições clínicas por grau de recomendação (GRADE), ano de atualização, recomendações da USPSTF, possíveis riscos do rastreio e atualização em relação à última recomendação

Condição clínica	Grau (GRADE)	Ano	Recomendações da USPSTF	Possíveis riscos do rastreio	Atualização em relação ao prévio
Aneurisma de aorta abdominal (AAA) - Homem[32]	B	2014	A USPSTF recomenda rastreio com ultrassonografia em homens de 65 a 75 anos que tenham fumado.	O risco de morte relacionado a cirurgias eletivas de AAA é menor do que o risco relacionado a cirurgia de emergência por ruptura de AAA, no entanto, o aumento das taxas de detecção e cirurgias nos grupos rastreados podem, potencialmente, representar um risco, dado que alguns pacientes nunca terão ruptura de seus aneurismas, indo a óbito devido a outras causas.	Atualização de 2005, mantendo as mesmas recomendações para homens.
	C		A USPSTF recomenda que os o rastreio seja seletivamente oferecido para homens de 65 a 75 anos que não tenham fumado, ao invés de realizar rastreio de rotina.		
Aneurisma de aorta abdominal - Mulheres[32]	I	2014	A USPSTF conclui que as evidências atuais são insuficientes para avaliar os riscos e benefícios do rastreio em mulheres com idade de 65 a 75 anos que já tenham fumado.	As evidências atuais mostram que os riscos associados ao rastreio de uma única vez com US são menores em todas as populações e potencialmente maiores nas mulheres, devido ao maior risco de mortalidade cirúrgica.	Atualização de 2005, que trazia grau D para todas as mulheres (fumantes ou não). Ainda não existem evidências experimentais que recomendem o rastreio de rotina para mulheres assintomáticas.
	D		A USPSTF recomenda contra o rastreio de rotina em mulheres que nunca tenham fumado.		
Álcool - uso indevido[33]	B	2013	A USPSTF recomenda o rastreio de adultos de 18 anos ou mais para o uso de abusivo de álcool com instrumentos adequados de rastreio e também garantir que as pessoas sob risco de uso indevido de álcool recebam aconselhamento e intervenções para redução do uso de álcool.	Há pouquíssimos dados para avaliar os riscos de se realizar rastreio para uso indevido de álcool ou aconselhamento. Não há estudos que comprovem potenciais riscos.	Atualização das recomendações de 2004, atualizando as definições de uso indevido de álcool, e enfatiza que a eficácia do aconselhamento breve deve ser restrita apenas para os pacientes sob risco de uso abusivo de álcool.
Apneia obstrutiva do sono[34]	I	2017	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de apneia obstrutiva do sono.	A USPSTF não encontrou nenhum estudo que avaliasse diretamente os riscos do rastreio.	Não há.
Bacteriúria assintomática[35]	D	2008	A USPSTF recomenda contra o rastreio de bacteriúria em pacientes assintomáticos.	Os riscos potenciais estão associados a efeitos colaterais de antibióticos e desenvolvimento de resistência bacteriana. Como não há evidência dos benefícios do tratamento, os riscos potenciais são significantes.	Atualização das recomendações de 2004, mantendo as recomendações.
BRCA relacionado ao câncer para mulheres com casos de câncer de mama, ovários, tubas uterinas ou peritoneal na família[36]	B	2013	A USPSTF recomenda que seja realizada avaliação de risco para mulheres com pelo menos um membro da família com câncer tubário, mamário, ovariano ou peritoneal e, se positivo, proceder a avaliação genética.	Há adequada evidência que demonstra riscos pequenos a moderados para o rastreio de mutações potencialmente perigosas para genes BRCA.	Mantém as recomendações de 2005.
Câncer vesical[37]	I	2011	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio para câncer vesical em adultos assintomáticos.	O rastreio pode gerar falsos positivos, levando a ansiedade, dor e potenciais complicações de procedimentos como cistoscopia e biópsia. Há evidência inadequada para determinar os riscos do rastreio.	Em 2009, a USPSTF recomendava contra o rastreio de câncer vesical, com uma recomendação grau D. Agora, foi definido grau I.

Condição clínica	Grau (GRADE)	Ano	Recomendações da USPSTF	Possíveis riscos do rastreio	Atualização em relação ao prévio
Câncer de colo de útero[38]	A	2018	A USPSTF recomenda o rastreio para mulheres de 30 a 65 anos a cada 3 anos com citologia cervical apenas, a cada 5 anos com teste molecular para hrHPV ou a cada 5 anos utilizando ambos os testes.	Os métodos de teste disponíveis atualmente apresentam comprovado benefício na redução da mortalidade e da incidência de câncer, apresentando assim, mais benefícios do que malefícios.	Atualiza as recomendações de 2012, fornecendo a opção de rastreio a cada 5 anos utilizando apenas o teste molecular para hrHPV. Mantém recomendação contra rastreio e mulheres acima de 65 anos.
Câncer de cólon e reto[39]	A	2016	A USPSTF recomenda a favor do rastreio a partir de 50 anos até os 75 anos, a cada 10 anos com colonoscopia, e variável de acordo com outros métodos.	Os riscos do rasteio são pequenos, ficando limitados às complicações de colonoscopia, aumentando com a idade.	Atualiza as recomendações de 2008, que recomendava colonoscopia a cada 10 anos além de outras técnicas de rastreio. Na atual recomendação, foca-se no benefício do rastreio em termos epidemiológicos.
	C	2016	A decisão de rastreio em pacientes de 76 a 85 anos deve ser individualizada, levando-se em consideração a saúde geral.	Os riscos do rastreio são pequenos, ficando limitados às complicações de colonoscopia, aumentando com a idade.	Atualiza as recomendações de 2008, que definia colonoscopia a cada 10 anos.
Câncer de mama (para mulheres assintomáticas, sem neoplasia prévia ou alto risco para mutações de BRCA).[40]	B	2016	A USPSTF recomenda mamografia a cada 2 anos para pacientes de 50 a 74 anos.	Os riscos podem ser detecção de lesões que não ofereceriam riscos, ou exames falsos positivos, que podem levar a procedimentos invasivos, com os riscos a eles inerentes.	Atualiza as recomendações de 2009, com inclusão da DBT (tomossíntese digital da mama).
	I	2016	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio para câncer de mama em mulheres de 75 anos ou mais. Também conclui como insuficiente a recomendação da Tomossíntese digital das mamas como método primário de rastreio para mulheres de qualquer idade.	Os riscos podem ser detecção de lesões que não ofereceriam riscos, ou exames falsos positivos, que podem levar a procedimentos invasivos, com os riscos a eles inerentes.	Atualiza as recomendações de 2009, incluindo o uso da tomossíntese digital da mama, porém não como método primário de rastreio.
Câncer de ovários[41]	D	2018	A USPSTF recomenda contra o rastreio de mulheres assintomáticas para câncer ovariano, desde que não apresentem síndrome hereditária para nenhum tipo de câncer.	A USPSTF encontrou evidência adequada que recomenda contra o rastreio, como a presença de falsos positivos que podem levar a cirurgias desnecessárias.	Mantém as recomendações de 2012.
Câncer de pâncreas[42]	D	2004	A USPSTF recomenda contra o rastreio de pacientes assintomáticos com palpação abdominal, ultrassonografia ou marcadores sorológicos.	Há potenciais riscos significativos devido a baixa prevalência, limitada acurácia dos testes, e a natureza invasiva dos procedimentos.	Atualização da recomendação de 1996, com outros critérios de recomendação, sendo difícil comparação.
Câncer de pele[43]	I	2016	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para recomendar a realização de rastreio de câncer de pele através do exame visual em busca de lesões potencialmente malignas.	Há adequada evidência que demonstra riscos pequenos do exame visual, mas a evidência ainda é insuficiente para precisar a magnitude dos riscos. Um risco podem ser o diagnóstico equivocado que pode gerar procedimentos desnecessários.	Atualiza a recomendação de 2009, mantendo a recomendação como insuficiente.
Câncer de pulmão[44]	B	2013	A USPSTF recomenda o rastreio anual com TC de baixa dose para pacientes com idade de 55 a 80 anos que tenham carga tabágica de 30 anos.maço e fumem atualmente ou tenham cessado nos últimos 15 anos. O rastreio deve ser descontinuado após 15 anos de cessação tabágica ou desenvolvimento de condições de saúde que limitem substancialmente a expectativa de vida ou a tolerância a uma cirurgia torácica.	Os riscos relacionados a TC incluem falsos negativos, falsos positivos, achados incidentais, e exposição a radiação. A USPSTF encontrou evidência insuficiente sobre os riscos de achados incidentais.	Atualiza as recomendações de 2004, quando havia evidência insuficiente para recomendação a favor ou contra de TC de baixa dose para rastreio em pacientes assintomáticos.

Condição clínica	Grau (GRADE)	Ano	Recomendações da USPSTF	Possíveis riscos do rastreio	Atualização em relação ao prévio
Câncer de próstata[45]	C	2018	A decisão de rastreio com PSA para homens de 55 a 69 anos deve ser individualizada, levando-se em consideração valores e preferências, comorbidades e condições de saúde. O rastreio pode trazer pequeno benefício no risco de morte para alguns homens, mas existem os riscos relacionados aos falsos positivos e tratamentos.	Os riscos se relacionam aos falsos positivos, ansiedade, complicações na biópsia (dor, hematospermia, infecção), complicações de tratamento (disfunção erétil, incontinência urinária). Evidências adequadas sugerem que os riscos são pelo menos moderados.	Atualiza as recomendações de 2012, que recomendava contra o rastreio. A mudança na recomendação tem como base novas evidências mostrando benefícios potenciais na redução do risco de morte e de doença metastática.
	D	2018	A USPSTF recomenda contra o rastreio com PSA em homens de 70 anos ou mais.	Evidências adequadas mostram que os riscos são pelo menos moderados, e maiores em homens de 70 anos ou mais do que nos pacientes mais jovens.	Mantém as recomendações de 2012.
Câncer oral[46]	I	2013	A USPSTF concluiu que a atual evidência é insuficiente para recomendar o rastreio de câncer oral em pacientes assintomáticos.	A USPST encontrou evidência inadequada para avaliação dos riscos de rastreio.	Mantém as recomendações de 2004.
Câncer de testículos[47]	D	2011	A USPSTF recomenda contra o rastreio para homens assintomáticos.	Riscos potenciais são resultados falsos positivos, ansiedade, e riscos dos procedimentos. A USPSTF conclui que os riscos são pequenos.	Mantém as recomendações de 2004 e 2009.
Câncer de tireoide[48]	D	2017	A USPSTF recomenda contra o rastreio para pacientes assintomáticos.	A USPSTF encontrou evidência inadequada para avaliar os riscos do rastreio, mas encontrou evidências adequadas para relacionar os riscos do rastreio e principalmente tratamento como moderados.	Atualização das recomendações de 1996, que recomendava contra o rastreio em pacientes assintomáticos utilizando palpação ou ultrassonografia, e uma recomendação I para pessoas com história de exposição a radiação.
Clamídia e Gonorreia - mulheres sexualmente ativas[49]	B	2014	A USPSTF recomenda o rastreio com testes de amplificação de ácidos nucléicos (NAAT) para clamídia e gonorreia em mulheres sexualmente ativas, principalmente em mulheres com alto risco de infecção. Não há evidências que suportem o rastreio em homens.	A USPSTF encontrou evidência adequada que afirma que os riscos do rastreio são muito pequenos, ou mesmo nulos.	Atualização de 2007, que sugeria contra o rastreio de mulheres acima de 25 anos que não tivessem risco elevado de infecção.
Declínio cognitivo[50]	I	2014	A USPSTF não encontrou evidências suficientes para avaliar os riscos e benefícios do rastreio cognitivo.	A USPSTF não encontrou evidência adequada para avaliar os riscos do rastreio cognitivo e das intervenções farmacológicas. Porém, há evidências adequadas que relatam os riscos dos inibidores de acetilcolinerase como alterações de sistema nervoso central e arritmias.	Atualização de 2003, que também considerava insuficiente a evidência para realização de rastreio.
Déficit auditivo[51]	I	2012	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio de perda auditiva de pacientes assintomáticos com 50 anos ou mais.	As evidências para avaliar os riscos do rastreio é inadequada. No entanto, dada a natureza não invasiva do rastreio e da avaliação, esses riscos devem ser de pequenos a nenhum.	Atualização de 1996 que recomendava periodicamente questionar idosos sobre a audição, aconselhando-os a respeito de dispositivos auditivos e referenciando quando necessário.
Déficit visual em idosos (65 anos ou mais)[52]	I	2016	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de alteração na acuidade visual de idosos.	A USPSTF encontrou evidência inadequada sobre os riscos, e adequada evidência de que o tratamento precoce de erro refrativo, catarata e degeneração macular pode levar a riscos que são de pequenos a inexistentes.	Atualização de 2009, com a mesma recomendação.
Depressão[53]	B	2016	A USPSTF recomenda o rastreio para depressão na população geral. O rastreio deve ser implementado com sistemas adequados para garantir diagnóstico de acurácia, tratamento efetivo e apropriado seguimento.	A USPSTF encontrou evidência adequada que afirma que os riscos do rastreio são muito pequenos, ou mesmo nulos. Alguns antidepressivos podem apresentar riscos, porém o risco final é pequeno a moderado.	Atualização de 2009, que recomendava o rastreio para depressão quando os pacientes pudessem ser assistidos por profissionais capacitados, recomendando contra a triagem quando não houvesse profissionais qualificados (evidência C).

Condição clínica	Grau (GRADE)	Ano	Recomendações da USPSTF	Possíveis riscos do rastreio	Atualização em relação ao prévio
Diabetes Mellitus tipo 2 e glicemia de jejum alterada[54]	B	2015	A USPSTF recomenda o rastreio para glicemia alterada como parte da avaliação de risco cardiovascular em adultos de 40 a 70 anos que estão acima do peso ou obesos, com glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose ou hemoglobina glicada. Os pacientes com glicemia alterada devem ser indicados para realização de aconselhamento de mudança comportamental e intervenções para promoção de dieta saudável e atividade física.	Os riscos podem estar relacionados com alguma ansiedade, porém sem problemas psicológicos a longo prazo. As mudanças de estilo de vida apresentam riscos pequenos ou mesmo nenhum risco.	Atualização de 2008, que sugeria rastreio em pacientes assintomáticos com hipertensão (acima de 135x80 mmHg) e não havia evidência suficiente para os pacientes não hipertensos.
DAOP e DCV - Índice tornozelo-braquial como rastreio e avaliação de risco[55]	I	2018	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do uso do ITB para rastreio e prevenção de DCV e DAOP.	A USPSTF encontrou evidência adequada que sugere que os riscos do rastreio são mínimos. Outros riscos incluem resultados falsos positivos, exposição ao gadolínio de angiografias usadas para confirmação diagnóstica, ansiedade e custos.	Atualização da recomendação de 2013, sem alterações.
Doença Cardiovascular - rastreio com Eletrocardiograma[56]	D	2018	A USPSTF recomenda contra o rastreio com ECG (repouso ou esforço) para prevenção de DCV em adultos assintomáticos com baixo risco cardiovascular.	Em todos os grupos de risco, um ECG com achados anormais (seja um verdadeiro ou falso positivos) pode levar a exame invasivo confirmatório, que possui potencial para riscos graves ou exposição à radiação a depender do procedimento.	Atualização da recomendação de 2012, com manutenção da recomendação contra o rastreio com ECG de pacientes com baixo risco, e evidência ainda insuficiente para pacientes com risco elevado.
	I		A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os benefícios e riscos do rastreio de DCV com ECG como forma de prevenção em pacientes com risco intermediário ou alto.		
Doença Cardiovascular – fatores de risco não tradicionais (Índice tornozelo-braquial, proteína C reativa de alta sensibilidade e score de cálcio coronário[57])	I	2018	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de avaliação de ITB, hsCRP ou CAC como medidas de avaliação de risco para DCV em pacientes assintomáticos como forma de prevenção de eventos cardiovasculares.	Exposição à radiação devido ao teste de CAC, apesar de baixa dosagem. Outros riscos seriam testes falso positivos, gerando como consequência procedimentos diagnósticos invasivos, com seus riscos inerentes.	Atualização da recomendação de 2009, quando eram considerados vários fatores de risco, levando em conta o escore de risco de Framingham. Nesta atualização, foi avaliado o "Pooled Cohort Equations" em adição ao Framingham e focado em 3 dos mais importantes.
Doença Celíaca[58]	I	2017	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente par avaliar o balanço entre riscos e benefícios do rastreio de doença celíaca em pessoas assintomáticas.	A USPSTF não encontrou estudos que avaliem os riscos do rastreio de doença celíaca em pacientes assintomáticos. Riscos potenciais podem ser os falsos positivos.	Não há.
Disfunções da tireoide[59]	I	2015	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de pacientes assintomáticos.	A evidência dos possíveis riscos do rastreio é inadequada. Evidência indireta sugere que possíveis efeitos seriam falsos positivos com surgimento de ansiedade e tratamento desnecessário.	Atualização de 2004, mantendo a mesma recomendação.
DPOC[60]	D	2016	A USPSTF recomenda contra o rastreio de pacientes assintomáticos para DPOC.	A USPSTF encontrou evidência inadequada para avaliar os riscos do rastreio, parecendo haver poucos benefícios na detecção precoce e tratamento, e os custos de diagnóstico precoce podem ser elevados (quando usada espirometria).	Atualização de 2008, mantendo a mesma recomendação.
Drogas ilícitas - uso[61]	I	2008	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de pacientes para uso de drogas ilícitas.	Não há evidência que mostre associação entre rastreio para uso de drogas ilícitas e riscos, mas podem existir se houver problemas de confidencialidade. Também não há evidência de riscos relacionados a intervenções comportamentais de tratamento.	Não há
Exame ginecológico[62]	I	2017	A USPSTF conclui que a atual evidência disponível é insuficiente para avaliar os benefícios e riscos de exame ginecológico de rotina em pacientes assintomáticas.	A USPSTF encontrou evidência inadequada para avaliar os riscos do rastreio. Poucos estudos mostraram falsos positivos ou falsos negativos.	Não há

Condição clínica	Grau (GRADE)	Ano	Recomendações da USPSTF	Possíveis riscos do rastreio	Atualização em relação ao prévio
Estenose de artéria carótida[63]	D	2014	A USPSTF recomenda contra o rastreio de estenose de artéria carótida em pacientes assintomáticos.	Evidência adequada indica que tanto os testes quanto o tratamento com endarterectomia podem causar riscos (apesar de o rastreio com ultrassonografia não causar riscos diretos, todas as estratégias de rastreio apresentam possibilidade de levar a intervenções desnecessárias de alto risco.	Atualização da recomendação de 2007 mantém as recomendações.
Fibrilação atrial[64]	I	2018	A USPSTF conclui que a atual evidência é Insuficiente para recomendar realização de eletrocardiograma como medida de rastreio de fibrilação atrial de rotina para todos os pacientes assintomáticos acima de 65 anos.	O rastreio de FA com ECG mostra de pequenos a moderados riscos, como diagnóstico equivocado, testagem adicional com procedimentos invasivos e tratamento desnecessário. Também há evidência de que o tratamento de FA com anticoagulantes está relacionado com pequeno a moderado risco de sangramento maior.	Não há
Glaucoma[65]	I	2013	A USPSTF conclui que a atual evidência científica não é suficiente para recomendar o rastreio de glaucoma primário de ângulo aberto.	A USPSTF não encontrou riscos diretos do rastreio de glaucoma, mas o tratamento pode gerar complicações como irritação ocular e complicações cirúrgicas.	Atualização da recomendação de 2005, mantém as recomendações.
Hipertensão arterial[66]	A	2015	A USPSTF recomenda o rastreio em pacientes de 18 anos ou mais, indicando aferições fora do ambiente clínico para se confirmar o diagnóstico antes de se iniciar tratamento.	A USPSTF encontrou evidências adequadas de que o rastreio e o tratamento apresentam poucos riscos.	Atualização de 2007 que já recomendava o rastreio, porém adicionando a questão da confirmação diagnóstica.
Hepatite B[67]	B	2014	A USPSTF recomenda o rastreio de hepatite B em pacientes sob alto risco de infecção.	A USPSTF encontrou evidências inadequadas para avaliar os riscos de rastreio de hepatite B, mas a USPSTF considera estes riscos de pequenos a inexistentes.	Atualização de 2004, quando a USPSTF recomendava contra o rastreio em pacientes assintomáticos (nessa época, a população em questão era geral, e não os pacientes sob risco).
Hepatite C[68]	B	2013	A USPSTF recomenda o rastreio de hepatite C em pacientes com alto risco de infecção. Também recomenda oferecer um rastreio de hepatite C em adultos nascidos entre 1945 e 1965.	A USPSTF encontrou evidências inadequadas para avaliar os riscos de rastreio de hepatite C. Riscos potenciais incluem ansiedade, rotulação de paciente e medo de estigmatização.	Atualização de 2004, quando a USPSTF recomendava contra o rastreio em pacientes sem risco elevado de infecção e evidência insuficiente para recomendar contra o rastreio em adultos de alto risco.
Herpes genital[69]	D	2016	A USPSTF recomenda contra o rastreio de rotina de herpes genital.	A alta taxa de falsos positivos e o potencial de ansiedade e interferência em relações pessoais, com evidência de risco moderado.	Atualização de 2005.
HIV (de 15 a 65 anos)[70]	A	2013	A USPSTF recomenda rastreio para HIV em pacientes de 15 a 65 anos. Adultos com mais de 65 anos sob risco elevado também devem ser rastreados.	A USPSTF encontrou que o risco geral do rastreio é pequeno e boa evidência de que o tratamento de HIV pode gerar riscos, porém, muitos são transitórios ou autolimitados.	Atualização de 2005, que mantém a recomendação e expande para pacientes assintomáticos, sem alto risco.
Osteoporose - rastreio para prevenção de fraturas[71]	B	2018	A USPSTF recomenda rastreio para osteoporose com densitometria óssea (DXA) para prevenção de fraturas osteoporóticas em mulheres de 65 anos ou mais.	A USPSTF encontrou evidência adequada de os riscos variam de pequenos a inexistentes.	Atualização de 2011, e amplia o rastreio para prevenção de fratura.
	I		A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio em homens.		Atualização de 2011, ainda não havia recomendação para rastreio em homens.
Sífilis[72]	A	2016	A USPSTF recomenda rastreio de infecção de sífilis de pessoas que estão sob elevado risco de infecção.	A USPSTF não encontrou nenhuma evidência de riscos diretos do rastreio de sífilis em pacientes que estão sob alto risco. Riscos potenciais incluem falsos positivos, que podem gerar ansiedade ou estigmatização.	Atualização de 2004, que já sugeria rastreio, porém inclui novos dados e novos testes.
Suicídio[73]	I	2014	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de risco de suicídio.	Evidência dos possíveis riscos do rastreio de risco de suicídio é inadequada.	Atualização de 2004, mantendo as mesmas recomendações.

Condição clínica	Grau (GRADE)	Ano	Recomendações da USPSTF	Possíveis riscos do rastreio	Atualização em relação ao prévio
Tuberculose latente em adultos sob alto risco[74]	B	2016	A USPSTF recomenda rastreio de tuberculose latente em pacientes de alto risco.	A USPSTF não encontrou evidências diretas dos riscos de rastreio para tuberculose latente e encontrou evidência adequada de que os riscos do tratamento são pequenos.	Atualização de 1996, que recomendava rastreio em pacientes assintomáticos de alto risco.
Violência contra o idoso[75]	I	2013	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de todos os idosos ou adultos vulneráveis (física ou mentalmente disfuncionais) por abuso ou negligência.	A USPSTF encontrou evidência inadequada para avaliar os riscos.	Atualização de 2004, ainda com evidência insuficiente.
Deficiência de vitamina D[76]	I	2014	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar o balanço entre riscos e benefícios do rastreio de pacientes assintomáticos.	A USPSTF não encontrou estudos que avaliem os riscos diretos do rastreio de deficiência de vitamina D, mas encontrou evidência adequada de que os riscos de tratamento da vitamina D são de pequenos a inexistentes.	Não há.

AAA: Aneurisma de aorta abdominal; BRCA 1 e 2: genes humanos que produzem proteínas supressoras de tumor. Estes genes, quando mutados, estão relacionados ao surgimento de câncer de mama; CAC: score coronário de cálcio; DAOP: Doença arterial obstrutiva periférica; DCV: Doença cardiovascular; DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica; DXA: Densitometria por dupla emissão de raios-X; ECG: eletrocardiograma; FA: Fibrilação atrial; HPV: Human Papiloma Virus; hrHPV: Teste molecular para HPV de alto risco; hsCRP: proteína C de alta sensibilidade; ITB: Índice tornozelo-braquial; NAAT: teste de amplificação de ácidos nucleicos; PSA: Prostatic Specifc Antigen; TC: Tomografia computadorizada.

Tabela 5. Condições clínicas por recomendações de Sociedades Internacionais e Nacionais.

Condição clínica	Recomendações de outros grupos e sociedades científicas	Recomendações de Entidades Brasileiras
Aneurisma de aorta abdominal - Homem[32]	A American College of Cardiology e a American Heart Association recomendam um único rastreio para AAA, com US e exame físico, para homens de 65 a 75 anos que tenham fumado e em homens de 60 anos ou mais que tenham parentes de primeiro grau com AAA. A Society for Vascular Surgery recomenda a realização de um US para homens de 55 anos ou mais com história familiar de AAA, todos os homens de 65 anos ou mais e mulheres de 65 anos ou mais que tenham fumado ou com história familiar de AAA. A European Society for Vascular Surgery recomenda rastreio com US para homens de 65 anos, mas o rastreio pode ser considerado para homens mais jovens para homens sob alto risco.	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular recomenda rastreio anual com US para homens fumantes, com idade de 65 a 75 anos. Em homens de 65 anos ou mais, caso a primeira ultrassonografia mostre aneurisma de diâmetro inferior a 2,6 cm, não se recomenda rastreio anual.[77]
	A American College of Cardiology e a American Heart Association não recomendam o rastreio de AAA para homens que nunca fumaram. A Society for Vascular Surgery recomenda a realização de um US para homens de 55 anos ou mais com história familiar de AAA e todos os homens de 65 anos ou mais. A European Society for Vascular Surgery recomenda rastreio com US para homens de 65 anos, mas o rastreio pode ser considerado para homens mais jovens para homens sob alto risco.	A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular recomenda rastreio com US de forma seletiva para homens que nunca fumaram, considerando os fatores de risco. [77]
Aneurisma de aorta abdominal - Mulheres[32]	A American College of Cardiology e a American Heart Association não recomendam rastreio de rotina para mulheres. A Society for Vascular Surgery recomenda a realização de um US para mulheres de 65 anos ou mais que tenham fumado ou com história familiar de AAA.	De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, para mulheres de 65 a 75 anos, o rastreio não apresenta benefício, independente da história de tabagismo.[77]
Álcool - uso indevido[33]	A American Society of Addiction Medicine recomenda que os médicos da atenção primária realizem rastreio de rotina para o uso de álcool e apliquem as intervenções apropriadas.	O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde recomenda o rastreio e as intervenções de aconselhamento na Atenção Básica para reduzir consumo de álcool em adultos.[14]
Apneia obstrutiva do sono[34]	A American Academy of Family Physicians faz as mesmas recomendações da USPFTF. A American College of Physicians recomenda estudo do sono de pacientes com sonolência diurna não explicada e polissonografia em pacientes com suspeita de SAOS.	Não há recomendação brasileira, pelas sociedades competentes, de rastreio de apneia obstrutiva do sono em pacientes assintomáticos.
Bacteriúria assintomática[35]	A Choosing WIsely Canada recomenda que não se realize rastreio de bacteriúria em pacientes assintomáticos.[78]	Não se recomenda rastreio de bacteriúria em pacientes assintomáticos, pelas Diretrizes da AMB.[79]
BRCA relacionado ao câncer para mulheres com casos de câncer de mama, ovários, tubas uterinas ou peritoneal na família[36]	A Society of Gynecologic Oncologists recomenda avaliação de risco genético para pessoas com risco individual de 20 a 25% para predisposição hereditária para câncer, considerando também para aqueles com 5 a 10% de risco, associado a aconselhamento genético. A European Society for Medical Oncology recomenda o aconselhamento para todos os pacientes referenciados para realização de teste genético de BRCA, além de encorajar outros familiares.	As Diretrizes Clínicas da AMB recomendam solicitação de teste genético de BRCA 1 e BRCA2 para indivíduos judeus de origem Ashkenazi, mulheres com câncer de mama e ovário e história familiar para câncer de mama ou ovário em um ou mais familiares de primeiro ou segundo graus e em familiares de primeiro ou segundo graus (dependendo do heredograma) de indivíduos com mutação nos genes BRCA 1 e 2.[80]
Câncer vesical[37]	As sociedades internacionais avaliadas pela USPSTF não recomendam o rastreio para câncer vesical em pacientes assintomáticos. Em 2011, a American Academy of Family Phsicians concordou com as recomendações da USPSTF. A Associação Europeia de Urologia recomenda que a principal estratégia de prevenção do câncer vesical é a cessação do tabagismo ativo e passivo. A American Cancer Society recomenda a atenção aos sintomas como estratégia de prevenção.	O Instituto Nacional do Câncer (INCA) não recomenda o rastreio de rotina para pacientes assintomáticos.[81]
Câncer de colo de útero[38]	A American Cancer Society, the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and the American Society for Clinical Pathology e a American Academy of Family Physcians estão em acordo com as recomendações da USPSTF.	O INCA recomenda rastreio com exame citopatológico para mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual. Deve-se repetir o exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano.[82]

Condição clínica	Recomendações de outros grupos e sociedades científicas	Recomendações de Entidades Brasileiras
Câncer de colon e reto[39]	Em 2015, a American Academy of Family Physicians recomendou que pacientes de 50 a 75 anos realizassem colonoscopia a cada 10 anos ou outras técnicas (anualmente com pesquisa de sangue oculto nas fezes ou teste imunoquímico, sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos e combinação entre elas a cada 3 e 5 anos, respectivamente). A American College of Gastroenterology recomenda colonoscopia a cada 10 anos como medida preferencial.	O INCA[83] recomenda rastreio com pesquisa de sangue oculto e retossigmoidoscopia ou colonoscopia em pacientes assintomáticos para pacientes com 50 anos ou mais e aqueles com história familiar ou pessoal deste câncer, doenças inflamatórias intestinais e síndromes genéticas. A recomendação do Ministério da Saúde[14] é a realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia para adultos entre 50 e 75 anos.
		O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreio de rotina para pacientes de 76 a 85 anos, podendo haver considerações que suportem este rastreio individualmente. Para paciente acima de 85 anos, recomenda-se contra o rastreio.[14] O PCDT não traz informações sobre rastreio de pacientes assintomáticos[84].
Câncer de mama (para mulheres que não apresentam alto risco de mutação em genes BRCA ou neoplasia prévia).[40]	A American Cancer Society também recomenda rastreio a cada 2 anos para mulheres a partir de 50 anos. Diversas Sociedades europeias recomendam a mamografia a cada 2 ou 3 anos para mulheres de 50 a 74 anos.	O Ministério da Saúde e o INCA recomendam realização de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.[85] O PCDT traz a mesma recomendação, e não preconiza o rastreio de rotina para mulheres de 70 anos ou mais[86].
	As Sociedades Internacionais avaliadas pela USPSTF estão em acordo com as recomendações da USPSTF.	Para mulheres de 70 anos ou mais, não há recomendação.
Câncer de ovários[41]	A American College of Family Physicians, a American College of Obstetricians and Gynecologists e a American Cancer Society recomendam contra o rastreio em mulheres assintomáticas que não estão sob alto risco.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de ovário traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[87] O PCDT relata que não há evidências suficientes para recomendar rastreio em mulheres assintomáticas[88].
Câncer de pâncreas[42]	A OMS não recomenda o rastreio de câncer de pâncreas de rotina para pacientes assintomáticos.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pâncreas traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[89]
Câncer de pele[43]	A maioria das Sociedades não apresenta recomendações específicas (como a American Academy of Family Physicians, em acordo com a USPSTF).	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pele melanoma[90] e não melanoma[91] na população geral traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado. O PCDT não traz recomendação de rastreamento para pacientes assintomáticos[92].
Câncer de pulmão[44]	American College of Chest Physicians, American Society of Clinical Oncology e a American Thoracic Society fazem as mesmas recomendações que a USPSTF.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pulmão na população geral traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado. Há a possibilidade de que a realização de tomografia de baixa dose de radiação em grandes fumantes (um maço por dia por 30 anos) e com idade acima de 55 anos possa reduzir a mortalidade por esse câncer. Entretanto, há riscos ligados à investigação que se segue nos casos positivos. Por isso, a decisão de realizar ou não o exame deve ser discutida entre o paciente e o médico.[93] O PCDT não recomenda o rastreamento, mesmo para fumantes[94].
Câncer de próstata[45]	A American Acedemy of Family Physicians recomenda contra o rastreio com PSA. O American College of Physcians recomenda que os médicos discutam os riscos e benefícios com os pacientes de 50 a 69 anos	De acordo com o INCA[95], não há evidência de que o rastreio do câncer de próstata traga mais benefícios do que riscos e, portanto, recomenda-se a decisão individualizada. A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que homens a partir de 50 anos sejam avaliados para avaliação individualizada. Aqueles de raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. O rastreio deve ser realizado após discussão de riscos e benefícios.[96] O PCDT não recomenda o rastreio de pacientes assintomáticos, de qualquer idade, sendo a decisão individualizada[97].
		Pela Sociedade Brasileira de Urologia, após 75 anos, o rastreio pode ser realizado para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.[96]

Condição clínica	Recomendações de outros grupos e sociedades científicas	Recomendações de Entidades Brasileiras
Câncer oral[46]	A American Academy of Family Phisicians está em acordo com a USPSTF. A American Cancer Society recomenda que adultos a partir de 20 anos realizem avaliação da cavidade oral como parte de rastreio de câncer.	O INCA não recomenda o rastreamento do câncer de lábio e cavidade oral como estratégia de detecção precoce.[98]
Câncer de testículos[47]	A American Acedemy of Family Physycians e a American Cancer Society não recomendam o rastreio para pacientes assintomáticos.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de testículo traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[99]
Câncer de tireoide[48]	A American Cancer Society, American Academy of Family Physicians e outras Sociedades não recomendam o rastreio de câncer de tireoide para pacientes assintomáticos.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de tireoide traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[100] O PCDT não traz informações sobre o rastreio[101].
Clamídia e Gonorreia - mulheres sexualmente ativas[49]	O Centers for Disease Control and Prevention também recomenda o rastreio anual de pacientes sexualmente ativas.	O PCDT sugere rastreio anual em mulheres sexualmente ativas, principalmente aquelas submetidas a relações sexuais sem preservativo[102].
Declínio cognitivo[50]	A Alzheimers Association recomenda a realização de rastreio com testes cognitivos para pacientes com sintomas de declínio cognitivo ou em situações em que há queixa subjetiva, não possível de se confirmar com informante.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de rotina de declínio cognitivo em pacientes assintomáticos.
Déficit auditivo[51]	A American Speech Language Heartin Association recomenda que adultos sejam rastreados uma vez por década e a cada 3 anos depois de 50 anos. A American Academy of Family Physicians está em atualização desta recomendação.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de perda auditiva em pacientes assintomáticos.
Déficit visual em idosos (65 anos ou mais)[52]	A American Optometric Association recomenda que adultos assintomáticos de 61 anos ou mais realizem exame ocular anual e a American Academy of Ophtalmology recomenda recomenda avaliação ocular com teste de acuidade visual e dilatação a cada 1 ou 2 anos, ou mais breve se houver risco.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de perda visual em pacientes assintomáticos.
Depressão[53]	A American Academy of Family Pysicians recomenda o rastreio para depressão na população adulta geral, sendo relaizada com sistemas adequados que permitam diagnóstico, tratamento e seguimento.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de depressão em pacientes assintomáticos.
Diabetes Mellitus tipo 2 e glicemia de jejum alterada[54]	A American Diabetes Association recomenda o rastreio em adultos de 45 anos ou mais e em pessoas com múltiplos fatores de risco, independente da idade.	A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda o rastreio (com glicemia de jejum, hemoglobina glicada ou glicemia de 2 horas pós-sobrecarga) de indivíduos acima de 45 anos de idade ou em qualquer idade, com sobrepeso ou obesidade, hipertensão arterial ou história familiar de DM2. [103]
DAOP e DCV - Índice tornozelo-braquial como rastreio e avaliação de risco[55]	The American College of Cardiology e a American Heart Association recomendam o uso de ITB em pacientes com risco elevado, incluindo adultos de 65 anos ou mais. Em 2015, a Society of Vascular Surgery recomendou contra o rastreio com ITB na ausência de fatores de risco ou sintomas, porém é razoável o rastreio se houver fatores de risco (mais do que 70 anos, tabagismo, diabetes, alteração de pulso, DCV estabelecida).	A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular recomenda o uso de ITB como medida de triagem de DAOP. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso de ITB para população de risco de DAOP, visando ao tratamento para redução de risco cardiovascular.[104]
Doença Cardiovascular - rastreio com Eletrocardiograma[56]	A American College of Physicians recomenda contra o rastreio de DCV com ECG em pacientes assintomáticos de baixo risco. A American College of Cardiology conclui que o ECG de esforço é raramente apropriado em pacientes assintomáticos de baixo risco, mas pode ser uma opção para aqueles com risco intermediário, e é apropriado para aqueles de alto risco. A American College of Cardiology conclui que o ECG de esforço é raramente apropriado em pacientes assintomáticos de baixo risco, mas pode ser uma opção para aqueles com risco intermediário, e é apropriado para aqueles de alto risco.	A Associação Nacional de Medicina do Trabalho concluiu que não há evidências científicas suficientes que suportem a recomendação de ECG para rastreamento de Doença Cardiovascular em pacientes assintomáticos[105]. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o ECG como medida de avaliação de risco cardiovascular em pacientes hipertensos.[106]
Risco de Doença Cardiovascular - Índice tornozelo-braquial, proteína C reativa de alta sensibilidade e score de cálcio coronário[57]	A American Heart Association e a American College of Cardiology encoraja o uso do cálculo do risco cardiovascular em 10 anos e, se o tratamento com base nos riscos ainda é incerto, então pode-se utilizar um ou mais dos fatores de risco não tradicionais. A European Society Cardiology usa cálculos que não utilizam estes fatores de risco não tradicionais.	A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda avaliação de score de cálcio em pacientes assintomáticos de risco intermediário pelo escore de risco de Framinghan (10 a 20% em 10 anos) ou pelo escore de risco global (homens: 5 a 20%; mulheres 5 a 10% em 10 anos). [107] A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso de ITB para população de risco de DAOP, visando ao tratamento para redução de risco cardiovascular.[104]

Condição clínica	Recomendações de outros grupos e sociedades científicas	Recomendações de Entidades Brasileiras
Doença Celíaca[58]	A American Academy of Family Physicians concluiu que não há evidências suficientes para recomendar o rastreio em pacientes assintomáticos, enquanto a American College of Gastroenterology recomenda que os pacientes assintomáticos porém com um parente de primeiro grau que tenha diagnóstico de doença celíaca devem ser considerados para realização de testes.	O PCDT não traz informações sobre o rastreio de pessoas assintomáticas[108].
Disfunções da tireoide[59]	A American Academy of Family Physicians faz as mesmas recomendações da USPFTS. A American Thyroid Association recomenda considerar rastreio de hipotireoidismo em pacientes com mais de 60 anos.	A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia não recomenda o rastreio para disfunções tireoidianas.[109]
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica[60]	Em 2011, a American College of Physicians e diversas outras sociedades recomendaram o uso da espirometria para o diagnóstico de pacientes com sintomas respiratórios.	O PCDT recomenda realização de espirometria para pacientes fumantes ou ex-fumantes, com mais de 40 anos, que apresentem sintomas respiratórios crônicos[110].
Drogas ilícitas - uso[61]	O National Institute of Drug Abuse recomenda o rastreio para o uso de drogas ilícitas realizado através de questionários específicos pelo médico generalista.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de uso de drogas em pacientes assintomáticos.
Exame ginecológico[62]	As recomendações são muito variáveis. A American College of Physicians e a American College of Family Physicians recomendam contra o rastreio em pacientes assintomáticas. A American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda o rastreio em pacientes a partir de 21 anos.	Não há recomendações nacionais sobre a realização de exame ginecológico. Em nota de 2017, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda visita anual ao ginecologista com avaliação completa.[111]
Estenose de artéria carótida[63]	Em 2011, a American College of Cardiology, em conjunto com diversas outras instituições, recomendaram contra o rastreio de estenose de carótida em pacientes assintomáticos, sem manifestações clínicas ou fatores de risco de aterosclerose.	A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular não recomenda o rastreio em pacientes assintomáticos. Porém, em pacientes assintomáticos, mas com suspeita clínica de estenose de artéria carótida, é recomendada realização de Ecodoppler.[112]
Fibrilação atrial[64]	Recomendações da American Heart Association e a American Stroke Association de 2014 relatam que pode ser útil a avaliação de pulso seguida de ECG para idosos de 65 anos ou mais. A European Society of Cardiology recomenda rastreio através de palpação de pulso ou ECG em pessoas com 65 anos ou mais e recomenda rastreio sistemático de FA para pessoas de 75anos ou mais ou aqueles sob risco de AVC.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de fibrilação atrial com eletrocardiograma em pacientes assintomáticos.
Glaucoma[65]	A American Academy of Ophtalmology recomenda avaliação ocular, incluindo testes de glaucoma, com frequência a depender da idade do paciente e fatores de risco. A American Optometric Association recomenda exame ocular a cada 1 a 2 anos, com frequência dependendo da idade e fatores de risco.	O PCDT não recomenda rastreio para pacientes assintomáticos devido falta de evidências para a população brasileira[113].
Hipertensão arterial[66]	A American Heart Association recomenda aferição de pressão arterial em cada consulta médica regular ou pelo menos a cada dois anos em pacientes com menos do que 120/80 mmHg. A American Academy Of family Physicians recomenda o mesmo que a USPSTF.	As Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia e Hipertensão[106] recomendam a avaliação de pressão arterial em todos os pacientes, de forma adequada, no consultório e/ou fora dele. O rastreamento também é recomendado pelo Ministério da Saúde.[14]
Hepatite B[67]	O Center of Disease Control recomenda o rastreio em pessoas de alto risco (os fatores descritos anteriormente) e também em pessoas doadoras de órgãos ou tecidos, pessoas com risco ocupacional, pessoas que receberam vacinação na adolescência ou com comportamento de risco.	O Ministério da Saúde recomenda o rastreio de hepatite B em pacientes de risco de infecção (prática de sexo desprotegido, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua, indígenas, quilombolas e moradores de regiões endêmicas)[114] [115]
Hepatite C[68]	O Center of Disease Control recomenda o rastreio em pessoas de alto risco e em pessoas nascidas entre 1945 e 1965. Outras sociedades americanas recomendam o rastreio em pacientes de alto risco.	O Ministério da Saúde recomenda o rastreio de hepatite C em pacientes com risco de infecção (indivíduos com 40 anos de idade ou mais, indivíduos que realizaram transfusão, transplante, indivíduos em situação de compartilhamento de material de injeção, acidentes ocupacionais).[114] [116] [115]A Sociedade Brasileira de Hepatologia também recomenda o rastreio em pacientes de risco.[117]
Herpes genital[69]	A American Academy of Family Physicians e o Center of Disease Control recomendam contra o rastreio de rotina de herpes genital.	Não há recomendação específica nacional.

Condição clínica	Recomendações de outros grupos e sociedades científicas	Recomendações de Entidades Brasileiras
HIV (de 15 a 65 anos)[70]	A CDC recomenda o rastreio de pacientes de 13 a 64 anos independente do risco em 2006. Em 2009, a American College of Physicians recomendou o mesmo que o CDC.	O Ministério da Saúde recomenda rastreio para pacientes sob risco (prática de sexo desprotegido, compartilhamento de materiais pérfuro-cortantes e populações prioritárias: profissionais do sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, e pessoas privadas de liberdade).[118] [115]
Osteoporose - rastreio para prevenção de fraturas[71]	Em 2014, a National Osteoporisis Foundations recomendou teste de DMO em todas as mulheres de 65 anos ou mais e todos os homens de 70 anos ou mais. Em 2014, a National Osteoporisis Foundations recomendou teste de BMD em todas as mulheres de 65 anos ou mais e todos os homens de 70 anos ou mais.	O PCDT recomenda rastreio com DMO em mulheres com idade ≥ 65 anos e homens com idade ≥ 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco; mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura; mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamentos de risco bem definido; adultos que sofrerem fratura após os 50 anos; indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; e adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de corticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses[119]. A Sociedade Brasileira de Reumatologia recomenda avaliação óssea com DMO para todas as mulheres de 65 anos ou mais.[120] [121]
Sífilis[72]	A Center of Control Disease recomenda rastreio anual de pacientes HSH e HIV. A American Academy of Family Physicians recomenda rastreio de pessoas que estão sob risco elevado de infecção.	O PCDT recomenda o rastreio semestral para pacientes homossexuais, Homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, travestis/ transexuais e pessoas que usam álcool e outras drogas com vida sexualmente ativa) e testagem quando houver prática de sexo desprotegido para a população geral[102].[115]
Suicídio[73]	The American Academy of Family Physicians concluiu que a atual evidência é insuficiente para avaliar o balanço entre riscos e benefícios.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de suicídio em pacientes assintomáticos.
Tuberculose latente em adultos sob alto risco[74]	A American Academy of Family Physicians recomenda o rastreio de tuberculose latente em populações de alto risco e a CDC faz a mesma recomendação, mas apenas quando o tratamento é viável.	O Ministério da Saúde orienta rastreio de tuberculose em pacientes com sintomas respiratórios (tosse por mais de 3 semanas) com baciloscopia[122].
Violência contra o idoso[75]	A American Academy of Family Physicians recomenda que os médicos estejam atentos para situações de risco e dinâmica familiar.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio universal de violência contra o idoso.
Deficiência de vitamina D[76]	A American Academy of Family Physicians conclui que a atual evidência é insuficiente para acessar o balanço entre riscos e benefícios dos riscos do rastreio de vitamina D.	A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia não recomenda o rastreio de deficiência de vitamina D na população geral.[123]

AMB: Associação médica brasileira; AVC: Acidente Vascular Cerebral; DAOP: Doença arterial obstrutiva periférica; DCV: Doença Cardiovascular; DM: Diabetes Mellitus; DMO: Densitometria Óssea; ECG: Eletrocardiograma; FA: Fibrilação atrial; ITB: índice tornozelo-braquial; PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; US: Ultrassonografia

Tabela 6. Recomendações clínicas da USPSTF conforme faixa etária, intervalo de rastreio, sexo, presença de tabagismo e ano de atualização.

Condição clínica	Faixa etária	Rastreio	Intervalo de rastreio	Homem	Mulher	Tabagismo	Ano de atualização	GRADE
Aneurisma de aorta abdominal	65 a 75 anos	Ultrassonografia	Uma avaliação	X		X	2014	B
			A critério médico					C
Álcool - uso indevido	60 anos ou mais	Instrumentos de rastreio (AUDIT-C, SASQ, CAGE)	A critério médico	X	X		2013	B
BRCA relacionado ao câncer para mulheres com casos de câncer de mama, ovários, tubas uterinas ou peritoneal na família	60 anos ou mais, com pelo menos um membro da família com câncer tubário, mamário, ovariano ou peritoneal	Teste genético para pesquisa de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2	A critério médico		X		2013	B
Câncer de colo de útero	até 65 anos	Citologia cervical e teste molecular para pesquisa de HPV de alto risco	Citologia cervical a cada 3 anos, teste molecular para pesquisa de HPV de alto risco a cada 5 anos ou a cada 5 anos utilizando ambos os testes.		X		2018	A
Câncer de colo e reto	de 50 a 75 anos	Colonoscopia	A cada 10 anos	X	X		2016	A
	de 76 a 85 anos	Decisão individualizada						C
Câncer de mama (para mulheres assintomáticas, sem neoplasia prévia ou alto risco para mutações de BRCA).	de 50 a 74 anos	Mamografia	A cada 2 anos		X		2016	B
Câncer de pulmão	de 55 a 80 anos	TC de baixa dose. Descontinuar rastreio após 15 anos de cessação tabágica ou limitação clínica ao exame.	Não definido, porém a USPSTF sugere que rastreio anual pode gerar benefícios.	X	X	X Obs.: Tabagismo ativo com carga tabágica de 30 anos.maço ou que tenham cessado nos últimos 15 anos.	2013	B
Câncer de próstata	de 55 a 69 anos		Não definido	X			2018	c
	PSA							
Clamídia e gonorreia - mulheres sexualmente ativas	60 anos ou mais	Testes de amplificação de ácidos nucléicos (NAAT)	A critério médico, conforme fatores de risco		X		2014	B
Depressão	60 anos ou mais	Patient Health Questionnaire (PHQ) e Geriatric Depression Scale	A critério médico	X	X		2016	B
DM tipo 2 e glicemia de jejum alterada	de 60 a 70 anos com sobrepeso obesidade	Glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose ou hemoglobina glicada	A cada 3 anos	X	X		2015	B
Hipertensão arterial	a partir de 60 anos	Aferição da pressão arterial com esfigmomanômetro no consultório e fora do ambiente do consultório para confirmação	Anual	X	X		2015	A
Hepatite B	A partir de 60 anos Pessoas sob alto risco de infecção	Marcadores sorológicos (HbsAg)	A critério médico, conforme fatores de risco	X	X		2014	B

Condição clínica	Faixa etária	Rastreio	Intervalo de rastreio	Homem	Mulher	Tabagismo	Ano de atualização	GRADE
Hepatite C	A partir de 60 anos Pessoas sob alto risco de infecção	Anti-HCV seguido de reação em cadeia de polimerase (PCR)	A critério médico, conforme fatores de risco	X	X		2013	B
HIV	de 60 a 65 anos de 65 anos ou mais apenas se houver alto risco de infecção	Teste sorológico convencional seguido de confirmação por Western Blot	Um teste e repetição a critério médico, conforme risco de infecção	X	X		2013	A
Osteoporose	65 anos ou mais	Densitometria óssea.	A critério médico		X		2018	B
Sífilis	A partir de 60 anos e sob alto risco de infecção	Teste treponêmico seguido de teste não treponêmico	A critério médico, conforme fatores de risco	X	X		2016	A
Tuberculose latente	A partir de 60 anos em pessoas sob alto risco de infecção	TST (Mantoux tuberculin test) e o IGRA (Interferon-gamma release assay)	A critério médico, podendo variar de um teste na vida, até testagem anual conforme fatores de risco	X	X		2016	B

AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test–Consumption; BRCA 1 E 2: genes humanos que produzem proteínas supressoras de tumor. Estes genes, quando mutados, estão relacionados ao surgimento de câncer de mama; CAGE: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener; HbsAg: Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B; anti-HCV: anti-hepatitis C virus antibodies; HIV: Human immunodeficiency virus; IGRA: interferon-gamma release assay; NAAT: Nuclei acid amplification test ; PHQ Patient Health Questionnaire; PSA: Prostate-Specific Antigen; SASQ: Single Alcohol Screening Question ; TC: Tomografia Computadorizada; TST: Mantoux tuberculin test;

Tabela 7 – Recomendações clínicas da USPSTF em comparação a recomendações clínicas de Entidades Brasileiras

Condição clínica	Recomendações da USPSTF	Recomendações Entidades Nacionais
Aneurisma de aorta abdominal (AAA)[32] - Homem	A USPSTF recomenda rastreio com ultrassonografia em homens de 65 a 75 anos que tenham fumado.	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular recomenda rastreio anual com US para homens fumantes, com idade de 65 a 75 anos. Em homens de 65 anos ou mais, caso a primeira ultrassonografia mostre aneurisma de diâmetro inferior a 2,6 cm, não se recomenda rastreio anual.[77]
	A USPSTF recomenda que os o rastreio seja seletivamente oferecido para homens de 65 a 75 anos que não tenham fumado, ao invés de realizar rastreio de rotina.	A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular recomenda rastreio com US de forma seletiva para homens que nunca fumaram, considerando os fatores de risco. [77]
Aneurisma de aorta abdominal - Mulheres[32]	A USPSTF conclui que as evidências atuais são insuficientes para avaliar os riscos e benefícios do rastreio em mulheres com idade de 65 a 75 anos que já tenham fumado.	De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, para mulheres de 65 a 75 anos, o rastreio não apresenta benefício, independente da história de tabagismo.[77]
	A USPSTF recomenda contra o rastreio de rotina em mulheres que nunca tenham fumado.	
Álcool - uso indevido[33]	A USPSTF recomenda o rastreio de adultos de 18 anos ou mais para o uso de abusivo de álcool com instrumentos adequados de rastreio e também garantir que as pessoas sob risco de uso indevido de álcool recebam aconselhamento e intervenções para redução do uso de álcool.	O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde recomenda o rastreio e as intervenções de aconselhamento na Atenção Básica para reduzir consumo de álcool em adultos.[14]
Apneia obstrutiva do sono[34]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de apneia obstrutiva do sono.	Não há recomendação brasileira, pelas sociedades competentes, de rastreio de apneia obstrutiva do sono em pacientes assintomáticos.
Bacteriúria assintomática[35]	A USPSTF recomenda contra o rastreio de bacteriúria em pacientes assintomáticos.	Não se recomenda rastreio de bacteriúria em pacientes assintomáticos, pelas Diretrizes da AMB[79].
BRCA relacionado ao câncer para mulheres com casos de câncer de mama, ovários, tubas uterinas ou peritoneal na família[36]	A USPSTF recomenda que seja realizada avaliação de risco para mulheres com pelo menos um membro da família com câncer tubário, mamário, ovariano ou peritoneal e, se positivo, proceder a avaliação genética.	As Diretrizes Clínicas da AMB recomendam solicitação de teste genético de BRCA 1 e BRCA2 para indivíduos judeus de origem Ashkenazi, mulheres com câncer de mama e ovário e história familiar para câncer de mama ou ovário em um ou mais familiares de primeiro ou segundo graus e em familiares de primeiro ou segundo graus (dependendo do heredograma) de indivíduos com mutação nos genes BRCA 1 e 2.[80]
Câncer vesical[37]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio para câncer vesical em adultos assintomáticos.	O Instituto Nacional do Câncer (INCA) não recomenda o rastreio de rotina para pacientes assintomáticos.[81]
Câncer de colo de útero[38]	A USPSTF recomenda o rastreio para mulheres de 30 a 65 anos a cada 3 anos com citologia cervical apenas, a cada 5 anos com teste molecular para hrHPV ou a cada 5 anos utilizando ambos os testes.	O INCA recomenda rastreio com exame citopatológico para mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual. Deve-se repetir o exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano.[82]
Câncer de cólon e reto[39]	A USPSTF recomenda a favor do rastreio a partir de 50 anos até os 75 anos, a cada 10 anos com colonoscopia, e variável de acordo com outros métodos.	O INCA[83] recomenda rastreio com pesquisa de sangue oculto e retossigmoidoscopia ou colonoscopia em pacientes assintomáticos para pacientes com 50 anos ou mais e aqueles com história familiar ou pessoal deste câncer, doenças inflamatórias intestinais e síndromes genéticas. A recomendação do Ministério da Saúde[14] é a realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia para adultos entre 50 e 75 anos.
	A decisão de rastreio em pacientes de 76 a 85 anos deve ser individualizada, levando-se em consideração a saúde geral.	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreio de rotina para pacientes de 76 a 85 anos, podendo haver considerações que suportem este rastreio individualmente. Para paciente acima de 85 anos, recomenda-se contra o rastreio.[14] O PCDT não traz informações sobre rastreio de pacientes assintomáticos[84].
Câncer de mama (para mulheres assintomáticas, sem neoplasia prévia ou alto risco para mutações de BRCA).[40]	A USPSTF recomenda mamografia a cada 2 anos para pacientes de 50 a 74 anos.	O Ministério da Saúde e o INCA recomendam realização de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.[85] O PCDT traz a mesma recomendação, e não preconiza o rastreio de rotina para mulheres de 70 anos ou mais[86].
	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio para câncer de mama em mulheres de 75 anos ou mais. Também conclui como insuficiente a recomendação da Tomossíntese digital das mamas como método primário de rastreio para mulheres de qualquer idade.	Para mulheres de 70 anos ou mais, não há recomendação.

Condição clínica	Recomendações da USPSTF	Recomendações Entidades Nacionais
Câncer de ovários[41]	A USPSTF recomenda contra o rastreio de mulheres assintomáticas para câncer ovariano, desde que não apresentem síndrome hereditária para nenhum tipo de câncer.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de ovário traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[87] O PCDT relata que não há evidências suficientes para recomendar rastreio em mulheres assintomáticas[88].
Câncer de pâncreas[42]	A USPSTF recomenda contra o rastreio de pacientes assintomáticos com palpação abdominal, ultrassonografia ou marcadores sorológicos.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pâncreas traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[89]
Câncer de pele[43]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para recomendar a realização de rastreio de câncer de pele através do exame visual em busca de lesões potencialmente malignas.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pele melanoma[90] e não melanoma[91] na população geral traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado. O PCDT não traz recomendação de rastreamento para pacientes assintomáticos[92].
Câncer de pulmão[44]	A USPSTF recomenda o rastreio anual com TC de baixa dose para pacientes com idade de 55 a 80 anos que tenham carga tabágica de 30 anos.maço e fumem atualmente ou tenham cessado nos últimos 15 anos. O rastreio deve ser descontinuado após 15 anos de cessação tabágica ou desenvolvimento de condições de saúde que limitem substancialmente a expectativa de vida ou a tolerância a uma cirurgia torácica.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de pulmão na população geral traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado. Há a possibilidade de que a realização de tomografia de baixa dose de radiação em grandes fumantes (um maço por dia por 30 anos) e com idade acima de 55 anos possa reduzir a mortalidade por esse câncer. Entretanto, há riscos ligados à investigação que se segue nos casos positivos. Por isso, a decisão de realizar ou não o exame deve ser discutida entre o paciente e o médico.[93] O PCDT não recomenda o rastreamento, mesmo para fumantes[94].
Câncer de próstata[45]	A decisão de rastreio com PSA para homens de 55 a 69 anos deve ser individualizada, levando-se em consideração valores e preferências, comorbidades e condições de saúde. O rastreio pode trazer pequeno benefício no risco de morte para alguns homens, mas existem os riscos relacionados aos falsos positivos e tratamentos.	De acordo com o INCA[95], não há evidência de que o rastreio do câncer de próstata traga mais benefícios do que riscos e, portanto, recomenda-se a decisão individualizada. A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que homens a partir de 50 anos sejam avaliados para avaliação individualizada. Aqueles de raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. O rastreio deve ser realizado após discussão de riscos e benefícios.[96] O PCDT não recomenda o rastreio de pacientes assintomáticos, de qualquer idade, sendo a decisão individualizada[97].
	A USPSTF recomenda contra o rastreio com PSA em homens de 70 anos ou mais.	Pela Sociedade Brasileira de Urologia, após 75 anos, o rastreio pode ser realizado para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.[96]
Câncer oral[46]	A USPSTF concluiu que a atual evidência é insuficiente para recomendar o rastreio de câncer oral em pacientes assintomáticos.	O INCA não recomenda o rastreamento do câncer de lábio e cavidade oral como estratégia de detecção precoce.[98]
Câncer de testículos[47]	A USPSTF recomenda contra o rastreio para homens assintomáticos.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de testículo traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[99]
Câncer de tireoide[48]	A USPSTF recomenda contra o rastreio para pacientes assintomáticos.	De acordo com o INCA, não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de tireoide traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado.[100] O PCDT não traz informações sobre o rastreio[101].
Clamídia e Gonorreia - mulheres sexualmente ativas[49]	A USPSTF recomenda o rastreio com testes de amplificação de ácidos nucléicos (NAAT) para clamídia e gonorreia em mulheres sexualmente ativas, principalmente em mulheres com alto risco de infecção. Não há evidências que suportem o rastreio em homens.	O PCDT sugere rastreio anual em mulheres sexualmente ativas, principalmente aquelas submetidas a relações sexuais sem preservativo[102].
Declínio cognitivo[50]	A USPSTF não encontrou evidências suficientes para avaliar os riscos e benefícios do rastreio cognitivo.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de rotina de declínio cognitivo em pacientes assintomáticos.
Déficit auditivo[51]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio de perda auditiva de pacientes assintomáticos com 50 anos ou mais.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de perda auditiva em pacientes assintomáticos.
Déficit visual em idosos (65 anos ou mais)[52]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de alteração na acuidade visual de idosos.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de perda visual em pacientes assintomáticos.
Depressão[53]	A USPSTF recomenda o rastreio para depressão na população geral. O rastreio deve ser implementado com sistemas adequados para garantir diagnóstico de acurácia, tratamento efetivo e apropriado seguimento.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de depressão em pacientes assintomáticos.

Condição clínica	Recomendações da USPSTF	Recomendações Entidades Nacionais
Diabetes Mellitus tipo 2 e glicemia de jejum alterada[54]	A USPSTF recomenda o rastreio para glicemia alterada como parte da avaliação de risco cardiovascular em adultos de 40 a 70 anos que estão acima do peso ou obesos, com glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose ou hemoglobina glicada. Os pacientes com glicemia alterada devem ser indicados para realização de aconselhamento de mudança comportamental e intervenções para promoção de dieta saudável e atividade física.	A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda o rastreio (com glicemia de jejum, hemoglobina glicada ou glicemia de 2 horas pós-sobrecarga) de indivíduos acima de 45 anos de idade ou em qualquer idade, com sobrepeso ou obesidade, hipertensão arterial ou história familiar de DM2. [103]
DAOP e DCV - Índice tornozelo-braquial como rastreio e avaliação de risco[55]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do uso do ITB para rastreio e prevenção de DCV e DAOP.	A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular recomenda o uso de ITB como medida de triagem de DAOP. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso de ITB para população de risco de DAOP, visando a tratamento para redução de risco cardiovascular.[104]
Doença Cardiovascular - rastreio com Eletrocardiograma[56]	A USPSTF recomenda contra o rastreio com ECG (repouso ou esforço) para prevenção de DCV em adultos assintomáticos com baixo risco cardiovascular. A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os benefícios e riscos do rastreio de DCV com ECG como forma de prevenção em pacientes com risco intermediário ou alto.	A Associação Nacional de Medicina do Trabalho concluiu que não há evidências científicas suficientes que suportem a recomendação de ECG para rastreamento de Doença Cardiovascular em pacientes assintomáticos[105]. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o ECG como medida de avaliação de risco cardiovascular em pacientes hipertensos.[106]
Doença Cardiovascular – fatores de risco não tradicionais (Índice tornozelo-braquial, proteína C reativa de alta sensibilidade e score de cálcio coronário[57])	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de avaliação de ITB, hsCRP ou CAC como medidas de avaliação de risco para DCV em pacientes assintomáticos como forma de prevenção de eventos cardiovasculares.	A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda avaliação de score de cálcio em pacientes assintomáticos de risco intermediário pelo escore de risco de Framinghan (10 a 20% em 10 anos) ou pelo escore de risco global (homens: 5 a 20%; mulheres 5 a 10% em 10 anos). [107] A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso de ITB para população de risco de DAOP, visando ao tratamento para redução de risco cardiovascular[104].
Doença Celíaca[58]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente par avaliar o balanço entre riscos e benefícios do rastreio de doença celíaca em pessoas assintomáticas.	O PCDT não traz informações sobre o rastreio de pessoas assintomáticas[108].
Disfunções da tireoide[59]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de pacientes assintomáticos.	A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia não recomenda o rastreio para disfunções tireoidianas.[109]
DPOC[60]	A USPSTF recomenda contra o rastreio de pacientes assintomáticos para DPOC.	O PCDT recomenda realização de espirometria para pacientes fumantes ou ex-fumantes, com mais de 40 anos, que apresentem sintomas respiratórios crônicos[110].
Drogas ilícitas - uso[61]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de pacientes para uso de drogas ilícitas.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de uso de drogas em pacientes assintomáticos.
Exame ginecológico[62]	A USPSTF conclui que a atual evidência disponível é insuficiente para avaliar os benefícios e riscos de exame ginecológico de rotina em pacientes assintomáticas.	Não há recomendações nacionais sobre a realização de exame ginecológico. Em nota de 2017, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda visita anual ao ginecologista com avaliação completa.[111]
Estenose de artéria carótida[63]	A USPSTF recomenda contra o rastreio de estenose de artéria carótida em pacientes assintomáticos.	A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular não recomenda o rastreio em pacientes assintomáticos. Porém, em pacientes assintomáticos, mas com suspeita clínica de estenose de artéria carótida, é recomendada realização de Ecodoppler.[112]
Fibrilação atrial[64]	A USPSTF conclui que a atual evidência é Insuficiente para recomendar realização de eletrocardiograma como medida de rastreio de fibrilação atrial de rotina para todos os pacientes assintomáticos acima de 65 anos.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de fibrilação atrial com eletrocardiograma em pacientes assintomáticos.
Glaucoma[65]	A USPSTF conclui que a atual evidência científica não é suficiente para recomendar o rastreio de glaucoma primário de ângulo aberto.	O PCDT não recomenda rastreio para pacientes assintomáticos devido falta de evidências para a população brasileira[113].
Hipertensão arterial[66]	A USPSTF recomenda o rastreio em pacientes de 18 anos ou mais, indicando aferições fora do ambiente clínico para se confirmar o diagnóstico antes de se iniciar tratamento.	As Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Nefrologia e Hipertensão[106] recomenda a avaliação de pressão arterial em todos os pacientes, de forma adequada, no consultório e/ou fora dele. O rastreamento também é recomendado pelo Ministério da Saúde.[14]
Hepatite B[67]	A USPSTF recomenda o rastreio de hepatite B em pacientes sob alto risco de infecção.	O Ministério da Saúde recomenda o rastreio de hepatite B em pacientes de risco de infecção (prática de sexo desprotegido, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua, indígenas, quilombolas e moradores de regiões endêmicas)[114] [115]

Condição clínica	Recomendações da USPSTF	Recomendações Entidades Nacionais
Hepatite C[68]	A USPSTF recomenda o rastreio de hepatite C em pacientes com alto risco de infecção. Também recomenda oferecer um rastreio de hepatite C em adultos nascidos entre 1945 e 1965.	O Ministério da Saúde recomenda o rastreio de hepatite C em pacientes com risco de infecção (indivíduos com 40 anos de idade ou mais, indivíduos que realizaram transfusão, transplante, indivíduos em situação de compartilhamento de material de injeção, acidentes ocupacionais).[114] [115] [116]A Sociedade Brasileira de Hepatologia também recomenda o rastreio em pacientes de risco.[117]
Herpes genital[69]	A USPSTF recomenda contra o rastreio de rotina de herpes genital.	Não há recomendação específica nacional.
HIV (de 15 a 65 anos)[70]	A USPSTF recomenda rastreio para HIV em pacientes de 15 a 65 anos. Adultos com mais de 65 anos sob risco elevado também devem ser rastreados.	O Ministério da Saúde recomenda rastreio para pacientes sob risco (prática de sexo desprotegido, compartilhamento de materiais pérfuro-cortantes e populações prioritárias: profissionais do sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, e pessoas privadas de liberdade).[118] [115]
Osteoporose - rastreio para prevenção de fraturas[71]	A USPSTF recomenda rastreio para osteoporose com densitometria óssea (DXA) para prevenção de fraturas osteoporóticas em mulheres de 65 anos ou mais. A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio em homens.	O PCDT recomenda rastreio com DMO em mulheres com idade ≥ 65 anos e homens com idade ≥ 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco; mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura; mulheres na perimenopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo peso corporal, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamentos de risco bem definido; adultos que sofrerem fratura após os 50 anos; indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; e adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de corticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses[119]. A Sociedade Brasileira de Reumatologia recomenda avaliação óssea com DMO para todas as mulheres de 65 anos ou mais.[120] [121]
Sífilis[72]	A USPSTF recomenda rastreio de infecção de sífilis de pessoas que estão sob elevado risco de infecção.	O PCDT recomenda o rastreio semestral para pacientes homossexuais, Homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, travestis/ transexuais e pessoas que usam álcool e outras drogas com vida sexualmente ativa) e testagem quando houver prática de sexo desprotegido para a população geral[102] [115]
Suicídio[73]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de risco de suicídio.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio de suicídio em pacientes assintomáticos.
Tuberculose latente em adultos sob alto risco[74]	A USPSTF recomenda rastreio de tuberculose latente em pacientes de alto risco.	O Ministério da Saúde orienta rastreio de tuberculose em pacientes com sintomas respiratórios (tosse por mais de 3 semanas) com baciloscopia[122].
Violência contra o idoso[75]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de todos os idosos ou adultos vulneráveis (física ou mentalmente disfuncionais) por abuso ou negligência.	Não há recomendações nacionais para a realização de rastreio universal de violência contra o idoso.
Deficiência de vitamina D[76]	A USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar o balanço entre riscos e benefícios do rastreio de pacientes assintomáticos.	A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia não recomenda o rastreio de deficiência de vitamina D na população geral.[123]

AAA: Aneurisma de aorta abdominal; BRCA 1 e 2: genes humanos que produzem proteínas supressoras de tumor. Estes genes, quando mutados, estão relacionados ao surgimento de câncer de mama; CAC: score coronário de cálcio; DAOP: Doença arterial obstrutiva periférica; DCV: Doença cardiovascular; DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica; DXA: Densitometria por dupla emissão de raios-X; ECG: eletrocardiograma; FA: Fibrilação atrial; HPV: Human Papiloma Virus; hrHPV: Teste molecular para HPV de alto risco; hsCRP: proteína C de alta sensibilidade; ITB: Índice tornozelo-braquial; NAAT: teste de amplificação de ácidos nucleicos; PSA: Prostatic Specifc Antigen; TC: Tomografia computadorizada.

4.1 Considerações Clínicas

4.1.1 Aneurisma de aorta abdominal[32].

Contexto clínico: aneurismas de aorta abdominal são definidos pelo diâmetro aórtico maior ou igual a 3 cm, afetando cerca de 3,9 a 7,2% dos homens e de 1 a 1,3% das mulheres de 50 anos ou mais. O risco primário associado aos aneurismas de aorta abdominal é a ruptura.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: a USPSTF encontrou evidência convincente de que o rastreio para aneurisma de aorta abdominal em homens de 65 a 75 anos que fumaram gera benefício moderado na redução da mortalidade específica e os riscos são pequenos. Para os homens de 65 a 75 anos que nunca fumaram, foi encontrada evidência adequada de que o benefício é pequeno na redução da mortalidade específica. Para mulheres que já fumaram, a USPSTF encontrou evidência insuficiente para comprovar benefício na redução da mortalidade específica. Para mulheres que nunca fumaram, há evidência convincente de que o rastreio traz de nenhum a mínimos benefícios na mortalidade específica, com riscos associados ao rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: rastreio único para homens que já fumaram.

4.1.2 Álcool- Uso abusivo[33]

Contexto clínico: A USPSTF usa o termo uso "não saudável" do álcool para definir o espectro de comportamentos do uso nocivo do álcool (incluindo o uso que causa qualquer tipo de risco até o abuso e a dependência). O uso excessivo de álcool é uma das causas mais comuns de mortalidade prematura nos Estados Unidos. O National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA) define como uso "arriscado" a ingestão de mais de quatro doses (14g de álcool cada dose) por dia (56g de álcool/dia) ou 14 doses (196g/dia) por semana para homens até 64 anos, e três drinks por dia ou sete drinks por semana (42g/dia ou 98g de álcool/dia) para mulheres e homens de 65 anos ou mais.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou adequada evidência de que há benefício moderado na redução do uso abusivo de álcool quando seguido de intervenções de aconselhamento. Há evidência de redução do uso nocivo de álcool de seis a doze meses de seguimento. Na avaliação da USPSTF, foram utilizados diversos instrumentos de avaliação, sendo três deles o AUDIT- C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption), o SASQ (Single Alcohol Screening Question) e o CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.3 Apneia obstrutiva do sono[34]

Contexto clínico: Segundo as pesquisas da USPSTF, a estimativa de prevalência de SAOS (síndrome de apneia obstrutiva do sono) nos EUA é de 10% para casos de SAOS leve e 3,8% a 6,5% para casos moderados a severos. Estes valores de prevalência podem ser maiores, dado o aumento da prevalência de obesidade. SAOS grave está associada ao aumento da mortalidade por todas as causas, incluindo doenças cerebrovasculares, diabetes, declínio cognitivo, piora da qualidade de vida e casos de acidentes automobilísticos.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu que a atual evidência é insfuciente para a recomendação do rastreio, dado a falta de evidência a cerca dos testes de rastreio disponíveis atualmente, havendo necessidade de pesquisas futuras.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.4 Bacteriúria assintomática[35]

Contexto clínico: A bacteriúria assintomática é definida pela USPSTF como a presença de, pelo menos, 10^5 unidades formadoras de colônias de bactérias por ml (mililitros) de urina. A detecção é realizada através da cultura de urina.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF sugere que o rastreio de bacteriúria assintomática é inefetivo no objetivo de melhorar desfechos clínicos, não sendo recomendada a sua realização.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.5 BRCA relacionado ao câncer para mulheres com casos de câncer de mama, ovários, tubas uterinas ou peritoneal na família[36].

Contexto clínico: Os cânceres relacionados a mutações nos genes BRCA são predominantemente mama, ovários, tubas uterinas e peritoneal. O risco de uma mulher apresentar câncer de mama aumenta de 45% para 65% na idade de 70 anos quando há mutações em BRCA. Na população geral, estas mutações ocorrem em uma taxa estimada de 1 em 300 a 500 mulheres (0,2% a 0,3%).

Mulheres que apresentam um ou mais membros da família com uma conhecida mutação potencialmente perigosa nos genes BRCA1 ou BRCA2 devem ser orientadas à realização de aconselhamento genético e testagem. Para as mulheres que apresentam um ou mais membros da família com câncer tubário, mamário, ovário ou peritoneal, deve ser fornecida avaliação de risco (através de diversos instrumentos disponíveis, como Ontario Family History Assessment Tool, Manchester Scoring System, Referral Screening Tool, Pedigree Assessment Tool), e a depender do resultado, encaminhamento para aconselhamento genético e testagem. Deve-se considerar o rastreio para mulheres a partir de 18 anos (quando já podem fornecer seu consentimento).

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada de que o rastreio para mutações dos genes BRCA 1 e 2 em mulheres cuja história familiar sugira risco é moderado. Intervenções que podem reduzir o risco de câncer em mulheres que possuem mutação nos genes BRCA incluem: rastreio mais precoce e intensivo de câncer, uso de modulares seletivos de estrogênio como medição redutora de risco e cirurgia redutora de risco.

Intervalo de rastreio recomendado: não há.

4.1.6 Câncer vesical[37]

Contexto clínico: O câncer vesical é o quarto câncer mais comum em homens e o nono em mulheres nos EUA, sendo a incidência de cerca de 21 casos a

cada 100000 pessoas ou 0,02%. Mais de 90% dos casos dos cânceres vesicais são classificados como carcinomas de células transicionais.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência inadequada para avaliar a acurácia de testes diagnósticos (como análise urinária ou hematúria microscópica, citologia urinária ou biomarcadores urinários) para o rastreio de câncer vesical em pacientes assintomáticos.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.7 Câncer de colo de útero[38]

Contexto clínico: O número de mortes de câncer cervical nos EUA diminuiu substancialmente desde a implementação do rastreio populacional de câncer cervical. A maior parte dos casos de câncer cervical e mortes relacionadas ocorrem entre mulheres que não foram adequadamente rastreadas, tratadas ou com seguimento inadequado.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A redução da mortalidade e morbidade associadas ao rastreio com avaliação citológica é consistente. A USPSTF encontrou evidência adequada de que o rastreio de mulheres até 65 anos (de 21 a 65 anos) reduz substancialmente a incidência de câncer cervical e mortalidade, concluindo com alta certeza que o benefício do rastreio a cada 3 anos (com citologia apenas) ou a cada 5 anos (utilizando tanto a citologia quanto o teste molecular para HPV de alto risco - hrHPV) em mulheres de 30 a 65 anos superam os riscos.

Intervalo de rastreio recomendado: a cada 3 anos com citologia cervical, a cada 5 anos com hrHPV ou a cada 5 anos utilizando combinação dos dois testes, para mulheres até 65 anos. Para mulheres com mais de 65 anos que já foram adequadamente testada anteriormente, a USPSTF não recomenda manutenção do rastreio. Para as mulheres com amis de 65 anos que não foram avaliadas anteriormente, considerar fatores de risco (como presença de lesões pré-cancerosas prévias ou viver em áreas de risco), para decisão individualizada.

4.1.8 Câncer de cólon e reto[39]

Contexto clínico: Câncer colorretal compreende a segunda causa de morte por cânceres nos EUA. É mais frequentemente diagnosticado entre adultos de 65 a 74 anos, sendo a idade média de óbito por este câncer de 73 anos. A USPSTF recomenda o rastreio de acordo com os métodos presentes. Ainda assim, até o momento, nenhum método de rastreio mostrou redução de mortalidade por todas as causas. Não há, nas pesquisas da USPSTF, clareza quanto a superioridade de um teste com relação a outro, porém, deve-se levar em conta a facilidade de realização, o intervalo de tempo, os riscos e a limitação de cada método. A colonoscopia apresenta, neste caso, intervalo de rastreio, bem como disponibilidade. A escolha dos testes caberá ao profissional, considerando-se cada caso.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência convincente do benefício do rastreio do câncer colorretal, capaz de detectar lesões cancerosas em estágio inicial e pólipos adenomatosos em pacientes de 50 a 75 anos. Para pacientes de 76 até 85 anos, os benefícios são menores e os riscos associados aos métodos de rastreio aumentam. Neste caso, deve-se levar em conta se já foi realizado rastreio previamente e, se não, há maior chance de estes pacientes serem beneficiados. Outros fatores a serem considerados são o estado geral de saúde, presença de doenças crônicas e a possibilidade de, havendo a detecção de câncer, o paciente tolerar o tratamento subsequente. A USPSTF não recomenda o rastreio para pacientes de 86 anos ou mais, pois os riscos não superam os benefícios.

Intervalo de rastreio recomendado:

- colonoscopia: a cada 10 anos.
- colonografia por tomografia computadorizada: a cada 5 anos.
- sigmoidoscopia flexível: 5 anos.
- sigmoidoscopia flexível com teste imunoquímico fecal: a cada dez anos, com teste imunoquímico fecal anual.
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes (guaiaco): anual.
- Teste imunoquímico fecal: anual.
- Teste de DNA fecal: a cada 1 a 3 anos.

4.1.9 Câncer de mama (para mulheres que não apresentam alto risco de mutação em genes BRCA ou neoplasia prévia)[40]

Contexto clínico: O câncer de mama é a segunda causa de morte entre as mortes por câncer nos EUA. A idade é o fator de risco mais importante. Os tratamentos para o câncer de mama têm evoluído e, desta forma, as vantagens da detecção precoce desta doença também aumentam.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada de que a mamografia reduz a mortalidade por câncer de mama em mulheres de 40 a 74 anos. O início do rastreio parece ser benéfico a partir dos 50 anos (a partir dos 40 anos, deve-se realizar o rastreio conforme decisão individualizada). O método avaliado pelas pesquisas da USPSTF foi a mamografia. Quanto a tomossíntese digital mamária, ainda não há evidências suficientes que autorizem o seu uso como método primário de rastreio. Não há evidência suficiente que suporte o rastreio em mulheres de 75 anos ou mais.

Intervalo de rastreio recomendado: mamografia a cada 2 anos.

4.1.10 Câncer de ovários[41]

Contexto clínico: O câncer ovariano é a quinta causa de morte por câncer nos EUA, sendo que a primeira causa de morte entre os cânceres ginecológicos, apesar de usa baixa incidência. Mais de 95% dos óbitos ocorre em mulheres acima de 45 anos.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada de que o rastreio para câncer de ovários com ultrassonografia transvaginal, avaliação sérica de marcador tumoral CA-125 ou a combinação dos dois não reduz a mortalidade, não estando indicado o seu rastreio (considerando-se mulheres que não apresentem síndrome hereditária para nenhum tipo de câncer).

Intervalo de rastreio recomendado: não há.

4.1.11 Câncer de pâncreas[42]

Contexto clínico: O câncer de pâncreas é uma doença que, ainda atualmente, apresenta mau prognóstico quando diagnosticado. Há interesse crescente nas possibilidades de prevenção primária, porém ainda faltam evidências.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF não encontrou evidência de que o rastreio de câncer pancreático é efetivo na redução da mortalidade. Há potencial de significativos riscos neste rastreio, devido ao fato de ser uma doença com baixa prevalência, com testes diagnósticos de baixa acurácia e potencialmente invasivos, além de resultados ruins de tratamento. Sendo assim, os riscos superam os benefícios.

Intervalo de rastreio recomendado: não há.

4.1.12 Câncer de pele[43]

Contexto clínico: O câncer de pele inclui o melanoma e os carcinomas basocelular e espinocelular. Os carcinomas basocelular e espinocelular são os tipos mais comuns nos Estados Unidos, porém apresentam baixo potencial de malignização, enquanto o melanoma apresenta altas taxas de mortalidade.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF não encontrou evidência de que o rastreio de câncer de pele através do exame visual seja capaz de reduz morbidade e mortalidade, devido às baixas sensibilidade e especificidade na detecção das lesões.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.13 Câncer de pulmão[44]

Contexto clínico: O câncer de pulmão é o terceiro câncer mais comum e a princial causa de mortes por câncer nos EUA. O fator de risco mais importante é o tabagismo, resultando em cerca de 85% dos casos de câncer. A incidência ocorre, geralmente, em pessoas de 55 anos ou mais. O prognóstico é ruim, e cerca de 90% das pessoas vão a óbito por esta doença.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência convincente de que o rastreio com tomografia computadorizada de baixa dose traz benefício moderado em pessoas sob alto risco de câncer de pulmão por idade avançada e exposição ao cigarro (carga tabágica de 30 anos/maço, fumando atualmente ou que tenham cessado nos últimos 15 anos). O rastreio deve ser interrompido após 15 anos de cessação do tabagismo ou desenvolvimento de condições de saúde que limitem a expectativa de vida.

Intervalo de rastreio recomendado: anual.

4.1.14 Câncer de próstata[45]

Contexto clínico: O câncer de próstata é um dos mais comuns tipos de câncer nos homens. Nos EUA, o risco de diagnóstico é de 11% e o risco de óbito de 2,5%.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: O rastreio realizado com avaliação do PSA (Prostatic Specifc Antigen) apresenta benefícios e riscos potenciais, e a USPSTF não recomenda o rastreio de rotina para todos os homens, a não ser que haja preferência do paciente, após ter sido informado de todos os riscos e benefícios dessa decisão. Quando positivo, o rastreio pode levar a realização de ultrassonografia com biópsia, trazendo seus riscos inerentes ao procedimento invasivo, além dos efeitos do tratamento. A USPSTF não recomenda o rastreio para homens com 70 anos ou mais.

Intervalo de rastreio recomendado: A USPSTF não recomenda intervalo de rastreio, dado que a decisão deve ser individualizada. Os diversos estudos utilizados para a realização desta recomendação utilizam diferentes intervalos de rastreio.

4.1.15 Câncer oral[46].

Contexto clínico: O câncer oral inclui o câncer de lábios, cavidade oral e faringe. Cerca de 90% de todos os casos são classificados como carcinoma de

células escamosas. Os principais fatores de risco são uso de álcool, tabagismo e exposição ao HPV.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: Não foram encontradas evidências diretas de que o rastreio para câncer oral possa reduzir a morbidade ou a mortalidade na população geral ou de alto risco, não sendo recomendado pela USPSTF devido a evidências insuficientes que suportem esse rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.16 Câncer de testículos[47]

Contexto clínico: O câncer testicular é o tipo mais comum de câncer entre homens de 15 a 34 anos, no entanto, a sua incidência é baixa, sendo considerado um tipo raro de câncer.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: Dado o fato de o câncer de testículos apresentar baixa incidência e boa resposta ao tratamento, mesmo em casos de doença avançada, há evidência adequada de que os benefícios do rastreio em homens assintomáticos é mínimo ou inexistente. Assim, a USPSTF recomenda contra o seu rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.17 Câncer tireoide[48]

Contexto clínico: O câncer de tireoide tem apresentado aumento significativo em sua frequência nos EUA, mas a maioria dos casos apresenta bom prognóstico.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência inadequada que permitisse determinar se o rastreio de câncer de tireoide através de palpação cervical ou ultrassonografia poderia apresentar resultados positivos em termos de saúde. Assim, a USPSTF não recomenda o rastreio de pacientes assintomáticos, pois os riscos superam os benefícios.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.18 Clamídia e Gonorreia (em mulheres sexualmente ativas)[49]

Contexto clínico: Clamídia e gonorreia são as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns nos EUA. Devido ao fato de muitas vezes o quadro clínico ser assintomático, a incidência deve ser ainda maior do que se é reportado. Apesar de poderem ser assintomáticas, as infecções por clamídia e gonorreia podem levar a complicações como doença inflamatória pélvica e dor pélvica crônica.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada de que os testes de rastreio disponíveis podem detectar clamídia e gonorreia, sendo sugerido o uso de NAAT (teste de amplificação de ácidos nucleicos). É indicado o rastreio para mulheres sexualmente ativas, não havendo evidências suficientes atualmente para suportar o rastreio em homens.

Intervalo de rastreio recomendado: sugere-se novo rastreio sempre que houver persistência ou surgimento de novos fatores de risco para exposição.

4.1.19 Declínio cognitivo[50]

Contexto clínico: As demências afetam aproximadamente 2,4 a 5,5 milhões de pessoas nos EUA. A sua prevalência aumenta com a idade, de 5% em pessoas de 71 a 79 anos a 24% de 80 a 89 anos, chegando a 37% em pessoas com mais de 90 anos. O declínio cognitivo é uma das principais manifestações do quadro demencial.
Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu que a evidência atual para o rastreio de declínio cognitivo em pacientes assintomáticos é insuficiente, apesar de já haver evidências adequadas de que alguns instrumentos para a identificação de demência (como o Mini Exame do Estado Mental) apresentam sensibilidade e especificidade suficientes para aplicação em pacientes que já apresentem sintomas sugestivos de demência.
Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.20 Déficit auditivo[51]

Contexto clínico: Perda auditiva neurossensorial relacionada à idade é um problema de saúde comum entre adultos de 50 anos ou mais. A perda auditiva pode afetar a interação social e a qualidade de vida.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu que a atual evidência é inadequada para determinar se o rastreio de perda auditiva em pacientes assintomáticos é capaz de gerar resultados positivos. Quanto aos riscos do rastreio, a USPSTF acredita que, dada a natureza não invasiva dos testes diagnósticos, os riscos provavelmente são mínimos ou inexistentes.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.21 Déficit visual[52]

Contexto clínico: A perda da acuidade visual em idosos é um problema de saúde pública. Em 2011, cerca de 12% dos adultos de 65 a 74 anos e 15% dos adultos de 75 anos ou mais relataram apresentar problemas para enxergar, mesmo utilizando óculos.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência convincente de que o rastreio para perda visual com testes de acuidade visual podem detectar erros refrativos, não sendo, porém, capaz de detectar outros problemas como degeneração macular relacionada a idade e catarata. Assim, a USPSTF conclui que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios do rastreio de perda visual e fornecer uma avaliação coerente.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.22 Depressão

Contexto clínico: A depressão está entre as principais causas de incapacidade em pessoas de todas as idades, incluindo idosos. O transtorno depressivo afeta as esferas pessoal, profissional, familiar e a sociedade como um todo, levando muitos pacientes a procurarem auxílio.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada de que programas combinando avaliação de rastreio de depressão associados a suporte adequado para o tratamento melhora os resultados clínicos, como a redução e a remissão dos sintomas. Além disso, há evidência de que o adequado diagnóstico através do rastreio e encaminhamento para tratamento (com antidepressivos, psiscoterapia ou ambos) leva a queda da morbidade. Alguns instrumentos de rastreio utilizados são o PHQ (Patient Health Questionnaire) e a Escala de Depressão Geriátrica.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há intervalo definido, sendo realizado a critério clínico.

4.1.23 Diabetes Mellitus tipo 2 e glicemia de jejum alterada[54]

Contexto clínico: A doença cardiovascular é a causa principal de morte nos EUA, e cerca de um quarto destes óbitos são considerados evitáveis. A Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 é uma desordem metabólica caracterizada por resistência insulínica e deficiência relativa da insulina, resultando em hiperglicemia. O metabolismo anormal da glicose, desde a glicemia de jejum alterada até a DM tipo 2 instalada, é importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada que suporta o rastreio de DM tipo 2 e glicemia de jejum alterada em pacientes que estão com sobrepeso ou obesos (considerados pacientes sob maior risco de desenvolvimento de alterações da glicose) de 40 a 70 anos. Os testes sugeridos são a hemoglobina glicada, o teste de tolerância oral à glicose e a avaliação sérica da glicemia de jejum (é necessária confirmação com repetição dos testes, de preferência em dias diferentes). Após diagnóstico, esses pacientes devem ser encaminhados para aconselhamento e seguimento quanto a estilo de vida saudável.

Intervalo de rastreio recomendado: as evidências são limitadas quanto ao intervalo de rastreio, porém alguns estudos sugerem rastreio a cada 3 anos.

4.1.24 Doença Arterial Periférica (DAOP) e Doença Cardiovascular: Rastreio e avaliação de risco com o Índice Tornozelo-Braquial[55]

Contexto clínico: A doença arterial obstrutiva periférica é definida pela aterosclerose dos membros inferiores, que pode dificultar a caminhada e, em casos graves, levar a perda tecidual, infecção e amputação. Além da morbidade diretamente relacionada a doença, é importante fator de risco para doenças cardiovasculares. O índice tornozelo-braquial é utilizado para diagnóstico da DAOP, sendo calculado através da medida da pressão arterial sistólica aferida no tornozelo dividida pela pressão arterial sistólica aferida na artéria braquial com o paciente em decúbito horizontal. Uma razão menor que 1 (geralmente definida como <0,9) é considerada anormal e define a DAOP.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu que a atual evidência é insuficiente para recomendar o rastreio de DAOP e risco cardiovascular com índice tornozelo-braquial em pacientes assintomáticos e sem doença cardiovascular instalada, não sendo possível avaliar os riscos e benefícios.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.25 Risco de Doença Cardiovascular: Rastreio com Eletrocardiograma[56]

Contexto clínico: A doença cardiovascular que compreende a doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial obstrutiva periférica entre outras, é a principal causa de morte nos EUA. Atualmente, existem diversos instrumentos para avaliação dos riscos cardiovasculares, entre eles o escore de risco de Framingham e a "pooled cohort equation" para avaliação de risco de evento cardiovascular em 10 anos. O eletrocardiograma é um exame comumente solicitado para avaliação cardiovascular, porém, em pacientes assintomáticos, não é utilizado como medida para rastreio de risco cardiovascular. Para uso desta recomendação, a USPSTF recomenda o uso da "pooled cohort equation" para avaliação do risco de evento cardiovascular em 10 anos (se menor do que 7,5%, considera-se baixo risco; se maior ou igual a 7,5%, considera-se de alto risco).

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF recomenda contra o uso de eletrocardiograma de repouso ou de esforço para o rastreio de risco cardiovascular em pacientes de baixo risco. Há moderada certeza de que os potenciais riscos são iguais ou superam os benefícios do rastreio. Em pacientes de alto risco, as atuais evidências são insuficientes para recomendar o rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.26 Risco de Doença Cardiovascular: Rastreio com fatores de risco não tradicionais[57]

Contexto clínico: A doença cardiovascular que compreende a doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial obstrutiva periférica entre outras, é a principal causa de morte nos EUA. Atualmente, existem diversos instrumentos para avaliação dos riscos cardiovasculares, entre eles o escore de risco de Framingham e a "pooled cohort equation" para avaliação de risco de evento cardiovascular em 10 anos. Estudos têm buscado observar a presença de outros fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular, como o índice tornozelo-braquial (IBT), o score coronário de cálcio (CAC) e a proteína C de alta sensibilidade (hsCRP). A USPSTF realizou a revisão destes três fatores de risco pelo fato de os estudos atuais identificarem estes como os mais promissores fatores de risco capazes de melhorar as atuais ferramentas disponíveis.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: a USPSTF encontrou evidência adequada de que adicionar os fatores de risco não tradicionais (IBT, CAC e hsCRP) para avaliação de risco cardiovascular, em associação com os modelos tradicionais já utilizados (score de risco de Framingham e "pooled cohort equartion") pode melhorar na reclassificação e discriminação, porém, são alterações muito pequenas, que não trazem nenhum significado clínico. Assim, a USPTF conclui que as evidências atuais são insuficientes para suportar o rastreio com a utilização destes fatores de risco não tradicionais como forma de prevenção de eventos cardiovasculares.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.27 Doença Celíaca[58]

Contexto clínico: A doença celíaca é uma doença sistêmica autoimune que ocorre em pessoas geneticamente predispostas que é acionada pelo glúten ingerido na dieta. A ingestão do glúten, nestes pacientes, causa resposta inflamatória imuno-mediada no intestino delgado, podendo causar alterações gastrointestinais e não gastrointestinais, com variação de apresentação clínica, severidade dos sintomas e história natural da doença. Os dados de prevalência são limitados.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência inadequada sobre a acurácia dos testes de rastreio de doença celíaca em pacientes assintomáticos, sobre os potenciais benefícios e riscos do rastreio e sobre os benefícios do tratamento dos pacientes com rastreio positivo para a doença. Assim, conclui que a atual evidência é insuficiente para suportar o rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.28 Disfunções da tireoide[59]

Contexto clínico: As disfunções da tireoide estão entre as doenças endócrinas mais comuns, podendo ser assintomáticas até clinicamente detectáveis. O termo disfunções da tireoide foi definido pela USPSTF como o espectro de desordens relacionadas a glândula tireoide. O espectro vai desde o hipotireoidismo subclínico assintomático até o hipertireoidismo nesta revisão da USPSTF.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF não encontrou nenhuma evidência direta de que os benefícios superem os riscos do rastreio de disfunção da tireoide. Há diversos questionamentos sobre os valores normais de TSH, que podem variar entre as diferentes populações. Assim, a USPSTF encontrou evidências insuficientes para recomendar o rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.29 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)[60].

Contexto clínico: Cerca de 14% dos indivíduos com 40 a 79 anos nos EUA apresentam DPOC, que compreende a terceira causa de morte nos EUA. O DPOC é definido pela limitação da via aérea que não é totalmente reversível, sendo uma doença associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões às partículas ou gases danosos. O diagnóstico é baseado na espirometria com broncodilatador. Os principais fatores de risco são tabagismo e exposição a fumaças tóxicas.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF determinou que a detecção precoce de DPOC, antes do desenvolvimento de sintomas, não altera o curso da doença ou melhora qualidade de vida, morbidade ou mortalidade. Logo, conclui com moderada certeza de que o rastreio não apresenta benefícios. Assim, a USPSTF recomenda contra o rastreio de DPOC em pacientes assintomáticos.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.30 Drogas ilícitas[61]

Contexto clínico: O uso de drogas ilícitas configura grave problema de saúde pública nos EUA, estando entre as 10 causas evitáveis de morte, perda de qualidade de vida e incapacidade em países desenvolvidos.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: Os profissionais de saúde devem estar atentos a sinais e sintomas sugestivos de uso ilícito de drogas, porém, o rastreio de pacientes assintomáticos permanece incerto. A USPSTF concluiu que as atuais evidências são insuficientes para suportar o rastreio de uso de drogas ilícitas em pacientes assintomáticos.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.31 Exame ginecológico[62]

Contexto clínico: A avaliação pélvica é uma importante integrante do exame físico como um todo. É capaz de detectar não apenas doenças malignas, mas

diversas outras condições relacionadas ao útero, ovários, incluindo doenças infecciosas e doença inflamatória pélvica. Apesar disso, não se tem clareza dos benefícios, em morbidade e mortalidade, da realização do exame ginecológico como avaliação de rotina em mulheres assintomáticas.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu que a atual evidência é insuficiente para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o rastreio de rotina em mulheres assintomáticas para a detecção precoce de doenças ginecológicas. As atuais evidências são de baixa qualidade, com poucos estudos que suportem essa recomendação.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.32 Estenose de artéria carótida[63]

Contexto clínico: O acidente vascular encefálico (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade nos EUA. Apesar de ser fator de risco para AVC, a estenose de artéria carótida (definida pela presença de 60 a 99% de estenose) causa uma proporção relativamente pequena de casos. A forma mais factível de avaliação de estenose de artéria carótida é a ultrassonografia e, apesar de as evidências indicarem alta sensibilidade e especificidade, na prática, este exame gera muitos resultados falsos positivos na população geral, que apresenta uma baixa prevalência de estenose de carótidas (aproximadamente 0,5 a 1%).

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF não encontrou nenhuma evidência de que o rastreio para estenose de artéria carótida leve a tratamentos adicionais e benefícios superiores ao tratamento padrão já realizado tendo por base os fatores de risco cardiovascular já utilizados. Para avaliação da população geral, a magnitude dos benefícios varia de pequena a inexistente. Dessa forma, a USPSTF recomenda contra o rastreio de rotina em pacientes assintomáticos.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.33 Fibrilação atrial[64]

Contexto clínico: A fibrilação atrial é a arritmia cardíaca mais comum, e sua prevalência aumenta com a idade, afetando cerca de 3% dos homens e 2% das mulheres com idade de 65 a 69 anos e cerca de 10% dos indivíduos com mais de 80 anos. A fibrilação atrial é um importante fator de risco para acidente vascular cerebral isquêmico.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência inadequada para determinar os riscos e benefícios do rastreio para fibrilação atrial com eletrocardiograma em pacientes assintomáticos de 65 anos ou mais.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.34 Glaucoma[65]

Contexto clínico: O glaucoma de ângulo aberto afeta aproximadamente 2,5 milhões de americanos e é uma das principais causas de perda visual (principalmente, perda da visão periférica) e cegueira.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência inadequada de que o rastreio de pacientes assintomáticos para glaucoma de ângulo aberto reduza o número de pacientes com perda visual ou melhore qualidade de vida, concluindo assim que as evidências atuais são insuficientes realizar a recomendação.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.35 Hipertensão arterial[66]

Contexto clínico: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição prevalente, afetando cerca de 30% da população dos EUA. É a doença mais comum diagnosticada em consultas médicas. A HAS é um importante fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, AVC e doença renal crônica.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: As evidências são bem estabelecidas para o rastreio para HAS, sendo recomendado desde 2003 pela USPSTF. A USPSTF recomenda o rastreio de HAS em pacientes adultos a partir de 18 anos, com alta certeza do benefício na redução da incidência de eventos cardiovasculares. Recomenda-se a confirmação da aferição realizada na consulta médica com aferições fora do consultório (sugerindo-se utilizar monitorização residencial da pressão arterial ou monitorização ambulatorial da pressão domiciliar). O objetivo desta recomendação não é definir valores para o diagnóstico de hipertensão arterial, dada a variabilidade encontrada nas diferentes recomendações atuais, mas sim, orientar o rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Anual para pessoas com alto risco para HAS (pacientes que já apresentam HAS, pessoas com sobrepeso e obesidade e afro-americanos). Para pessoas sem esses fatores de risco, rastreio a cada 3 a 5 anos.

4.1.36 Hepatite B[67]

Contexto clínico: Aproximadamente 700 000 a 2,2 milhões de pessoas nos EUA apresentam infecção crônica pelo HBV (Hepatitis B Virus). A história natural da infecção crônica pelo HBV varia, mas pode incluir o potencial de sequelas a longo prazo, principalmente de cirrose hepática, descompensação da função hepática e carcinoma hepatocelular. O diagnóstico pode ser feito através dos marcadores sorológicos, os imunoensaios para detecção de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) apresentam sensibilidade e especificidade maiores de 98%. Os fatores de risco variam muito entre os estudos, mas foram considerados para a recomendação: viver em país com alta prevalência de hepatite B (neste caso, considerado de 5 a 7%), não ter sido vacinado para hepatite B, pessoas sob tratamento imunossupressor e aqueles que realizam hemodiálise, uso de drogas injetáveis, em situações onde há alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, presídios e outros conforme julgamento clínico.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu que o rastreio apresenta benefício pelo menos moderado para populações sob alto risco

de infecção de HBV, dada a acurácia dos testes de rastreio e a efetividade do tratamento antiviral.

Intervalo de rastreio recomendado: a USPSTF não encontrou evidência adequada que permita definir um intervalo de rastreio, ficando a critério clínico esta decisão. Porém, sugere-se rastreio periódico para aqueles pacientes sob alto risco de infecção.

4.1.37 Hepatite C[68]

Contexto clínico: A hepatite C é a doença mais comum entre aquelas transmitidas pelo snague nos EUA e umas das principais causas de doença crônica hepática. A prevalência dos anticorpos anti-HCV (hepatites B vírus) nos EUA é de aproximadamente de 1,6% em pessoas não institucionalizadas. O fator de risco mais importante para a infecção pelo HCV é uso atual ou pregresso de drogas injetáveis, e outro fator de risco bem estabelecido é a realização de transfusão sanguínea antes do ano de 1992. Fatores de risco adicionais incluem realização de hemodiálise, ser nascido de mão portadora de HCV, ser presidiário, uso de drogas intranasais, realização de tatuagens sem utilização dos métodos adequados e outras exposições percutâneas. A transmissão por vias sexuais não está bem estabelecida, de acordo com as revisões sistemáticas realizadas pela USPSTF.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência adequada de que a realização do teste sorológico para detecção de anticorpo anti-HCV, seguido de confirmação por teste de reação em cadeia da polimerase consegue detectar com acurácia a infecção crônica pelo HCV em pacientes sob alto risco de infecção.

Intervalo de rastreio recomendado: Um rastreio em todos os adultos nos EUA que nasceram entre 1945 e 1965. Sugere-se rastreio periódico em pacientes sob alto risco de infecção.

4.1.38 Herpes Genital[69]

Contexto clínico: O Herpes Genital á uma infecção sexualmente transmissível (IST) de alta prevalência nos EUA. É causada por 2 subtipos de HSV (Herpes Simplex Virus), HSV-1 e HSV-2. As medicações antivirais pode promover alívio das lesões, porém não causam a cura.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: Tendo como base a história natural da infecção pelo HSV, sua epidemiologia e as atuais evidências na acurácia dos testes sorológicos disponíveis, a USPST encontrou evidência adequada de que os riscos suepram os benefícios do rastreio em pacientes assintomáticos.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.39 Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)[70]

Contexto clínico: Estima-se que 1,2 milhões de pessoas nos EUA vivem atualmente com HIV, e a incidência anual da doença é de aproximadamente 50 000 casos. Aproximadamente 20 a 25% das pessoas portadoras de HIV desconhecem esse fato.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: Essa recomendação envolve pacientes de até 65 anos e para pessoas de mais de 65 anos com fatores de risco. A USPSTF encontrou evidência convincente de que o teste rápido para HIV são capazes de diagnosticar a doença com alta acurácia. Os fatores de risco são variáveis, mas a USPSTF considera os seguintes: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, relato de relações sexuais sem uso de preservativos, profissionais do sexo e portadores de outras infecções sexualmente transmissíveis.

Intervalo de rastreio recomendado: As evidências são insuficientes para determinar o intervalo de tempo ótimo para o rastreio de HIV, mas sugere-se pelo menos um rastreio para avaliação e, posteriormente, a critério clínico, conforme fatores de risco.

4.1.40 Osteoporose para prevenção de fraturas[71]

Contexto clínico: A osteoporose é uma condição de alta prevalência que está associada a limitação da deambulação, dor crônica e incapacidade, perda de independência e perda da qualidade de vida.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidência convincente de que os testes de medição óssea são de boa acurácia para predição de fraturas osteoporóticas em homens e mulheres, sendo a DXA (Densitometria por dupla emissão de raios-X) o mais comumente utilizado na prática clínica e nos estudos utilizados para a revisão sistemática da USPSTF. A USPSTF recomenda o rastreio de mulheres de 65 anos ou mais, sendo as atuais evidências insuficientes para recomendar o rastreio para homens. Também é recomendado o rastreio para mulheres com menos de 65 anos que apresentem fatores de risco para fraturas relacionadas à osteoporose (risco calculado por instrumentos como o FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), que estima a possibilidade de fraturas nos próximos dez anos.

Intervalo de rastreio recomendado: As evidências são insuficientes para determinar intervalo de tempo de rastreio.

4.1.41 Sífilis[72]

Contexto clínico: A sífilis é uma doença sistêmica crônica causada pela bactéria *T pallidum*. O número de casos de sífilis tem se elevado nos últimos anos, e os casos podem ser encontrados nas fases primária, secundária ou terciária. A sífilis primária pode ser detectada pela presença de úlceras genitais; a sífilis secundária apresenta rash, lesões mucocutâneas e linfadenopatia; e a sífilis terciária pode incluir lesões inflamatórias no sistema cardiovascular, pele, ossos ou outros tecidos. A neurossífilis pode acontecer em qualquer estágio.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou adequada evidência de que o rastreio para sífilis em pessoas assintomáticas que estão sob risco de infecção promove benefício substancial, dado que o tratamento com antibióticos pode prevenir a progressão da doença com poucos riscos. O teste

envolve dois passos: avaliação sorológica com VDRL e, em seguida, teste confirmatório com detecção do anticorpo treponêmico (com FTA-ABS - fluorescent treponemal antibody absorbtion - ou TTPA test - *Treponema pallidum* particle aglutination test). Os fatores de risco considerados para essa revisão da USPSTF foram: homens que fazem sexo com homens, indivíduos vivendo com HIV, as condições epidemiológicas da comunidade em que o profissional está inserido,

Intervalo de rastreio recomendado: Não há definição sobre o intervalo de rastreio, porém pode haver benefício de rastreio com menor intervalo de tempo em pessoas com alto risco.

4.1.42 Suicídio[73]

Contexto clínico: Segundo dados da USPSTF, o suicídio representa importante causa de morte por todas as causas nos EUA, variando entre gênero, idade ou etnia. Os transtornos psiquiátricos e as tentativas prévias de suicídio aumentam os riscos.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF encontrou que as atuais evidências são insuficientes para concluir que o rastreio para risco de suicídio pode identificar corretamente os pacientes sob risco.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.43 Tuberculose latente[74]

Contexto clínico: Nos EUA, a tuberculose ainda representa importante doença infecciosa, incluindo a tuberculose ativa e a infecção latente, que é assintomática, mas pode ser reativada e progredir para tuberculose ativa. As taxas de progressão podem ser mais altas em pessoas com alguns fatores de risco. Uma estratégia eficaz para redução da transmissão, morbidade e mortalidade desta doença é a identificação precoce e tratamento da tuberculose latente, evitando sua progressão para doença ativa.

Benefícios da detecção e tratamento precoce: A USPSTF concluiu com moderada certeza de que o benefício do rastreio para tuberculose latente em

pessoas sob risco é moderado. Os testes indicados são o TST (Mantoux tuberculin test) e o IGRA (Interferon-gamma release assay), sendo que ambos possuem moderada sensibilidade e alta especificidade. Os fatores de risco encontrados na revisão da USPSTF foram: pessoas que residem em áreas de alta prevalência da doença, moradores de centros com alta prevalência da doença, como presídios e albergues e imunossuprimidos, sempre levando em conta as condições epidemiológicas do local e o julgamento clínico.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há intervalo de rastreio definido, podendo variar de um rastreio único no indivíduo que se encaixa nos fatores de risco, até repetição conforme julgamento clínico.

4.1.44 Violência contra o idoso[75]

Contexto clínico: O abuso de idosos vulneráveis é uma condição comum porém pouco detectada nos EUA. Além das consequências diretas do abuso (como ferimentos e óbito, há prejuízos na saúde mental, podendo gerar transtornos psiquiátricos como depressão e transtorno de estresse pós-traumático.

Benefícios do rastreio e tratamento precoce: Devido à falta de evidência, a USPSTF conclui que os benefícios e riscos do rastreio para violência contra o idoso são incertos, não sendo possível realizar recomendação de rastreio.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

4.1.45 Vitamina D[76]

Contexto clínico: A USPSTF encontrou, na sua revisão, que baixos níveis de vitamina D estão relacionados com risco aumentado de fraturas, limitação funcional, câncer, diabetes, doença cardiovascular, transtorno depressivo e morte. No entanto, não existe consenso sobre a definição dos valores ótimos de vitamina D sérica (25-hidróxi-colecalciferol), variando entre os estudos disponíveis atualmente, a depender da população estudada.

Benefícios do rastreio e tratamento precoce: A USPSTF encontrou evidências sugerindo variabilidade considerável na forma como a vitamina D sérica

é medida, e há grande incerteza sobre quais os níveis de deficiência que indiquem tratamento para melhorar o estado de saúde. Além disso, também faltam informações sobre como aferir e tratar a deficiência de vitamina D de acordo com as diferentes características (como homens, grupos étnicos não caucasianos, obesos, entre outros). Assim, a USPSTF conclui que a atual evidência para indicar o rastreio para melhorar desfechos é insuficiente, e os riscos e benefícios não podem ser determinados.

Intervalo de rastreio recomendado: Não há.

5. Discussão

A avaliação do idoso normalmente difere da avaliação médica padrão. Para os pacientes idosos, especialmente os muito idosos ou frágeis, o levantamento do histórico e a avaliação física podem requerer mais de uma sessão para abranger todos os itens necessários na avaliação clínica, que envolvem diversos domínios, variando desde doenças clínicas até o uso de múltiplas medicações.

Os idosos costumam apresentar diversos problemas de saúde e, muitas vezes, necessitam de cuidados mais complexos em virtude de múltiplos distúrbios que podem requerer o uso de diversos medicamentos, o que envolve a maior probabilidade de prescrição de um medicamento de alto risco[124]. Os diagnósticos podem ser complicados, tornando-se tardios, negligenciados ou equivocados e, algumas vezes, os medicamentos são usados de modo inapropriado.

O envelhecimento saudável deve ser objetivo prioritário para os profissionais e serviços de saúde. Para isso, é necessário planejamento levando-se em conta, principalmente, o investimento em serviços preventivos[125]. A prevenção constitui-se como importante medida de saúde pública e pode ser realizada através da identificação de fatores de risco para doenças em pessoas assintomáticas e, a partir disso, realização de intervenções para diagnóstico[14].

Os estudos mostram a eficácia das intervenções preventivas, porém é necessário incorporar características individuais (como expectativa de vida, metas de cuidados, capacidade funcional (CF) e comorbidades) nas decisões de rastreamento, pois tais características podem alterar a probabilidade de que uma pessoa receba uma intervenção preventiva ao se avaliar o balanço entre os riscos e os benefícios.[126,127]. A CF inclui os requisitos clínicos necessários para manter a independência no próprio ambiente do indivíduo, sendo avaliada pelas atividades básicas da vida diária (ABVDs) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A piora da CF pode afetar os desfechos de saúde, aumentando a probabilidade de institucionalização pós alta hospitalar e mortalidade[128].

Quando realizada a avaliação clínica de idosos é importante determinar as metas de cuidados e a capacidade de tomada de decisão, elaborando planos diagnósticos e terapêuticos baseados nas necessidades e objetivos do paciente e seus cuidadores. Para isso, deve-se considerar o prognóstico para estimar benefícios e riscos das avaliações e intervenções propostas. É necessário estar ciente

que a elaboração do prognóstico está em constante atualização, utilizando modelos baseados além da idade para determinar estimativas mais acuradas da expectativa de vida. Considerar tais estimativas no contexto das metas de cuidados do paciente representa um ponto de partida importante para orientar decisões e planos de tratamento[129,130].

O objetivo deste trabalho não é a sugestão de que sejam realizados rastreamentos populacionais ou a solicitação sistemática de exames diagnósticos, mas sim, compilar as mais recentes evidências existentes para a avaliação clínica em pessoas idosas, facilitando a tomada de decisão do profissional de saúde, tendo em vista a grande quantidade de publicações disponíveis, porém em múltiplas fontes e gerando dúvidas quanto a força de recomendação, qualidade das fontes e indicação da realização do rastreio, levando-se em conta características de saúde de cada indivíduo.

As recomendações que foram apresentadas são direcionadas à avaliação preventiva de pessoas sem queixas ou sintomas. No paciente idoso, é importante atentar para as manifestações atípicas dos sintomas e condições subclínicas, no qual anamnese adequada e exame clínico são soberanos e fundamentais. Neste tipo de paciente, faz-se necessária a avaliação de outros itens conforme preconizados na Avaliação Geriátrica Ampla[131], o que sempre deve ser levado em conta na avaliação clínica do paciente geriátrico.

Diante dessa complexidade do paciente idoso, a avaliação clínica assume grande importância. Há evidências de que a avaliação de rotina em pessoas idosas assintomáticas, quando bem indicada, pode realizar diagnóstico precoce, limitando a gravidade da doença e, consequentemente, diminuindo a incapacidade e a mortalidade por doença específica. Além disso, reduções significativas na mortalidade, morbidade e nos gastos em saúde podem ser atingidos através da colaboração entre a população e os sistemas de saúde, quando há planejamento adequado[126].

No entanto, o rastreamento referido neste trabalho refere-se à realização de rastreio oportunístico, e não populacional, ou seja, a realização oportuna da pesquisa de doenças e condições de risco em pacientes durante avaliação médica. As recomendações da USPSTF, que serviram como base para a

realização deste trabalho, não levam em conta o fator custo quando da classificação da força de recomendação, através do sistema GRADE. Assim, benefícios de ordem econômica, como por exemplo a redução da solicitação de exames desnecessários ou diminuição de custos com o tratamento precoce de doenças, podem ser presumidos, porém não podem ser estimados, dada a natureza do rastreio.

O risco da ocorrência de efeitos adversos de uma condição e o benefício potencial da detecção precoce devem ser considerados no contexto da expectativa de vida individual. Importante componente a ser avaliado é como os indivíduos veem os danos e benefícios potenciais e integram seus valores e preferências nas decisões de rastreamento[132].

Como idosos frequentemente não são incluídos nos testes de serviços preventivos, a USPSTF frequentemente destaca as lacunas críticas nas pesquisas e a necessidade de mais pesquisas nessa faixa etária[133,134]

Na prática clínica, recomendações de qualidade são essenciais para nortear o profissional de saúde, e a utilização de fontes de qualidade é primordial. O trabalho da USPSTF na produção de recomendações tem esse como principal objetivo, e está em constante atualização para prover recomendações para a maior parte das condições clínicas relevantes. O trabalho se iniciou em 1984, mas foi nos últimos anos que houve a produção da maioria das recomendações.

Além de produzir recomendações, dada a sua importância, a USPSTF preocupa-se em melhorar a disseminação das recomendações tanto para os profissionais de saúde como ao público leigo, com o desenvolvimento de ferramentas para apoiar a implementação de recomendações, tal como publicações no website e também aplicativos, e vem investindo cada vez mais na produção de novas recomendações.[135]

Nesta pesquisa, de 2004 a 2014, foram publicadas 21 recomendações (33,8%), e de 2014 a 2018 (quatro anos) 31 (66,2%), refletindo o aumento no número de pesquisas e, principalmente, revisões sistemáticas em todo o mundo, dada a necessidade da prática clínica embasada em Medicina Baseada em Evidências. [138]

Com relação à qualidade, foi utilizado o sistema GRADE para avaliação da força de recomendação, e o que se observou é que apenas 9,4% das

recomendações apresentam grau A, que sugere grande certeza de benefício, enquanto a maior parte das recomendações, cerca de 41,5%, estão classificadas como grau I, quando há evidências insuficientes para avaliar os riscos e benefícios de se recomendar o serviço em questão, refletindo a necessidade em se realizar mais pesquisas para aumentar a certeza da recomendação para a maioria das doenças.

Ainda, 20,8% das recomendações foram classificadas com grau D, quando há grande certeza de que os riscos superam os benefícios. Estas recomendações contra a realização do rastreio são de suma importância, pois evitam que o profissional realize o rastreio automático de pacientes, o que pode causar riscos e gastos desnecessários com exames diagnósticos, e mostram que nem sempre o rastreamento está indicado, auxiliando o profissional de saúde a decidir com embasamento científico quais os serviços devem ser oferecidos para o paciente.

O que se pôde observar com relação às publicações do Brasil, é que ainda faltam publicações para muitas condições clínicas prevalentes.

Nas últimas duas décadas, tem ocorrido migração progressiva do modelo tradicional de publicação de rotinas e protocolos de serviços de saúde de referência e de consenso de especialistas para o modelo de diretrizes baseadas em evidências[17]. No Brasil, isso tem sido realizado através dos PCDTs, que são diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Porém, com este trabalho, observamos que, das 45 condições clínicas aqui abordadas, que refletem algumas das doenças mais prevalentes para a população idosa, apenas 16 possuem PCDTs publicados, sendo que muitos estão ainda em publicações oficiais (como o Diário Oficial da União), dificultando o acesso e o entendimento. O restante das recomendações são consensos de especialistas de Sociedades Científicas Médicas, que não necessariamente passam pelo mesmo processo de qualidade das Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde.

Além disso, os PCDTs disponíveis tratam de doenças que não necessariamente são as condições clínicas mais relevantes em termos de frequência na população. Ainda assim, as publicações do Ministério da Saúde (entre PCDT e outras publicações) constituem a maior parte das recomendações nacionais, sendo

17 posicionamentos (31,8%), seguido pelas recomendações do INCA, com 12 (27,2%).

No entanto, ainda faltam recomendações nacionais. Em 11 das 45 condições clínicas não foram encontradas recomendações do Ministério da Saúde ou mesmo consensos de Sociedades Médicas, totalizando cerca de 24,4% de condições clínicas sem recomendações brasileiras, algumas delas condições prevalentes na população idosa como apneia obstrutiva do sono, declínio cognitivo e violência contra o idoso.

Observa-se ainda que, tanto para o contexto brasileiro, quanto para as publicações da USPSTF, há falta de recomendações para avaliações importantes para o idoso, como domínios primordiais realizados na Avaliação Geriátrica Ampla, como rastreio de fragilidade, capacidade funcional e risco de quedas.[136]

Desse modo, é notória a necessidade de mais estudos e produção de diretrizes com base em evidências científicas de qualidade, pensando na aplicação prática e relevância para a assistência em saúde. A produção deste manual visa a este objetivo, auxiliando a compilar as evidências disponíveis e evidenciando a falta de recomendações para condições clínicas de grande relevância.

No contexto do paciente idoso, conforme já citado, é importante ressaltar a individualidade e o contexto clínico. Em idosos saudáveis, a ênfase deve ser na promoção de saúde e em atividades de prevenção de doenças. Por outro lado, idosos mais frágeis requerem avaliação mais ampla e especializada [137]. Devido à esta heterogeneidade, a avaliação deve ser individualizada.

6. Conclusões

A produção de um manual atualizado para nortear a avaliação clínica de pacientes idosos assintomáticos é importante, tendo em vista a complexidade da avaliação destes pacientes e seu contexto individual e epidemiológico. Por isso, foram utilizadas como base referências científicas de qualidade e atualizadas, como as produzidas pela USPSTF, que é uma organização não governamental sem conflitos de interesse.

O manual deve facilitar o acesso a recomendações de qualidade e atualizadas e fornece segurança para o profissional através da classificação da força de recomendação, evitando rastreios inadequados e incentivando a avaliação quando bem indicada.

Este trabalho mostrou que a maioria das recomendações produzidas pela USPSTF são dos últimos quatro anos, enfatizando a demanda recente por publicações de qualidade para a prática clínica. Quase metade de todas recomendações avaliadas são classificadas como grau I, refletindo a necessidade em se realizar mais pesquisas para aumentar a certeza da recomendação para a maioria das doenças.

No contexto nacional, há escassez de recomendações para diversas condições clínicas, sendo a maioria delas produzidas pelo Ministério da Saúde, mostrando a necessidade de mais estudos e publicações, além da divulgação adequada das mesmas.

Para algumas condições clínicas importantes para o idoso, presentes como domínios essenciais na Avaliação Geriátrica Ampla, como rastreio de fragilidade, capacidade funcional e risco de quedas, não há recomendações nacionais ou da própria USPSTF.

Todas as recomendações devem levar em conta o contexto epidemiológico e individual do paciente idoso, sendo que, em idosos mais saudáveis, a ênfase deve ser na promoção de saúde e prevenção, enquanto que para idosos frágeis, deve-se realizar avaliação mais ampla e especializada.

7. Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

2. Brasil. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, Presidência da Republica. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 5 de janeiro de 1994; 77.

3. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo. 28 p. 2015

4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key FIndings and Advance Tables. Working Paper no. ESA/P/WP 241.

5. Brasil. IBGE, Coordenação de População e, Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016;146.

6. Neri AL, Yassuda MS, de Araújo LF. Metodología y perfil sociodemográfico, cognitivo y de fragilidad de ancianos en comunidades desfavorecidas de siete ciudades brasileñas: Estudio FIBRA. Cad Saúde Pública. 2013;15.

7. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. junho de 2005;8(2):127-41.

8. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Rev Saúde Pública. 28 de setembro de 2018;52(Suppl 2).

9. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. British Journal of General Practice, May 2017 NG56. London: NICE, 2016

10. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Ver Saude Publica. 2018;52 Supl 2:2s.

11. Brasil. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2013 [Internet]. [acesso em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm

12. United Nations Sustainable Development Summit 2015. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [acesso em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/summit

13. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. Cad Saúde Pública. outubro de 2012;28(10):1834-40.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária n. 29. 2010. 95p.

15. Gates TJ. Screening for Cancer: Evaluating the Evidence. American Family Physician. 2001;63(3):10.

16. Browman GP, Snider A, Ellis P. Negotiating for change. The healthcare manager as catalyst for evidence-based practice: changing the healthcare environment and sharing experience. Healthc Pap. 2003;3(3):10-22.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Metodológicas. Elaboração de diretrizezs clínicas. 2016.

18. Novaes HMD, Soárez PC de. Health technology assessment (HTA) organizations: dimensions of the institutional and political framework. Cad Saude Publica. 3 de novembro de 2016;32Suppl 2(Suppl 2):e00022315.

19. Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo [Internet]. [acesso em 3 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/acesso-rapido/avaliacao-de-tecnologias-em-saude-ats/avaliacao-de-tecnologias-em-saude-ats

20. Banta D, Almeida, RT. The development of health technology assessment in Brazil. Int J Technol Assess Health Care. julho de 2009;25 Suppl 1:255-9.

21. Mission and Budget. Content last reviewed March 2019. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [acesso em 3 de junho de 2019]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/index.html

22. NGC and NQMC Inclusion Criteria: Guidelines and Measures [Internet]. 2018 [acesso em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/gam/summaries/inclusion-criteria/index.html

23. Section 1. Overview of U.S. Preventive Services Task Force Structure and Processes - US Preventive Services Task Force. October 2017. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/section-1-overview-of-us-preventive-services-task-force-structure-and-processes

24. Evidence-based Practice Centers (EPC) Program Overview. Content last reviewed February 2019. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/overview/index.html

25. Section 2. Topic Selection, Prioritization, and Updating - US Preventive Services Task Force. July 2017. [Internet]. [acesso 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/section-2-topic-selection-prioritization-and-updating

26. Section 3. Topic Work Plan Development - US Preventive Services Task Force. Julho de 2017. [Internet]. [acesso em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/section-3-topic-work-plan-development

27. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [homepage na Internet] Entenda a CONITEC. [acesso em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2

28. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS [homepage na Internet]. Protocolos e Diretrizes. [acesso em 30 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes#A

29. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Portal do Departamento de Atenção Básica [acesso em 30 de maio de 2019]. Disponível em: http://aps.saude.gov.br/

30. Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. J Intern Med. fevereiro de 2009;265(2):288-95.

31. Recommendations for Primary Care Practice - US Preventive Services Task Force [Internet] Abril de 2019 [acessado em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations

32. Final Update Summary: Abdominal Aortic Aneurysm: Screening - US Preventive Services Task Force. Março de 2017 [Internet]. [acessado em em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce. org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/abdominal-aortic-aneurysm-screening

33. Final Update Summary: Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions - US Preventive Services Task Force. Novembro 2018 [Internet]. [acessado em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions

34. Final Update Summary: Obstructive Sleep Apnea in Adults: Screening - US Preventive Services Task Force. Janeiro de 2017. [Internet]. [acessado em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservices taskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/obstructive-sleep-apnea-in-adults-screening

35. Final Update Summary: Asymptomatic Bacteriuria in Adults: Screening - US Preventive Services Task Force. Julho de 2015. [Internet]. [acessado em 4 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/asymptomatic-bacteriuria-in-adults-screening

36. Final Update Summary: BRCA-Related Cancer: Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing - US Preventive Services Task Force. Setembro de 2016. [Internet]. [acesso 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/brca-related-cancer-risk-assessment-genetic-counseling-and-genetic-testing

37. Final Update Summary: Bladder Cancer in Adults: Screening - US Preventive Services Task Force. Setembro de 2016 [Internet]. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/bladder-cancer-in-adults-screening

38. Final Update Summary: Cervical Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Agosto de 2018. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cervical-cancer-screening2

39. Final Update Summary: Colorectal Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force. Junho de 2016. [Internet]. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/colorectal-cancer-screening2

40. Final Update Summary: Breast Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force. January 2016. [Internet]. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-screening1

41. Final Update Summary: Ovarian Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Fevereiro de 2018. [acesso em 5 de janeiro de 2019].

Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/ovarian-cancer-screening1

42. Final Update Summary: Pancreatic Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force. [Internet]. Julho de 2015. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/pancreatic-cancer-screening

43. Final Update Summary: Skin Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Julho de 2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/skin-cancer-screening2

44. Final Update Summary: Lung Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Dezembro de 2013 [acesso 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/lung-cancer-screening

45. Final Update Summary: Prostate Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Maio de 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening1

46. Final Update Summary: Oral Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet].Novembro de 2013 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/oral-cancer-screening1

47. Final Update Summary: Testicular Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Abril de 2011 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/testicular-cancer-screening

48. Final Update Summary: Thyroid Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Maio de 2017. [acesso em 5 de janeiro de 2019].

Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/thyroid-cancer-screening1

49. Final Update Summary: Chlamydia and Gonorrhea: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Setembro de 2014 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/chlamydia-and-gonorrhea-screening

50. Final Update Summary: Cognitive Impairment in Older Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Março de 2014.[acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening

51. Final Update Summary: Hearing Loss in Older Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Agosto de 2012. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/hearing-loss-in-older-adults-screening

52. Final Update Summary: Impaired Visual Acuity in Older Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet].Março de 2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/impaired-visual-acuity-in-older-adults-screening

53. Final Update Summary: Depression in Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Janeiro de 2016 [acessado em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/depression-in-adults-screening1

54. Final Update Summary: Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Outubro de 2015 [citado 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes

55. Final Update Summary: Peripheral Artery Disease and Cardiovascular Disease: Screening and Risk Assessment With the Ankle-Brachial Index - US Preventive Services Task Force [Internet]. Janeiro de 2005 [citado 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/peripheral-artery-disease-in-adults-screening-with-the-ankle-brachial-index

56. Final Update Summary: Cardiovascular Disease Risk: Screening With Electrocardiography - US Preventive Services Task Force [Internet]. Agosto de 2015[citado 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cardiovascular-disease-risk-screening-with-electrocardiography

57. Final Update Summary: Cardiovascular Disease: Risk Assessment With Nontraditional Risk Factors - US Preventive Services Task Force [Internet] Julho de 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cardiovascular-disease-screening-using-nontraditional-risk-assessment

58. Final Update Summary: Celiac Disease: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Março de 2017 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/celiac-disease-screening

59. Final Update Summary: Thyroid Dysfunction: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Maio de 2017 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/thyroid-dysfunction-screening

60. Final Update Summary: Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Abril de 2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/chronic-obstructive-pulmonary-disease-screening

61. Final Update Summary: Drug Use, Illicit: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Janeiro de 2008 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/drug-use-illicit-screening

62. Final Update Summary: Gynecological Conditions: Periodic Screening With the Pelvic Examination - US Preventive Services Task Force [Internet] Março de 2017 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/gynecological-conditions-screening-with-the-pelvic-examination

63. Final Update Summary: Carotid Artery Stenosis: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet] Julho de 2014 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/carotid-artery-stenosis-screening

64. Final Update Summary: Atrial Fibrillation: Screening With Electrocardiography - US Preventive Services Task Force [Internet] Agosto de 2018 [acesso em 3 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/atrial-fibrillation-screening-with-electrocardiography

65. Final Update Summary: Glaucoma: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Julho de 2013 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/glaucoma-screening

66. Final Update Summary: High Blood Pressure in Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Outubro de 2015 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/high-blood-pressure-in-adults-screening

67. Final Update Summary: Hepatitis B Virus Infection: Screening, 2014 - US Preventive Services Task Force [Internet].Maio de 2014 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.

org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/hepatitis-b-virus-infection-screening-2014

68. Final Update Summary: Hepatitis C: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Junho de 2014 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/hepatitis-c-screening

69. Final Update Summary: Genital Herpes Infection: Serologic Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Novembro de 2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/genital-herpes-screening1

70. Final Update Summary: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Junho de 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening

71. Final Update Summary: Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet].Junho de 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/osteoporosis-screening1

72. Final Update Summary: Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Junho de 2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/syphilis-infection-in-nonpregnant-adults-and-adolescents

73. Final Update Summary: Suicide Risk in Adolescents, Adults and Older Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. Maio de 2014 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/suicide-risk-in-adolescents-adults-and-older-adults-screening

74. Final Update Summary: Latent Tuberculosis Infection: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet].Setembro de 2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/latent-tuberculosis-infection-screening

75. Final Update Summary: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet].Outubro de 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening1

76. Final Update Summary: Vitamin D Deficiency: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet].Novembro de 2014 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/vitamin-d-deficiency-screening

77. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Aneurismas da aorta abdominal. Diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes SBAV 2015. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/aneurismas-da-aorta-abdominal.pdf

78. Choosing Wisely Canada. 2019 [homepage da internet]. Five things physicians and patients should question in Urology [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://choosingwiselycanada.org/urology/

79. Rossi P, Oliveira RB, Tavares W, Lopes HV, Anderson MIP, Simões R. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Sociedade Brasileira de Infectologia Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade Sociedade Brasileira de Nefrologia. Bacteriúria Assintomática. 2011. [homepage da internet]. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/ans/bacteriuria_assintomatica.pdf

80. Bernardo, W; Trevisan, A.P. BRCA1 e BRCA2 em câncer de mama [homepage da internet]. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Associação Médica Brasileira.2016 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/brca1-e-brca2-em-cancer-de-mama/files/assets/basic-html/page-1.html

81. Câncer de bexiga - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-bexiga/profissional-de-saude

82. Câncer do colo do útero - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero/profissional-de-saude

83. Câncer de intestino - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude

84. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. Portaria número 958, de 26 de setembro de 2014. Diário Oficial da União nº 124, de 28 de junho de 2012, seção 1, páginas 213-216; 2014.

85. Câncer de mama - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude

86. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes DIagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. PORTARIA CONJUNTA Nº 19 3 JULHO 2018. [Internet] [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT-Carcinoma-de-mama_PORTARIA-CONJUNTA-N--5.pdf

87. Câncer de ovário - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-ovario/profissional-de-saude

88. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário. PORTARIA CONJUNTA Nº 01 DE 07 DE JANEIRO DE 2019. [Internet]. [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT_NeoplasiaMalignaEpitelialdeOvario_2019.pdf

89. Câncer de pâncreas - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pancreas/profissional-de-saude

90. Câncer de pele melanoma - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma/profissional-de-saude

91. Câncer de pele não melanoma - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma/profissional-de-saude

92. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Melanoma Maligno Cutâneo. PORTARIA Nº 357, DE 8 DE ABRIL DE 2013 [Internet]. [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/Melanoma-Maligno-Cutaneo.pdf

93. Câncer de pulmão - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao/profissional-de-saude

94. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão. PORTARIA Nº 957, DE 26 DE SETEMBRO DE 2014. [Internet]. 2014 [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/ddt_CAPulmao_26092014.pdf

95. Câncer de próstata - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/profissional-de-saude

96. Sociedade Brasileira de Urologia. Nota Oficial. Rastreamento do Câncer de Próstata. [Internet]. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://sbu-sp.org.br/noticias/nota-oficial-2017-rastreamento-do-cancer-de-prostata/

97. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. PORTARIA Nº 498, DE 11 DE MAIO DE 2016 [Internet]. [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT_Adenocarcinoma_Prostata.pdf

98. Câncer de boca - Versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca/profissional-de-saude

99. Câncer de testículo - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-testiculo/profissional-de-saude

100. Câncer de tireoide - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-tireoide/profissional-de-saude

101. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Carcinoma Diferenciado da Tireoide. PORTARIA Nº 7 DE 03 DE JANEIRO DE 2014 [Internet]. 2014 [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_CarcinomaTireoide.pdf

102. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). [Internet]. 2018 [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Diretrizes/PCDT_Atencao_Integral_IST_22-10-18.pdf

103. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo : Editora Clannad, 2017.

104. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Doença arterial periférica obstrutiva. Diagnóstico e Tratamento. [Internet] Projeto Diretrizes SBAV 2015. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/daopmmii.pdf

105. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Rastreamento por eletrocardiograma. Acidentes, morte súbita, síncope e trabalho.[Internet] 2018. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2018/05/rastreamento_por_eletrocardiograma.pdf

106. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Socieade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl.1) 1-51

107. Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59

108. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. PORTARIA Nº 1149, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015. [Internet]. 2015

[acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_DoencaCeliaca.pdf

109. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC de, Bravo PP, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metabol. junho de 2013;57(4):265-91.

110. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. PORTARIA Nº 609, 6 DE JUNHO DE 2013. [Internet]. 2013 [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/13/Portaria-609-de-2013.pdf

111. Health M. Exames preventivos, menos mitos e mais segurança [Internet]. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/197-exames-preventivos-menos-mitos-e-mais-seguranca

112. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Doença Carotídea Extracraniana. Diagnóstico e Tratamento. [Internet] Projeto Diretrizes SBAV 2015. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/doenca-carotidea-extracraniana.pdf

113. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma. PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 02 DE ABRIL DE 2018 [Internet]. 2018 [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2018/SITE_Portaria-Conjunta-n-11_PCDT_Glaucoma_02_04_2018.pdf

114. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. 2018. 123p.

115. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. [Internet] Testagem. 2019.[acesso em 5 de janeiro de 2019].

Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/testagem

116. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais.Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 52 p.

117. Sociedade Brasileira de Hepatologia. [Internet] Cartilha para Prevenção de Hepatite C. 2018. [acesso em 5 de janeiro de 2019]. Disponível em: http:// tudosobrefigado.com.br/wp-content/uploads/2018/05/cartilha_ hepatite_c.pdf

118. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 22016. 149p.

119. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Osteoporose. Portaria SAS/MS nº 451, de 9 de junho de 2014, republicada em 9 de junho de 2014 e retificada em 18 de junho de 2014. [Internet]. 2014 [acesso em 5 de maio de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/ Protocolos/Osteoporose.pdf

120. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Consenso Brasileiro de Osteoporose. Ver Bras Reumatol, 2002. 42 (no. 6); 342-354

121. Radominski SC, Bernardo W, Paula AP de, Albergaria B, Moreira C, Fernandes CE, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Rev Bras Reumatol. 2017;57:452-66.

122. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília/DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2011. 284 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

123. Maeda SS, Borba VZC, Camargo MBR, Silva DMW, Borges JLC, Bandeira F, et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

(SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. Arq Bras Endocrinol Metabol. julho de 2014;58(5):411-33.

124. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: 2019 AGS BEERS CRITERIA® UPDATE EXPERT PANEL. J Am Geriatr Soc. abril de 2019;67(4):674-94.

125. Ogden LL, Richards CL, Shenson D. Clinical Preventive Services for Older Adults: The Interface Between Personal Health Care and Public Health Services. Am J Public Health. março de 2012;102(3):419-25.

126. Ogden LL, Richards CL, Shenson D. Clinical Preventive Services for Older Adults: The Interface Between Personal Health Care and Public Health Services. Am J Public Health. março de 2012;102(3):419.

127. Tazkarji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. Can Fam Physician. setembro de 2016;62(9):717-21.

128. Landi, F., Liperoti, R., Russo, A., Capoluongo, E., Barillaro, C., Pahor, M., Bernabei, R., and Onder, G. Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. J Clin Epidemiol. 2010;63:752-9.

129. Reuben, D.B., and Tinetti, M.E. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med. 2012;366:777-9.

130. Creditor, M.C. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med. 1993;118:219-23.

131. Villas Boas PJF, Mondelli AL, Valle AP do. Recomendações para prevenção clínica: aspectos relevantes em idosos. Geriatr E Gerontol. 2010;4(2):113-9.

132. Schoenborn, N.L., Boyd, C.M., Lee, S.J., Cayea, D., and Pollack, C.E. Communicating About Stopping Cancer Screening: Comparing Clinicians' and Older Adults' Perspectives. Gerontologist. 2019;59:S67-76.

133. Bibbins-Domingo, K., Whitlock, E., Wolff, T., Ngo-Metzger, Q., Phillips, W.R., Davidson, K.W., Krist, A.H., Lin, J.S., Mangione, C.M., Kurth, A.E., et al.

Developing Recommendations for Evidence-Based Clinical Preventive Services for Diverse Populations: Methods of the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2017;(166):565-71.

134. Whitlock, E.P., Eder, M., Thompson, J.H., Jonas, D.E., Evans, C.V., Guirguis-Blake, J.M., and Lin, J.S. An approach to addressing subpopulation considerations in systematic reviews: the experience of reviewers supporting the U.S. Preventive Services Task Force. Syst Rev. 2017;6:41.

135. Kurth AE, Krist AH, Borsky AE, Baumann LC, Curry SJ, Davidson KW, et al. U.S. Preventive Services Task Force Methods to Communicate and Disseminate Clinical Preventive Services Recommendations. Am J Prev Med. janeiro de 2018;54(1S1):S81-7.

136. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment - a guide for the non-specialist. Int J Clin Pract. março de 2014;68(3):290-3.

137. Sin CKL, Fu SN, Tsang CSH, Tsui WWS, Chan FHW. Prevention in primary care is better than cure: The Hong Kong Reference Framework for Preventive Care for Older Adults--translating evidence into practice. Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi. agosto de 2015;21(4):353-9.

138. Galvao TF e Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2014; 23(1):183-4.

8. Anexos

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JÚLIO DE MESQUITA FILHO
Câmpus de Botucatu

Telefone (14) 3811-6059/3880-1608/3880-1313
E-mail secretaria: cep@fmb.unesp.br/graziela@fmb.unesp.br
E-mail Coordenação: smolina@ftrs.unesp.br

Endereço: Chácara Rubião Jr. s/n – Rubião Júnior – Botucatu – SP
CEP: 18618-970

Ofício nº 003/2017 - CEP

Botucatu, 30 de novembro de 2017.

Prezado Senhor

Em referência ao Projeto **"Recomendações para avaliação de screening em idosos assintomáticos: triagem preventiva."**, a ser conduzido pela pesquisadora Ariane Maria Carmelin e orientada por Vossa Senhoria, informo que não é necessário parecer ético, por tratar-se de revisão de literatura.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Silvana Andréa Molina Lima
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Adjunto Paulo José Fortes Villas Boas
Orientador – Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP