

Aspectos relevantes de recomendações para prevenção clínica em idoso – 2013

Relevant aspects of recommendations for clinic prevention in elderly - 2013

Paulo J F Villas Boas¹, Edison I de O Vidal¹, Alessandro L Mondelli¹, Adriana P do Valle¹, Patrick A Wachholz², Gabriel M de Oliveira³

RESUMO

A American Academy of Family Physicians (AAFP) atualizou, em 2012, as “Recommendations for Clinical Preventive Services”, com base na publicação homônima editada pela United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Estas recomendações são fornecidas como um auxílio para os médicos na tomada de decisões clínicas quanto aos cuidados de seus pacientes. Refletem as melhores evidências clínicas existentes no momento da publicação. Devem ser usadas com o claro entendimento de que o desenvolvimento de novos conhecimentos pode resultar na necessidade de atualizações e modificações nas condutas recomendadas. Dentre essas recomendações algumas são importantes na prática clínica com o paciente idoso, sendo apresentadas em conjunto com de outras sociedades científicas.

Palavras-chave: Avaliação Geriátrica. Prevenção de Doenças. Diretrizes para o Planejamento em Saúde.

Introdução

Em maio de 2012 a American Academy of Family Physicians (AAFP) atualizou a publicação “Recommendations for Clinical Preventive Services – Guideline Summary NGC-9063”.¹ Esta é uma publicação baseada nas “Recommendations for Clinical

Preventive Services”, produzida pela United States Preventive Services Task Force (USPSTF).²

O ponto de partida para as recomendações é a análise rigorosa dos conhecimentos científicos disponíveis, apresentados pela USPSTF.²

É importante lembrar que estas recomendações são fornecidas apenas como um auxílio para os pro-

1. Docente. Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.
2. Pós-Graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.
3. Residente em Geriatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp

Contribuições na autoria:
PJFVB, EIOV, APV – redação e revisão final.
ALM, PAW, GMO – revisão final.

Correspondência:
Paulo José Fortes Villas Boas
Unesp. Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Clínica Médica
Av. Prof. Montenegro Bairro: Distrito de Rubião Junior, s/n
CEP 18.618-970 - Botucatu, SP
e-mail: pvboas@fmb.unesp.br

Artigo recebido em 10/04/2013
Aprovado para publicação em 24/09/2013

fissionais de saúde na tomada de decisões clínicas quanto aos cuidados de seus pacientes. Como tal, não podem substituir o julgamento individual obtido para cada situação em particular.

A USPSTF realiza avaliações imparciais das evidências científicas sobre eficácia de ampla gama de atividades clínicas preventivas, incluindo triagem, aconselhamento e uso de medicação.

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

Algumas recomendações do documento “Recommendations for Clinical Preventive Services - Guideline Summary NGC-9063” da USPSTF são importantes na abordagem clínica do paciente idoso, porém, isoladamente, não são suficientes para esgotar a complexidade desta avaliação no paciente geriátrico.

Por este motivo, serão apresentadas em conjunto com as recomendações de outros grupos e sociedades científicas (Quadro 1).

Em relação à publicação anterior² algumas recomendações foram acrescentadas como: uso de álcool, câncer de pâncreas, câncer de pele, câncer de pulmão, câncer oral, câncer de tireóide, doença arterial periférica, doença pulmonar e estenose de artéria carótida.

Considerações finais

As recomendações apresentadas são direcionadas à avaliação preventiva de pessoas sem queixas ou sintomas (triagem). 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. Nesse paciente faz-se necessária a avaliação de outros itens conforme preconizados na Avaliação Geriátrica Ampla.^{31,32}

Os graus de recomendações (padronizados em 2007) com as sugestões de uso na prática são^{1,2}:

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 contra uso rotineiro do serviço. Há considerações que o suporte deva ser providenciado para o paciente de modo individual. Há uma grande ou moderada certeza que benefício é pequeno.	Ofereça ou providencie esse serviço somente se outras considerações suportarem o apoio ou a prestação do serviço em um paciente individual.
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.

Quadro 1: Condições clínicas, grau e ano da última revisão, recomendação da USPSTF e recomendações de outros grupos e sociedades científicas, 2012

Condição clínica	Grau e ano da última revisão	Recomendação da USPSTF 2012	Recomendação de outros grupos e sociedades científicas
Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) - Homem	B 2005	Recomenda um rastreio de AAA por ultrassonografia(US) em homens de 65 a 75 anos que tenham fumado. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsaneu.htm	<i>Orientações da Society for Vascular Surgery e Society for Vascular Medicine and Biology</i> ³ recomendam a triagem de AAA para: todos os homens com idades entre 60 a 85; mulheres com idades entre 60 a 85 com fatores de risco cardiovascular; homens e mulheres com idade maior que 50 anos com história familiar de AAA. Esses grupos ainda recomendam o seguinte seguimento após triagem: - mais nenhum teste se o diâmetro da aorta for inferior a 3 cm; - rastreio com US anual se o diâmetro da aorta for 3 a 4 cm; - US a cada seis meses se o diâmetro da aorta for de 4 a 4,5 cm; - encaminhamento para um especialista vascular, se o diâmetro da aorta for maior que 4,5 cm.
	C 2005	Não recomenda contra ou a favor do rastreio de AAA em homens de 65 a 75 anos que nunca fumaram. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsaneu.htm	
Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) - Mulher	D 2005	Recomenda contra exame de rotina para AAA em mulheres Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsaneu.htm	
Álcool - uso indevido	B 2004	Recomenda a triagem sobre uso indevido de álcool nos serviços de atenção primária a saúde. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsdrin.htm	<i>American Society of Addiction Medicine</i> ⁴ recomenda a triagem sobre uso indevido de álcool no contexto de cuidados de saúde primários.
Bacteriúria assintomática	D 2008	Recomenda contra a triagem de rotina da bacteriúria assintomática em homens e em mulheres não grávidas. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsbact.htm	<i>The Infectious Diseases Society of America</i> ⁵ afirma que o rastreio de bacteriúria assintomática em mulheres grávidas, diabéticas, pacientes sondados na comunidade e idoso institucionalizado não é indicado. <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> ⁶ recomenda avaliação para bacteriúria assintomática em mulheres não grávidas com diabetes mellitus.
Câncer de bexiga - adultos	I 2011	Evidências atuais são insuficientes para determinar os benefícios e danos na triagem de rotina de câncer de bexiga em adultos assintomáticos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/bladdercancer/bladcanrs.htm	

Câncer de colo uterino - papanicolau	A 2012	AAFP recomenda a triagem de câncer de colo uterino em mulheres com idade entre 21 a 65 anos com exame de citologia (exame de Papanicolau) a cada três anos; alternativamente para mulheres com idade de 30 a 65 anos que desejem aumentar o intervalo de seleção realizar triagem com combinação de citologia e papilomavírus humano (HPV) com teste a cada cinco anos. <i>http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/cervcancer/cervcancerrrs.htm#clinical</i>	A <i>American Cancer Society</i> , <i>American Society for Colposcopy and Cervical Pathology</i> , e <i>American Society for Clinical Pathology</i> ⁶ têm posição semelhante.
	D 2012	Recomenda contra a realização do exame em mulheres com mais de 65 anos que tenham avaliação prévia adequada e não apresentem fator de risco para câncer de colo de útero. Considerações clínicas: <i>http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/cervcancer/cervcancerrrs.htm#clinical</i>	
Câncer de cólon e reto	A 2008	Recomenda rastreio do câncer colo-retal, usando testes de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, com início aos 50 anos de idade até os 75 anos. Os riscos e benefícios desses métodos de seleção variam. Considerações clínicas: <i>http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspcolo.htm</i>	A <i>American Cancer Society</i> , <i>Unites States Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer</i> e <i>American College of Radiology</i> ⁷ recomendam o rastreio para câncer colo-retal, iniciando aos 50 anos de idade com a escolha de algum dos exames 1) Pesquisa de sangue oculto nas fezes de alta sensibilidade ou teste imunológico fecal anualmente; 2) sigmoidoscopia flexível cada cinco anos; 3) enema de bário com duplo contraste cada cinco anos; 4) colonografia (colonoscopia virtual) cada cinco anos; 5) colonoscopia cada dez anos; 6) DNA fecal em um intervalo não especificado. Cada um dos exames tem características próprias relacionadas com potencial de prevenção, precisão, custos e danos potenciais. Os pacientes devem ter a oportunidade de tomar uma decisão das opções após serem informados das peculiaridades dos exames. Na opinião do Comitê de desenvolvimento de diretrizes, a prevenção de câncer de cólon deve ser o objetivo primário de rastreio desta neoplasia. Testes que são
	C 2008	Recomenda contra rastreio de rotina para câncer colo-retal em idosos com idade entre 76 a 85 anos. Deve-se considerar o rastreio para cada paciente individualmente. Considerações clínicas: <i>http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspcolo.htm</i>	
	D 2008	Recomenda contra rastreio de câncer colo-retal em idosos com idade maior de 85 anos. Considerações clínicas: <i>http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspcolo.htm</i>	
	I 2008	Evidências atuais são insuficientes para determinar os benefícios e danos adicionais da colonografia por tomografia com-	

		putadorizada e teste de DNA fecal para rastreio de câncer colorretal. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspcolo.htm	projetados para detectar tanto câncer precoce e pólipos adenomatosos devem ser incentivadas, caso os recursos estejam disponíveis e os pacientes dispostos a serem submetidos a um teste invasivo.
Câncer de mama - mamografia	B 2009	Recomenda que mulheres com idade entre 50 a 74 anos realizem rastreio com mamografia a cada dois anos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrca.htm	<i>American Cancer Society e American Medical Association</i> ⁸ recomendam mamografia anual a partir dos 40 anos de idade
	I 2009	Evidências atuais são insuficientes para determinar os benefícios e danos adicionais da mamografia de rastreamento em mulheres com 75 anos ou mais. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrca.htm	<i>World Health Organization</i> ⁹ recomenda mamografia a cada um a dois anos em mulheres com idade de 50 a 69 anos.
	C 2009	A decisão de iniciar rastreio regular com mamografia bianual antes dos 50 anos de idade deve ser individual e deve considerar contexto do paciente, incluindo os valores de pacientes sobre benefícios e prejuízos específicos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrca.htm	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> ¹⁰ recomenda: - Mamografia cada um a dois anos para mulheres entre 40 e 49 anos. - Mamografia anual para mulheres com mais de 50 anos.
	I 2009	Evidências atuais são insuficientes para determinar os benefícios e danos adicionais para a realização de mamografia digital e ressonância nuclear magnética no rastreio de câncer de mama. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrca.htm	
Câncer de ovário	D 2004	Recomenda-se contra a realização de teste de triagem para câncer de ovário em adultos assintomáticos Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsovar.htm	
Câncer de pâncreas	D 2004	Recomenda contra o rastreio de rotina para câncer de pâncreas em adultos assintomáticos utilizando palpação abdominal, ultrassonografia e marcadores sorológicos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspspanc.htm	

Câncer de pele	I 2009	Evidências atuais são insuficientes para avaliar risco ou benefício no uso de exame de pele de corpo inteiro ou auto-exame de pele pelo paciente na detecção precoce de melanoma cutâneo, câncer baso-celular e câncer espino-celular de pele. Consideração clínica: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf09/skincancer/skincanrs.htm#clinical	<i>American Cancer Society</i> ¹¹ recomenda exame de pele, durante um exame periódico de saúde para as pessoas de 20 anos de idade ou mais e auto-exame de pele mensal por todo indivíduo.
Câncer de pulmão	I 2004	Evidências atuais são insuficientes para recomendar a favor ou contra o rastreio de câncer de pulmão em pessoas assintomáticas com tomografia computadorizada de baixa dose, raio-x de tórax, citologia de escarro ou combinação destes testes. Consideração clínica: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/lungcancer/lungcanrs.htm#clinical	
Câncer de próstata	D 2012	Recomenda contra a avaliação de rotina para câncer de próstata com dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA) em homens adultos assintomáticos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening/prostatefinalrs.htm	<i>American Cancer Society</i> ¹² enfatiza a decisão informada para o rastreio do câncer de próstata. Homens devem receber informações com idade de 50 anos e homens negros ou homens com história familiar de câncer de próstata devem receber informações na idade de 45 anos. <i>American Urological Association</i> ¹³ recomenda oferecer anualmente dosagem de PSA e exame retal digital a todo homem assintomático com idade maior de 40 anos que deseje ser avaliado.
Câncer oral	I 2004	Evidências atuais são insuficientes para recomendar a favor ou contra avaliação de rotina para câncer oral. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsoal.htm	
Câncer de tireóide	D 1996	Recomenda contra realização de ultrassom de tireóide para a investigação de câncer de tireóide em pessoas assintomáticas. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsthca.htm	<i>American Academy of Neurology</i> ¹⁴ conclui que as evidências são insuficientes para recomendar avaliação cognitiva de rotina em indivíduos assintomáticos.

Demência	I 2003	Evidências atuais são insuficientes para recomendar a favor ou contra realização de testes de avaliação cognitiva a avaliação demência em adultos assintomáticos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/dementia/dementrr.htm#clinical	
Depressão	B 2010	Recomenda a favor da triagem de adultos para a depressão quando assistidos por profissionais capacitados. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspssaddepr.htm	<i>Canadian Task Force on Preventive Health Care</i> ¹⁵ recomenda que adultos devam ser submetidos a rastreio para depressão em cuidados primários de saúde. <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> ¹⁶ recomenda que médicos devam estar alertas para sintomas de depressão.
	C 2010	Recomenda contra a triagem de adultos para a depressão quando não há profissionais capacitados. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspssaddepr.htm	
Diabetes Mellitus tipo 2 - adultos	B 2008	Recomenda o rastreamento para diabetes tipo 2 em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada (tratados ou não) maior que 135/80 mmHg. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspssdiab.htm	AAFP ¹ recomenda avaliação para diabetes mellitus para adultos com hipertensão arterial e dislipidemia; não encontrou evidências a favor ou contra para adultos com baixo risco de doença vascular coronariana. American Diabetes Association(17) recomenda teste para detectar DM tipo II e pré-diabetes em pessoas assintomáticas de qualquer idade com IMC > 25 kg/m ² e naquela com pelo menos um fator de risco para diabetes (sedentarismo, parentes de primeiro grau com diabetes, etnia ou raça com alto risco (afroamericano, latino, americano nativo, americano asiático, oriundo das ilhas do Pacífico), mulher que teve filho com mais de 4 kg ou teve diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, hipertenso (Pa > 140 x 90 mmHg ou em terapia), HDL Colesterol < 35 mg/dl e/ou triglicérides > 250 mg/dL, mulher com Síndrome do Ovário policístico, Hemoglobina Glicada > 5,7%, Teste de Intolerância à Glicose ou IFG em teste prévio, outra condição clínica associada com resistência à insulina, história de doença cardiovascular.
	I 2008	Evidência atual é insuficiente para avaliar entre benefícios e prejuízos da triagem para Diabetes Mellitus tipo 2 nos adultos assintomáticos, com pressão arterial de 135/80 mmHg ou inferior. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspssdiab.htm	

			Na ausência dos critérios acima teste para detectar DM deve iniciar com 45 anos. Se o resultado for normal deve ser repetido a cada 3 anos. Considerar frequência menor dependendo dos resultados iniciais (pré-diabetes devem realizar teste anualmente).
Dificuldade auditiva	C 1996	Recomenda avaliação de dificuldades auditivas, questionando idosos sobre deficiência auditiva e fornecer conselhos sobre a disponibilidade de tratamento quando necessário. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshhear.htm	
Dificuldade visual	I 2009	A evidência atual é insuficiente para avaliar o equilíbrio do benefício e o risco do rastreio de dificuldade visual em adultos ou idosos assintomáticos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspviseld.htm	<i>American Academy of Ophthalmology</i> ¹⁸ recomenda avaliação oftalmológica completa a cada um ou dois anos para pessoas com 65 anos ou mais sem fatores de risco. <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> ⁶ recomenda avaliação sobre acuidade visual para toda mulher com mais de 65 anos
Dislipidemia, adultos	A 2008	Recomenda avaliação de rotina em homens com idade de 35 anos ou mais. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspchol.htm	<i>National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III</i> (ATP III) e <i>American Heart Association</i> recomendam dosagem para adultos com 20 anos de idade a cada 5 anos ¹⁹ . <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> recomenda avaliação de rotina em mulheres acima de 45 anos a cada 5 anos; a avaliação de mulheres com 19 a 44 anos deve ser baseada nos fatores de risco ¹⁰ .
	B 2008	Recomenda avaliação de rotina em homens com idade entre 20 e 35 anos com risco aumentado para doença arterial coronariana. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspchol.htm	
	A 2008	Recomenda avaliação de rotina em mulheres com idade maior 45 anos se apresenta risco aumentado para doença arterial coronariana. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspchol.htm	
	B 2008	Recomenda avaliação de rotina em mulheres com idade entre 20 e 45 anos se apresenta risco aumentado para doença arterial coronariana. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspchol.htm	

	C 2008	Não recomenda a favor ou contra a avaliação de rotina para dislipidemia em homem entre 20 a 35 de idade ou mulheres com idade de 20 anos ou mais sem risco aumentado para doença arterial coronariana. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspchol.htm	
Doença arterial coronariana	D 2004	Recomenda contra a realização de avaliação de rotina com eletrocardiograma de repouso, teste ergométrico ou escore de cálcio por tomografia computadorizada das artérias coronárias para a detecção de doença coronária ou previsão de eventos coronarianos em adultos assintomáticos de baixo risco. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspacad.htm	
	I 2004	Evidências insuficientes para recomendar a favor ou contra a avaliação de rotina com eletrocardiograma de repouso, teste ergométrico ou de escore de cálcio por tomografia computadorizada para a presença de estenose severa de artéria coronária ou previsão de eventos de doença coronariana em adultos com risco aumentado. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspacad.htm	
	I 2010	As evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e prejuízos do uso de fatores de risco não tradicionais para homens e mulheres sem história de doença coronária para prevenir eventos de Doença Arterial Coronariana. Os fatores de risco não tradicionais são proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR), índice tornozelo-braquial, contagem de leucócitos, glicemia de jejum, doença periodontal, espessura íntima de carótida, placa de calcificação da artéria coronária em nível lipoproteína, nível de homocisteína e tomografia computadorizada com feixe de elétrons. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/usp coronaryhd.htm	<i>American Heart Association</i> ²⁰ incentiva a avaliação de risco de pelo escore de Framingham em pessoas assintomáticas. <i>American Heart Association</i> e o <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> ²¹ recomendam contra o uso da proteína C reativa de alta sensibilidade como marcador de risco na população geral e o uso de marcadores inflamatórios ou outros reagentes de fase aguda para predição do risco de doença.

Doença arterial periférica	D 2005	Recomenda contra a avaliação de rotina para Doença Arterial Periférica(DAP) em adultos assintomáticos. Considerações Clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspdp.htm	
Doença de tireóide	I 2004	A evidência atual é insuficiente para recomendar a favor ou contra do rastreio de doença da tireóide em adultos assintomáticos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsthyr.htm	<i>American Thyroid Association</i> ²² recomenda mensuração da função tireoidiana em todo adulto a cada cinco anos a partir dos 35 anos. <i>American College of Physicians</i> ²³ recomenda rastreio da função tireoidiana em toda mulher, a partir dos 50 anos, com um sintoma que poderia ser de causa tireoidiana.
Doença pulmonar obstrutiva crônica	D 2008	Recomenda contra avaliação de rotina em adultos assintomáticos com espirometria. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspscopd.htm	
Drogas ilícitas - uso	I 2008	As evidências atuais são insuficientes para avaliar os riscos e benefícios da avaliação de rotina para uso de drogas ilícitas em adultos. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspdrug.htm	<i>American College of Obstetrics and Gynecology</i> ⁶ recomenda questionamento direto pelo clínico de todos pacientes sobre uso de drogas ilícitas.
Estenose de artéria carótida	D 2007	Recomenda contra a avaliação de rotina de estenose de carótida assintomática na população geral. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspacac.htm	<i>American Heart Association</i> e <i>American Stroke Association</i> ²⁴ não recomendam a triagem da população geral para estenose de carótida assintomática. <i>American Society of Neuroimaging</i> ²⁵ recomenda contra triagem em populações não selecionadas, mas aconselha que triagem deve ser considerada para adultos de 65 anos ou mais com três ou mais fatores de risco cardiovasculares. <i>Society for Vascular Surgery</i> ²⁶ recomenda triagem ultra-sonografia para indivíduos com 55 anos ou mais com fatores de risco cardiovascular
Glaucoma - adultos	I 2005	Evidência atual é insuficiente para avaliar entre benefícios e prejuízos da triagem para glaucoma em adultos Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspzglau.htm	<i>American Academy of Ophthalmology</i> ¹⁸ recomenda avaliação para glaucoma como parte da avaliação oftalmológica, iniciando aos 20 anos de idade, com a frequência dependendo da idade individual e outros fatores para glaucoma.

Hipertensão arterial - adultos	A 2007	É recomendada a triagem para hipertensão arterial em adultos de 18 anos ou mais. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshype.htm	<i>The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)</i> ²⁷ recomenda a mensuração de rotina da pressão arterial pelo menos a cada dois anos em adultos com PA sistólica menor que 120 mmHg e PA diastólica menor que 80 mmHg, e anual quando PA sistólica entre 120-139 e PA diastólica entre 80-89 mmHg. Recomendação similar tem a <i>American Heart Association (AHA)</i> ²¹ para adultos com início aos 20 anos de idade. <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> ⁶ recomenda mensuração da pressão arterial como parte da avaliação de rotina desde os 13 anos de idade.
Obesidade - adulto	B 2003	Recomenda-se que todo médico realize avaliação quanto à obesidade com cálculo de índice de massa corporal (IMC). Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsores.htm	<i>National Institutes of Health e Canadian Task Force on Preventive Health Care</i> ²⁸ recomendam o uso do IMC e circunferência da cintura.
Osteoporose - Mulher	B 2011	Recomenda a triagem de rotina para mulheres com 65 anos ou mais e mulher mais jovem no qual o risco de fratura é igual ou maior que o da mulher branca com 65 anos sem fator de risco adicional (risco de fratura osteoporótica de 9,3% em 10 anos). Obs: O risco de fratura (Fracture Risk Assessment) está disponível em: www.shef.ac.uk/FRAX/ Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf10/osteoporosis/osteors.htm	<i>A National Osteoporosis Foundation</i> ²⁹ recomenda triagem para densidade óssea para todas mulheres com 65 anos ou mais e todos homens com 70 anos ou mais. Recomenda também, para mulheres pós-menopausa e menos de 65 anos e homens com idades entre 50 a 69 anos, se houver uma preocupação com a osteoporose, com base no seu perfil de fator de risco. O <i>American Congress of Obstetricians and Gynecologists</i> ³⁰ recomenda triagem para todas mulheres com mais de 65 anos e mulheres pós-menopausada com menos de 65 anos que tenham um ou mais fator de risco para osteoporose.
Osteoporose - Homem	I 2011	Evidência atual é insuficiente para avaliar entre benefícios e prejuízos da triagem para osteoporose em homem. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf10/osteoporosis/osteors.htm	
Violência familiar	I 2004	As evidências são insuficientes para recomendar a favor ou contra a triagem de rotina para abuso físico ou negligência com idosos. Todo médico deve estar atento a sinais físicos e comportamentais e sintomas associados ao abuso ou negligência. Considerações clínicas: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsores.htm	

ABSTRACT

The American Academy of Family Physicians (AAFP) updated, in 2012, the “Recommendations for Clinical Preventive Services.”, based on the homonymous publication by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF). These recommendations are provided as an aid for physicians in clinical decision making regarding the care of their patients. They reflect the best clinical evidence available at the time of publication. It should be used with the clear understanding that development of new knowledge may consequently result in updates and modifications at the recommended statements. Some recommendations of the USPSTF are important in clinical practice with the elderly, being presented in conjunction with other scientific societies.

Key words: Geriatric Assessment. Disease Prevention. Health Planning Guidelines.

Referências Bibliográficas

1. American Academy of Family Physicians. National Guideline Clearinghouse | Summary of recommendations for clinical preventive services. [Internet]. [citado 25 de outubro de 2012]. Recuperado de: <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=36873&search=routine+clinical>
2. Villas Boas PJF, Mondelli AL, Valle AP do. Recomendações para prevenção clínica: aspectos relevantes em idosos. Geriatria e Gerontologia. 2010;4:113–9.
3. Kent KC, Zwolak RM, Jaff MR, Hollenbeck ST, Thompson RW, Schermerhorn ML, et al. Screening for abdominal aortic aneurysm: a consensus statement. J Vasc Surg. 2004;39:267–9.
4. Chase C. american society of addiction medicine. public policy statement on screening for addiction in primary care settings. chevy chase, md: american society of addiction medicine; 1997. - Google Search [Internet]. 1997. Recuperado de: <http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1parity-in-public-ins-3-09.pdf?sfvrsn=0>
5. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005;40:643–54.
6. ACOG Committee. ACOG Committee Opinion No. 357: Primary and preventive care: periodic assessments. Obstet Gynecol. 2006;108:1615–22.
7. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Andrews KS, Brooks D, Bond J, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. Gastroenterology. 2008;134:1570–95.
8. American Medical Association. Screening for Breast Cancer: Recommendation Statement [Internet]. [citado 4 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/breastcancer/brcanrs.htm#ref25>
9. WHO | Breast cancer: prevention and control [Internet]. WHO. [citado 4 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html>
10. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 42, April 2003. Breast cancer screening. Obstet Gynecol. 2003;101:821–31.
11. American Cancer Society. Screening for Skin Cancer: Recommendation Statement [Internet]. [citado 5 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/skincancer/skincanrs.htm#ref10>
12. Wolf AMD, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D’Amico AV, Volk RJ, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. CA Cancer J Clin. 2010;60:70–98.
13. Greene KL, Albertsen PC, Babaian RJ, Carter HB, Gann PH, Han M, et al. Prostate specific antigen best practice statement: 2009 update. J Urol. 2009;182:2232–41.
14. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001;56:1133–42.
15. MacMillan HL, Patterson CJS, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 4 de janeiro de 2005;172:33–5.
16. Beckmann CRB, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WNP, Laube DW. Obstetrics and Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2013. Diabetes Care. janeiro de 2013;36 Suppl 1:S11–66.
18. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern Guidelines/: American Academy of Ophthalmology [Internet]. [citado 4 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/PPP.aspx>
19. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [Internet]. [citado 4 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipidrs.htm#ref16>
20. Greenland P, Bonow RO, Brundage BH, Budoff MJ, Eisenberg MJ, Grundy SM, et al. ACCF/AHA 2007 clinical expert consensus document on coronary artery calcium scoring by computed tomography in global cardiovascular risk assessment and in evaluation of patients with chest pain: a report of the American College of Cardiology Foundation Clinical Expert Consensus Task Force (ACCF/AHA Writing Committee to Update the 2000 Expert Consensus Document on Electron Beam Computed Tomography). Circulation. 23 de janeiro de 2007;115:402–26.

21. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. *Circulation*. 2002;106:388-91.
22. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG, et al. American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. *Arch Intern Med*. 2000;160:1573-5.
23. American College of Physicians. Clinical guideline, part 1. Screening for thyroid disease. American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 1998;129:141-3.
24. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006;37:1583-633.
25. Qureshi AI, Alexandrov AV, Tegeler CH, Hobson RW 2nd, Dennis Baker J, Hopkins LN. Guidelines for screening of extracranial carotid artery disease: a statement for healthcare professionals from the multidisciplinary practice guidelines committee of the American Society of Neuroimaging; cosponsored by the Society of Vascular and Interventional Neurology. *J Neuroimaging*. 2007;17:19-47.
26. Society for Vascular Surgery. Screening for Carotid Artery Stenosis: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [Internet]. [citado 4 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf07/cas/casrs.htm#ref18>
27. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.
28. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ*. 2007;176:S1-13.
29. National Osteoporosis Foundation. Screening for Osteoporosis: Recommendation Statement [Internet]. [citado 4 de novembro de 2012]. Recuperado de: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf10/osteoporosis/osteors.htm#ref15>
30. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 483: Primary and preventive care: periodic assessments. *Obstet Gynecol*. 2011;117:1008-15.
31. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management. *New England Journal of Medicine*. 2002;346:905-12.
32. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. setembro de 1991;39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 17S-18S.