



PREFEITURA DE
NOVO HORIZONTE
Secretaria de Saúde



PROTOCOLO DE ENFERMAGEM SAÚDE DO ADULTO

Novo Horizonte/SP



INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nas últimas décadas o risco de adoecer e de morrer por doenças infecciosas e parasitárias diminuiriam consideravelmente, em contrapartida, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm acometendo cada vez mais a população adulta, devido a mudança no estilo de vida, somada a hábitos e comportamentos, como o sedentarismo, a ingestão de álcool e o fumo, a obesidade, exposições no ambiente de trabalho, os fatores de ordem psicossocial decorrentes de tensões e conflitos vivenciados no ambiente de trabalho ou familiar, resultando em estresse.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade e mudança nos hábitos.

Para a Atenção Primária cabe o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, encaminhando os indivíduos com patologias, agravos ou outras necessidades, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

A Enfermagem

A Enfermagem no âmbito nacional é uma profissão regulamentada a partir da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Suas normas e princípios fundamentam-se pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.

Inserida na Rede Municipal de Saúde de Novo Horizonte, a Enfermagem, de maneira significativa, manifesta sua essência e especificidade no cuidado ao ser humano, seja no aspecto individual ou coletivo.

Especificamente na Atenção Primária a Saúde, por meio da ampliação do acesso e da prática clínica, as atribuições dos profissionais de Enfermagem estão voltadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidade, realizados de maneira interdisciplinar e multiprofissional.

Visando à integralidade do cuidado à pessoa e à família e o fortalecimento da rede de atenção, a Enfermagem também atua na área da média complexidade, na prestação do atendimento a população por especialidades, seja por uma situação crônica de saúde ou de urgência ambulatorial. Na área de Urgências e Emergências do município, estruturas de complexidade intermediária entre os Centros de Saúde e as portas de urgência e emergência hospitalares, a Enfermagem confere o seu papel no atendimento aos agravos agudos, a partir de uma abordagem integral com a mudança de foco da doença para a pessoa e família.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A Resolução Cofen nº 358 de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências.

A SAE, a partir de métodos, diretrizes, normativas, instrumentos orientativos, torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação necessária da prática, tornando evidente a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população.

O Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

- I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)
- II - Diagnóstico de Enfermagem
- III – Planejamento de Enfermagem

IV – Implementação

V - Avaliação de Enfermagem

Conforme o arcabouço legal que fundamenta a profissão, o Processo de Enfermagem é executado por todos os profissionais de Enfermagem, cabendo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação deste processo, de modo a alcançar os resultados esperados. É privativo ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem, sendo este acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas. O Técnico e Auxiliar de Enfermagem participam da execução deste processo, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (COFEN, 2009).

A Enfermagem originalmente se diferencia na abordagem integral centrada na pessoa e na atenção à resposta humana. Assim o Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade independente e privativa do enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, e está respaldada por uma série de dispositivos legais que orientam uma prática ética e segura.

A solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, em conformidade com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal e observadas as disposições legais da profissão, configuram-se como atribuição específica do enfermeiro na Política Nacional da Atenção Básica, além da realização de procedimentos e atividades em grupo (BRASIL, 2017).

A Consulta de Enfermagem deve ocorrer no atendimento à demanda programada ou espontânea, na unidade de saúde, no domicílio ou em outros espaços do território. A mesma está prevista na Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde de Novo Horizonte entre as atribuições mínimas do Enfermeiro, sendo ofertada a pessoas de todas as faixas etárias.

Na Atenção Básica, não se atende somente um indivíduo doente (órgãos biologicamente adoecidos). O processo saúde-doença tem outra complexidade, que envolve o social e o subjetivo, e exige outras ferramentas, como a escuta qualificada e a clínica ampliada.

Por essa razão, o atendimento não se esgota em uma única vez (é um processo longitudinal) e não há uma alta programada no serviço. Os registros são de uma equipe multiprofissional e o

Enfermeiro é um dos componentes dessa equipe, havendo uma interdependência entre os mesmos para ações coletivas e realizações de planos de cuidados, que não são, necessariamente, individuais.

Assim a abordagem será orientada por projetos terapêuticos (individuais e coletivos), uma assistência que é longitudinal (não contempla um momento único de encontro que se “faz o PE, evolui e prescreve”), além, de um trabalho realizado em equipe multiprofissional, discutido e articulado com outros setores que não somente a saúde.

Essa especificidade, no entanto, não pode ser um fator que limita o olhar deste profissional para sua utilização, como ferramenta intelectual, facilitadora do desenvolvimento do raciocínio clínico, pensamento crítico e reflexivo do Enfermeiro. Dessa forma, realizar o PE requer olhar para tal especificidade, considerar a Clínica Ampliada (BRASIL, 2016) desenvolvida pelo Enfermeiro e ser propositivo em relação ao PE na Atenção Básica.

Ao realizar o PE envolvendo abordagens de projetos terapêuticos coletivos para usuários e comunidade, é importante salientar que grupos que têm a mesma característica clínica (sem a perda da singularidade dos sujeitos) podem ser contemplados com o PE coletivo (ex: grupo de hipertensos, diabéticos, ações em território, etc.).

Especificidades do Processo de Enfermagem na Atenção Básica

O Histórico de Enfermagem na Atenção Básica, foge do tradicional checklist de dados do usuário, realizado em todas as consultas. Ex: onde mora, se é tabagista, se mora sozinho, etc.

Entende-se, também, que não há necessidade de que todos os dados sejam coletados no primeiro contato, como, por exemplo, dados sobre a vida sexual, pois várias informações podem ser coletadas ao longo do acompanhamento do usuário, uma vez que o cuidado é longitudinal.

Uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, na medida em que situa os sintomas na vida do sujeito e proporciona a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que os determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia. (BRASIL, 2007).

O exame físico na Atenção Básica também não acontece de forma completa a cada consulta e nem são abordados todos os sistemas na primeira consulta, uma vez que a clínica não é direcionada aos órgãos (corpo biológico). Por isto, o Enfermeiro trabalha outras referências para além do biológico como o social e o subjetivo, o que requer outras competências clínicas e não prioriza o exame físico necessariamente, que embasa um adoecimento físico.

Muitas vezes, é necessário construir vínculo para realização de exames mais invasivos, respeitando a individualidade e o direito a não exposição do usuário.

Por essa especificidade, também o diagnóstico de Enfermagem na Atenção Básica direciona o cuidado à pessoa, família ou comunidade e não somente a um indivíduo doente. Ele pode ser descrito a curto, médio e longo prazo, não havendo um número mínimo ou máximo de diagnóstico a ser anotado. Recomendamos que, preferencialmente, sejam apontados os diagnósticos de curto prazo e, conforme a evolução do caso, o Enfermeiro deverá avançar para os diagnósticos de médio e longo prazo.

A prescrição de Enfermagem na Atenção Básica nada mais é do que o planejamento e implementação do cuidado, necessitando para sua descrição pactuar com o usuário as metas a serem alcançadas por ele. A prescrição não deve ser algo passivo e robotizado (esse é o momento mais ativo do Processo de Enfermagem), pois quanto mais consciência o usuário tiver do objetivo a ser alcançado, melhores serão os resultados.

A evolução ou avaliação de Enfermagem na Atenção Básica é o momento de reavaliação da efetividade do cuidado e não existe um período fechado de 24 horas para este procedimento, como no caso do hospital. O usuário é reavaliado conforme as metas pactuadas no seu último atendimento com o Enfermeiro, dentro da longitudinalidade da assistência.

Essa evolução não necessariamente é continuada pelo mesmo Enfermeiro, podendo estar intercalada com uma consulta médica e, neste caso, a evolução será a partir da consulta médica realizada, entendendo que existe uma continuidade do cuidado, independente do profissional que dará sequência ao acompanhamento.

O Registro da Consulta de Enfermagem

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. Tais registros podem ser também da família ou coletividade humana.

Para registro no prontuário eletrônico, a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Novo Horizonte recomenda o uso do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), a construção/atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) ou CIPESC (Classificação

Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) como forma de facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos.

Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP)

Uma forma de registro considerada bastante efetiva para a prática clínica em Atenção Primária à Saúde (APS) é o “‘Registro Clínico Orientado por Problemas’ (RCOP), uma adaptação do ‘Registro Médico Orientado por Problemas’ (originalmente criado para o ambiente hospitalar) e seu componente denominado ‘SOAP’ (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), divulgado em 1968-69 a partir dos trabalhos de Lawrence Weed” (RAMOS, 2008, p. 126).

O RCOP, apesar de ter origens na área médica, pode ser adaptado e utilizado por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família e Atenção Básica, permitindo a padronização das notas clínicas e potencializando o trabalho e a comunicação em equipe.

O RCOP possui três áreas fundamentais para registro das informações clínicas: a base de dados da pessoa a lista de problemas e as notas de evolução clínica (notas SOAP). Se bem utilizado, é um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da APS (RAMOS, 2008, p. 126).

Notas de evolução “SOAP”

A estrutura das notas de evolução no RCOP é formada por quatro partes detalhadas a seguir, conhecidas por “SOAP”, que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano” (CANTALE, 2003):

“Subjetivo” (S) Nesta parte, anota-se informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema/necessidade de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressas pela pessoa que está sendo cuidada.

“Objetivo” (O) Aqui anota-se dados positivos e negativos (que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis.

“Avaliação” (A) Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Nesta parte poderá, se for o caso, utilizar algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) ou CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) (WONCA, 2009).

“Plano” (P) A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas, que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada.

O parecer Coren-SP nº 056/2013 dispõe sobre a utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem e considera que o método SOAP baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de Enfermagem, assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário (Coren-SP, 2013).

Obs.: Neste protocolo o profissional graduado em nível superior será designado como ENFERMEIRO, independentemente a qual gênero (feminino ou masculino) pertença.

COMPARATIVO - SOAP/ ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM/CIPE

Etapa	SOAP	Processo de enfermagem	CIPE
S – Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de enfermagem (entrevista)	
O –Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de enfermagem (exame físico)	
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de enfermagem Planejamento de enfermagem Avaliação de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem Resultado de enfermagem
P – Plano	Plano de cuidados/ condutas	Implementação	Intervenções de enfermagem

1.

**ADULTO
SAUDÁVEL**

1.1 ADULTO SAUDÁVEL

Uma das principais características da população nos últimos anos tem sido o processo permanente de intensas mudanças na sua composição demográfica, com aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos na população.

Em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no sistema. Por estar inserida próxima à comunidade, tem maior poder de compreensão de sua dinâmica social, tornando-se local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento dos agravos que acometem o indivíduo, as famílias e a população.

As diretrizes do trabalho voltado à saúde do adulto são organizadas mediante os indicadores de morbimortalidade e os de riscos para a saúde neste período da vida.

Para ter uma assistência de enfermagem qualificada na Atenção Básica é imprescindível que o profissional reconheça os fatores de risco, o grau de vulnerabilidade do adulto e a partir deste ponto planeje ações e serviços a serem prestados.

1.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador - Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012, tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Apresenta os seguintes princípios e diretrizes: universabilidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores, e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade e precaução.

As atribuições da Atenção Básica na Política Nacional de Saúde do Trabalhador são:

- Reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;
- Reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional;
- Reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) a saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas do território;

- Identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;
- Suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
- Notificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN e no E-SUS, entre outros sistemas de informação utilizado pelo município e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;
- Subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;
- Definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, encaminhamento para tratamento específico para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho;
- Incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

A Portaria nº1.125, de 06 de Julho de 2005, dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS estabelece a seguinte diretriz: Atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional;

Quando houver acidente ou doença de baixa complexidade o atendimento deverá ser conduzido na unidade, de acordo com os recursos disponibilizados. Em casos de alta complexidade realizar atendimento e encaminhar para Pronto Atendimento.

1.2.1 Cuidados de Enfermagem para Saúde do Trabalhador:

Avaliar os aspectos ergonômicos, de higiene e segurança do trabalho considerando os riscos ocupacionais presentes e propor estratégias que possam ser utilizadas para tornar o ambiente menos insalubre, afim de não interferir na saúde do trabalhador.

Exemplos de Fatores de Risco para os Trabalhadores:

- Iluminação e ventilação inadequadas.
- Temperatura ambiente inadequada (ideal entre 20 a 23°C).

- Higienização precária ou ausente das mãos.
- Ausência de gerenciamento de resíduos.
- Trabalho noturno – altera o ritmo circadiano causando distúrbios do sono e da vigília.
- Não utilização de barreiras ou EPIs apropriados.
- Dupla ou tripla jornada de trabalho.
- Longas jornadas de trabalho.
- Conflitos de relacionamento interpessoal no trabalho e vida social.
- Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos.
- Ambiente de trabalho estressante.

1.3 VIDA SAUDÁVEL

A globalização, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para hábitos de vida não saudáveis. Ter hábitos de vida saudável está diretamente relacionado a fatores do dia-a-dia como trabalho, relação familiar, ambiente social e ações de recreação.

Estes aspectos combinam entre si e influenciam a saúde individual física, mental, social e espiritual, portanto é necessário estar alerta aos fatores de risco para a saúde, para identificá-los e buscar modificá-los evitando o aparecimento de doenças e/ou agravos da saúde.

Dentro do atual contexto epidemiológico da população, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável, da prática regular de atividade física e de prevenção e controle do tabagismo.

As ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio.

O estilo de vida saudável deve ser desenvolvido o mais cedo possível, mantido durante a vida adulta e idade madura.

A Atenção Básica é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física. Um estilo de vida saudável inclui boa nutrição, controle do peso, recreação, exercícios regulares, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas em excesso, assim como evitar a ingestão de substâncias nocivas ao organismo.

1.3.1 Promoção da Alimentação Saudável

A promoção da alimentação saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 - e é apontada

como um componente fundamental na construção da Segurança Alimentar e Nutricional.

Os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” traz orientações adequadas de como ter uma boa nutrição:

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
2. Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural.
3. Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.
6. Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
10. Dê preferência pelos temperos naturais, em substituição aos temperos industriais que contém grande quantidade de sal.

1.3.2 Prática de Atividade Física

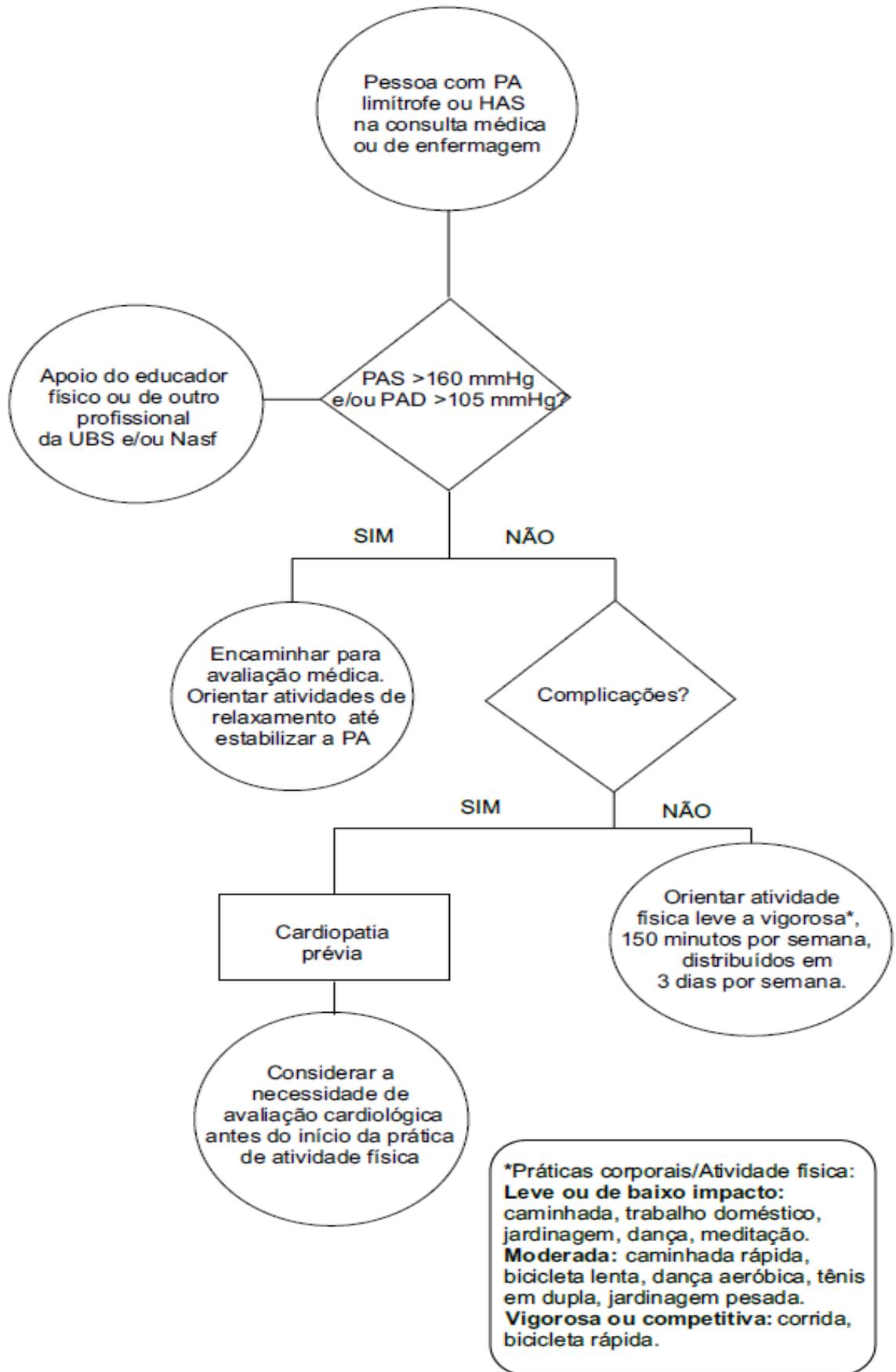
A prática regular de atividade física reduz o risco de desenvolvimento de doenças crônicas e mortes prematuras, mantém a saúde e melhora a qualidade de vida. Diferentes tipos, frequência e duração de atividade física são requeridos para diferentes resultados de saúde, devendo ser realizada durante, pelo menos, 150 minutos por semana, distribuídos em 3 dias.

O exercício físico produz benefícios adicionais tais como: coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo, do controle do estresse e redução da pressão arterial em indivíduos hipertensos.

Antes do início de qualquer programa de atividade física, é necessário que seja feita avaliação pela equipe de saúde de forma a adequar os exercícios físicos às necessidades e limitações de cada pessoa, podendo inseri-las em grupos multiprofissionais com a equipe NASF.

É importante reavaliar o indivíduo, o impacto da atividade física regular sobre a pressão arterial e comorbidades. Neste momento, avaliar dificuldades na realização da atividade, grau de motivação e realizar novas orientações.

Fluxograma de Orientação para a atividade física



Fonte: (Adaptado de CURITIBA, 2010).

1.3.3 Redução do peso corporal

A prevenção e o diagnóstico precoce do excesso de peso são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea.

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso.

O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica. Além do grau do excesso de gordura, a sua distribuição regional no corpo interfere nos riscos associados ao excesso de peso. O excesso de gordura abdominal representa maior risco do que o excesso de gordura corporal por si só.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

$$\text{Cálculo do IMC:}$$

$$\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2(\text{m})}$$

IMC	CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL
< 16	Desnutrição Grave
17 - 18,49	Desnutrição Leve
18,5 - 24,9	Eutrófico
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidade

Para a pessoa que apresente sobrepeso/obesidade, o enfermeiro deve propor a redução moderada na ingestão de energia como estratégia para redução da massa corporal, associada a exercícios físicos e às mudanças nos hábitos cotidianos, acompanhando o estado nutricional, além de investigar outras questões envolvidas na complexa relação entre saúde, nutrição e sociedade.

É importante salientar que além da dieta e da atividade física, o manejo da obesidade envolve abordagem comportamental, que deve focar a motivação, condições para seguir o tratamento, apoio familiar, tentativas e insucessos prévios, tempo disponível e obstáculos para as mudanças no estilo de vida.

1.4 ACOLHIMENTO E CAPTAÇÃO

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

Este trabalho deve ser realizado por todos os membros da equipe, sendo uma das estratégias fundamentais para o controle de complicações e diminuição do número de internações hospitalares.

Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, devendo proporcionar uma abordagem, junto à clientela, através de várias oportunidades de aproximação e construção de vínculos, que possibilite a revelação de dados do seu estilo de vida e seu conhecimento sobre fatores que possam desencadear maior ou menor qualidade de vida e chance de diagnóstico de doenças precocemente, para que, sobretudo, permita a adequada medida de orientação e seguimento no serviço.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

A linha de cuidado para a especificidade da saúde do adulto está direcionada para as necessidades individuais e coletivas, permitindo não só a condução oportuna dos clientes mediante suas possibilidades de diagnósticos, mas mediante a visão global das condições. Para tanto, é necessário realizar ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência para a recuperação.

2.

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As **Doenças e Agravos Não Transmissíveis** - DANT(s), são doenças de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores comportamentais de risco modificáveis como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a alimentação inadequada e a inatividade física e dependem de uma rede causal constituída pela interação de diversos fatores de natureza biológica e social.

As DANT(s) constituem um grande e heterogêneo grupo de doenças cujo controle é de grande importância para a saúde pública, podendo destacar como exemplo as doenças crônicas não transmissíveis, cuja característica mais comum é a ausência de infecção e/ou contágio clássico: doenças cardíacas e cerebrovasculares (acidente vascular cerebral, conhecido popularmente como “derrame”), cânceres, diabetes, hipertensão arterial.

Estas doenças e agravos se caracterizam por múltiplas causas, longo tempo de evolução, ou são acontecimentos pontuais (acidentes, violência, acidente vascular cerebral), com evolução para óbito, ou recuperação com sequelas e necessidades de reabilitação e readaptação às novas condições de vida.

As DANT(s) estão diretamente relacionadas à forma como a sociedade está organizada e ao estilo de vida da população. Muitas delas são decorrentes de hábitos não saudáveis, tais como alimentação inadequada, sedentarismo, excesso de álcool, tabagismo, entre outros.

Este capítulo tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto com ênfase na assistência às pessoas com **Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Obesidade**, uma vez que a principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares.

A equipe de saúde tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por essas doenças por meio da prevenção dos fatores de risco e, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos portadores, prevenir as complicações agudas e crônicas, principalmente com ações educativas de promoção à saúde direcionada à população.

2.1 ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde.

A trajetória do usuário até a chegada ao serviço, muitas vezes, significa inúmeros pensamentos ambivalentes, até o usuário assumir uma postura de melhoria da sua qualidade de vida em relação às consequências do sofrimento em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Existe uma relação entre o grau de sofrimento e o tempo de procura do usuário pelo serviço. Isso significa que quanto mais tempo o usuário leva até acessar o serviço, maior o grau de sofrimento que ele apresenta, o que implica um maior desafio na minimização do sofrimento.

Uma estratégia importante neste contexto é a realização da **busca ativa** pelos serviços de saúde, sendo considerada uma grande janela de oportunidades na criação do vínculo para o cuidado.

Quando o usuário chega aos serviços ou é acessado no território, apresenta uma gama de sentimentos ou sentidos do seu cotidiano ou da vida. Isto é, apresenta uma ambivalência também no discurso.

Para intervir, é importante que o trabalhador esteja atento a olhar o usuário de maneira a considerar a seguinte tríade:

A pessoa: Ser amplo, integral, composto por diversas esferas que compõem as vivências, os planos, os papéis da vida, o afeto, a sexualidade, o trabalho, a escolaridade e vários outros itens que podem variar de tamanho e dimensão para cada sujeito. Essas esferas podem se complementar, serem concorrentes, sinérgicas, antagônicas, alimentarem-se mutuamente etc.

O sofrimento: A visão multidimensional e sistêmica vai entender o sofrimento como uma ameaça ou ruptura do sentimento de unidade e identidade da pessoa, uma ameaça de desintegração. Neste caso, o sofrimento não é sinônimo de doença ou perda, mas essas questões podem gerar o sofrimento. A origem desta ameaça pode ser atribuída ao surgimento de uma nova esfera, o uso de uma substância, mas é a tensão entre as esferas que aumenta com a entrada do novo elemento no cacho. Não é, necessariamente, o uso de substância que compromete a unidade da pessoa, mas a posição relativa de uma esfera frente a outras esferas da vida.

O cuidado: O cuidado é manter a unidade e a coerência entre as diversas esferas que compõem as vivências, ou seja, é promover uma atenção integral, entendendo como estão as dimensões e suas correlações e como elas causam o sofrimento. Essa identificação proporciona a elaboração de

estratégias e intervenções para as diversas esferas envolvidas no sofrimento. Pode-se atuar em diversas esferas para aumentar ou diminuir a importância ou a pressão dentro do conjunto. E nem sempre o primeiro passo se dá na esfera das drogas, nem sempre o uso da droga é fator causador do sofrimento.

Para assegurarmos a acessibilidade e a resolutividade do cuidado e o tratamento das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, é preciso trabalhar em rede, isso para conseguir um resultado maior do que se trabalhássemos isoladamente.

2.1.1 Instrumentos de avaliação do padrão do uso de drogas

Grande parte dos profissionais da área da saúde tem a tendência de se preocupar com os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas somente quando o usuário já é dependente da substância. No entanto, muitas pessoas se esquecem de que essa situação não ocorre da noite para o dia e que o usuário problemático já passou por diferentes padrões de uso (experimental, esporádico, frequente, pesado, abusivo) até chegar à dependência.

Esse é um grande erro, principalmente de quem trabalha no nível de Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde ou outros serviços) e de Proteção Social (Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), entre outros), pois esses profissionais: têm contato com grande número de pessoas que procuram serviços da área de saúde por outro problema qualquer e, muitas vezes, esse sintoma já pode estar relacionado com o uso problemático de álcool e outras drogas; perdem a oportunidade de fazer uma intervenção precoce podendo evitar a evolução para níveis mais pesados de uso até a dependência.

Algumas ferramentas facilitaram muito, ao longo do tempo, o trabalho dos profissionais da área da saúde. Atualmente, há ferramentas importantes de identificação de níveis de uso de álcool e outras drogas que facilitam o estabelecimento de estratégias de ações preventivas e servem como um primeiro passo para evitarmos que o uso dessas substâncias traga problemas de saúde para os sujeitos ou que eles se tornem usuários problemáticos. Essas ferramentas são conhecidas como instrumentos de avaliação do padrão do uso de drogas. Os instrumentos de avaliação do padrão do uso de álcool e outras drogas são destinados à identificação de indivíduos que possivelmente fazem uso dessas substâncias e dos problemas relacionados a elas. A utilização desses instrumentos permite que o profissional tenha uma panorama a respeito do padrão de consumo de substâncias que o indivíduo apresenta, favorecendo a determinação do foco e o direcionamento da intervenção. Além disso, também servem para informar ao usuário sobre seu padrão de consumo.

2.1.2 ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

O nome do instrumento ASSIST é a sigla de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, que, traduzido para português, significa Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias. Assist, em inglês, significa “dar assistência”. Esse instrumento foi desenvolvido com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua finalidade é a realização da triagem de casos de uso problemático de substâncias psicoativas, feita, principalmente, por profissionais de Atenção Primária à Saúde. O ASSIST foi traduzido para várias línguas e validado no Brasil e em outros países, como Austrália, Irlanda, Índia, Israel, Territórios Palestinos, Estados Unidos, Reino Unido e Zimbábue. Em comparação a outros instrumentos, o ASSIST apresenta as vantagens de ser um instrumento de aplicação relativamente rápido e não requerer extenso treinamento por parte dos aplicadores. Além disso, logo após sua aplicação já é possível classificar o respondente quanto à gravidade do risco de ter problemas relacionados ao uso de substâncias (baixo, moderado ou sugestivo de dependência).

Por meio desse instrumento padronizado, o profissional da saúde poderá coletar informações sobre o uso de substâncias e os problemas relacionados a esse uso ao longo da vida do usuário e nos últimos três meses. O ASSIST possibilita, também, conhecer quais são os riscos atuais e os futuros problemas decorrentes do uso, verificar se o respondente possui indícios de dependência e se faz uso de drogas injetáveis. O ASSIST é um questionário de triagem composto por oito questões. Sendo que as questões numeradas de 1 a 7 abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias lícitas e ilícitas e a questão 8 é voltada ao uso de drogas injetáveis. Algumas drogas adicionais, que não fazem parte dessa lista, podem ser investigadas na categoria outras drogas.

A sua aplicação pode ser exclusiva ou integrada numa consulta de rotina, em que se faz um questionário de saúde geral ou de estilo de vida ou uma análise de risco ou mesmo como parte da história clínica do utente, tanto mais que é um instrumento de fácil e célere aplicação, de aferição de resultados e de interpretação, os resultados podem ser relacionados com os níveis de consumo e com as intervenções a preconizar.

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g.hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

• **FAÇA** as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* ?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))* e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso Injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos → Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos → Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

A questão 8 do ASSIST não está incluída no cálculo dos escores do envolvimento com substância específica. No entanto, lembre-se de que o uso injetável de substâncias nos últimos três meses (escore 2, na questão 8) representa um fator de risco para os pacientes. Por isso, todos os usuários de drogas injetáveis devem receber intervenção e, se necessário, devem ser encaminhados para um serviço especializado.

2.1.3 Significado das pontuações

O ASSIST permite que se obtenha uma pontuação para cada droga ao final do teste, pois as respostas quantificam a intensidade do uso da droga, assim como a frequência dos problemas relacionados, indicando o grau de comprometimento com cada substância que o usuário mencionou ter feito uso, conforme especificado nos quadros a seguir.

ASSIST			
PONTUAÇÃO ÁLCOOL		PONTUAÇÃO OUTRAS SUBSTÂNCIAS	
0 – 10	Baixo Risco	0 – 3	Baixo Risco
11 – 26	Risco Moderado	4 – 26	Risco Moderado
27 ou mais	Alto Risco	27 ou mais	Alto Risco

Nos casos de usuários de 12 a 18 anos, usamos o quadro de resultados a seguir para interpretação do padrão de consumo dessas substâncias.

ASSIST – TEEN			
PONTUAÇÃO ÁLCOOL		PONTUAÇÃO OUTRAS SUBSTÂNCIAS	
0 – 5	Baixo Risco	0 – 3	Baixo Risco
6 – 26	Risco Moderado	4 – 26	Risco Moderado
27 ou mais	Alto Risco	27 ou mais	Alto Risco

Dessa forma, Indivíduos com pontuações até 10 para álcool e até 3 para as outras drogas são considerados usuários de baixo risco, ou seja, embora usem substâncias ocasionalmente, eles ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Pacientes com pontuações entre 11 e 26 para álcool e entre 4 e 26 para outras drogas podem fazer um uso nocivo ou problemático de substâncias e apresentam risco moderado de desenvolvimento de problemas devido ao uso de drogas. Pacientes com pontuações de 27 ou mais para qualquer droga apresentam alto risco de dependência da(s) substância(s) investigada(s).

2.1.4 Conduta após aplicação do ASSIST

Após aplicar ASSIST e conhecer a pontuação do paciente para cada substância, o profissional que aplicou o instrumento deverá:

- Fornecer uma orientação preventiva, reforçando o comportamento de baixo risco para pacientes que apresentarem escores menores do que 3 (ou 10, no caso do álcool);
- Utilizar a intervenção breve para pontuações entre 4 e 26 (ou 11 e 26 para o álcool), visando uma mudança de comportamento do usuário;
- Encaminhar para serviços de tratamento especializados, no caso de pontuações de 27 ou mais para qualquer droga.

Vale resaltar que a questão 8 do ASSIST não está incluída no cálculo dos escores do envolvimento com substância específica. No entanto, lembre-se de que o uso injetável de substâncias nos últimos três meses (escore 2, na questão 8) representa um fator de risco para os pacientes. Por isso, todos os usuários de drogas injetáveis devem receber intervenção e, se necessário, devem ser encaminhados para um serviço especializado.

2.1.5 Abordagem Psicossocial

Todo o dependente passa por estágios de motivação. A dependência não é uma condição imutável, marcada por problema de personalidade, do qual o indivíduo estará para sempre refém. Desse modo, todo o dependente pode ser motivado para a mudança. Motivação é um estado de prontidão para a mudança, flutuante ao longo do tempo e passível de ser influenciado por outrem. Durante o período da vigência do consumo, o dependente de substâncias psicoativas pode passar por estágios motivacionais. Para cada estágio há uma abordagem especial. Desse modo, determinar as expectativas em relação ao tratamento e o estágio motivacional fazem parte da avaliação inicial e são importantes

para o planejamento terapêutico do paciente. Os estágios motivacionais são apresentados a seguir.

Estágios de Prontidão para Mudança			
	Estágio do paciente	Postura do profissional	Frequência e seguimento
Pré-contemplação	Sem idéia sobre o problema e sem planos	Flexibilizar sobre a evidência de dependência	Visitas periódicas para avaliação
Contemplação	Percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança.	Triagem e avaliação + , Deve ser sensibilizado objetivamente.	Agendar outras visitas, no máximo a cada três meses e sugerir uma entrevista familiar
Determinação	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças.	Ofereça soluções e retire barreiras. Negocie um plano de abordagem.	Consultas frequentes a cada duas semanas no máximo e seguimento.
Ação	Pronto para começar a mudança.	Prover o suporte; definir a assistência; convidar a família; considerar a farmacoterapia e outros recursos.	Semanal por meses.
Manutenção	Incorporação da mudança na rotina de vida.	Reforçar o sucesso; encaminhar para grupos de auto-ajuda; reavaliar a farmacoterapia; aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco; avaliação bioquímica.	Inicialmente mensal e antecipar se necessário.
Recaída	Volta para a contemplação ou pré-contemplação	Otimismo, reforço para retomar e continuar o tratamento, solicitar a participação da família.	Inicialmente mais frequente e voltar para a fase anterior.

A ampliação da visão em relação ao uso problemático de álcool permite novos estudos, com ênfase na prevenção, cuidados primários, planejamento de saúde, detecção precoce e intervenções precoces.

2.1.6 Aconselhamento

O aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo de qualquer substância deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese. Um aconselhamento rápido feito por qualquer profissional de saúde capacitado, é capaz de induzir uma porcentagem de pacientes a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas. Sua técnica é simples e de fácil aplicação, conforme descrito no quadro a seguir.

Aconselhamento	
Aconselhar não é dizer o que deve ser feito. A mudança é do indivíduo. Aconselhar consiste em:	
Chamar à reflexão	"Qual a sua opinião sobre o seu consumo atual de drogas?"
Dar responsabilidade	"O que você pretende fazer com relação ao seu consumo?"
Opinar com honestidade	"Na minha opinião seu uso de álcool está absolutamente fora de controle."
Dar opções de escolha	"Vamos discutir as alternativas que você tem para não chegar embriagado em seu emprego."
Demonstrar interesse	"Conte mais sobre sua semana, como foram suas tentativas para se manter abstinente."
Facilitar o acesso	"Vamos tentar encontrar um horário que se adapte bem a nós dois."
Evitar o confronto	"Ao invés de encontrarmos culpados, podemos juntos buscar soluções para o seu problema."

2.1.7 Intervenção breve

As intervenções breves são técnicas recomendadas para abordagem dos usuários de drogas, pois apresentam um enfoque educativo e motivacional para a redução ou cessação do uso de álcool ou outras drogas, sendo de fácil aplicação, baixo custo e curta duração, complementando as atividades assistenciais habituais. As abordagens motivacionais têm como objetivo a escuta atenta, a empatia, a orientação e o aconselhamento. Busca remover barreiras internas e externas, além dos estigmas associados ao uso de álcool e outras drogas. A Entrevista Motivacional mostra-se como uma ferramenta eficaz na abordagem dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento.

2.2 ABANDONO DO TABAGISMO

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, e é um poderoso fator de risco de doença cardiovascular. Pelas reconhecidas consequências do tabagismo para a saúde humana, o **tratamento do tabagismo** deve ser valorizado e priorizado nas unidades de saúde. Indivíduos que fumam mais de vinte cigarros por dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita que indivíduos não fumantes.

O tabagismo age sinergicamente com os contraceptivos orais, aumentando consideravelmente o risco de doença arterial coronariana. Ajudar um fumante a deixar de fumar não é uma tarefa complicada, mas o profissional de saúde deve estar instrumentalizado para lidar com os aspectos da dependência química e apoiar o processo de mudança de comportamento, que pode exigir várias tentativas consecutivas para deixar de fumar. A maioria dos fumantes faz mais do que

cinco tentativas até conseguir parar sem novas recaídas.

2.2.1 Orientações para abandono do tabagismo:

Redução: Uma abordagem gradual para deixar de fumar é a redução. Reduzir significa contar os cigarros e fumar um número menor, predeterminado, a cada dia.

Adiamento: Uma segunda abordagem gradual para deixar de fumar é o adiamento, que significa adiar a hora na qual o indivíduo começa a fumar, por um número de horas predeterminado a cada dia. Ao começar a fumar em cada dia, o cliente não deve contar seus cigarros nem se preocupar em reduzir o número que fuma. Assim, ele deve tomar a decisão de adiar a hora na qual começa a fumar por duas horas a cada dia, por seis dias, até a sua data de parar de fumar.

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial – PA $\geq 140 \times 90$ mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também tem a HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica.

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso. Os valores de 140 mmHg para a PS e de 90 mmHg para a PD, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de riscos anteriores mais elevados.

3.2 Epidemiologia

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs tem sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007.

Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. A finalidade da Linha de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos da Atenção Primária.

É importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

Alguns fatores como obesidade, sedentarismo, consumo de sal, consumo de álcool, tabagismo, estresse, dislipidemia e depressão são considerados de risco para HAS.

3.3 Classificação da pressão arterial em adultos

De acordo com os valores pressóricos obtidos, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica, conforme a tabela abaixo:

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Observação: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

3.4 Rastreamento

Todo adulto com 18 anos de idade ou mais, quando procurar à Unidade de Saúde para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, deverá ter sua pressão verificada e registrada.

Além disso, todas as gestantes devem ter sua pressão arterial verificada em cada consulta. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente. Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.

Sempre que possível a PA deveser aferida fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito Avental Branco no processo de verificação.

Condições Padronizadas para a Medida da Hipertensão Arterial

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio
- Medir após cinco minutos de repouso.
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que comecem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos.
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço

Recomendação de acompanhamento com base na aferição da PA inicial

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:

- A cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg;
- A cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV);
- Em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).

O diagnóstico de hipertensão sempre será médico.

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes

e divide-se por três.

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

Avaliação diagnóstica e decisão terapêutica na Hipertensão Arterial

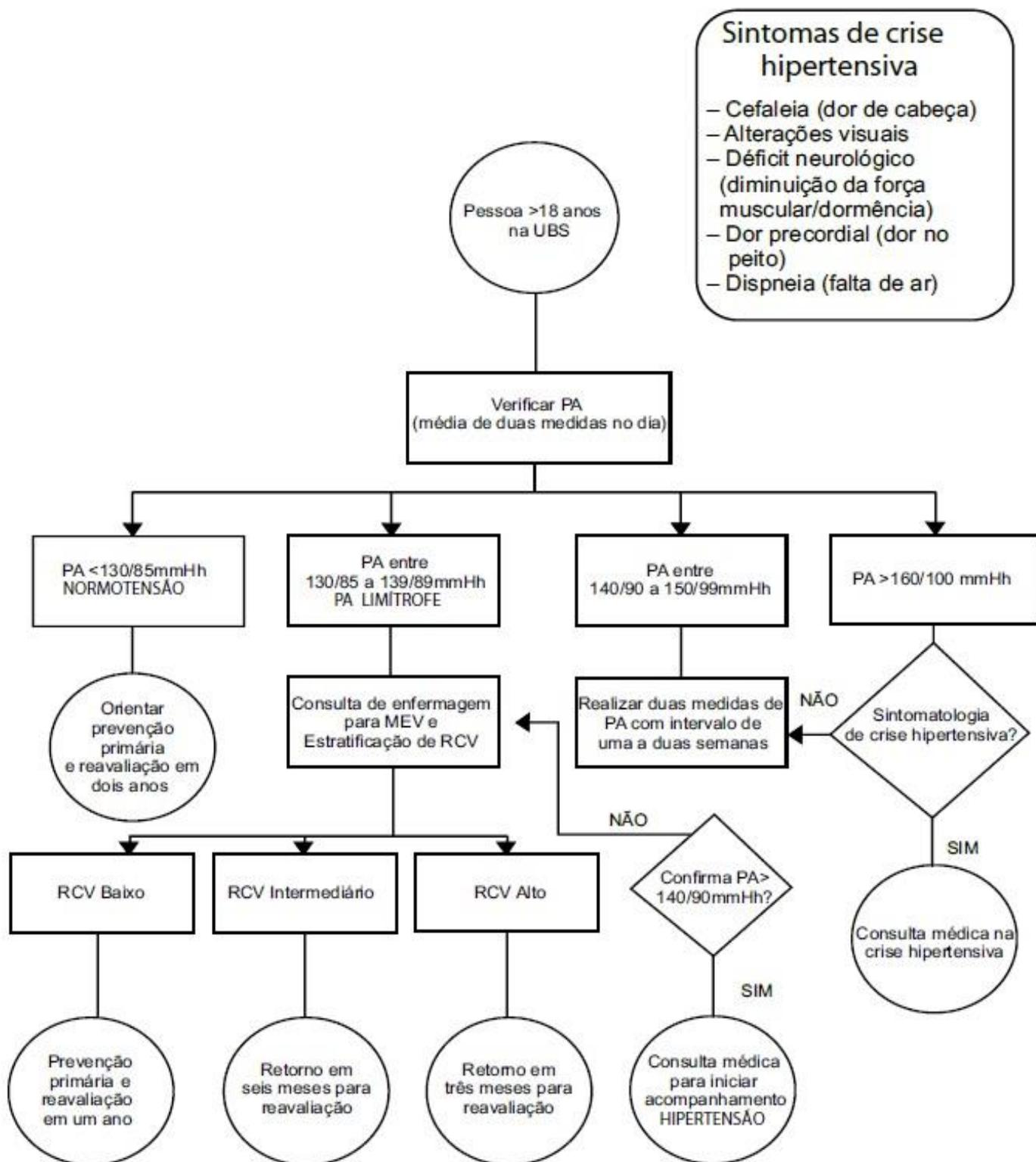


	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (>160 />100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

Fluxograma de Rastreamento e Diagnóstico de HAS



3.5 Acompanhamento

Sugere-se a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá verificar a PA na sala de “enfermagem/triagem/acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do usuário e/ou no local indicado para registro do monitoramento da PA (cartão controle de PA). A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias.

Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada **até a segunda semana de tratamento**, após certificar-se que o usuário está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe de Enfermagem deverá agendar consulta médica. Se o usuário não estiver utilizando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá orientá-lo novamente sobre o uso dos medicamentos e continuar monitorando a PA.

Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a **META PRESSÓRICA**, isto é PA menor que:

- **140/90mmHg na HAS não complicada**

- **130/80mmHg nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção secundária de AVC.**

Deve-se considerar em usuários com má resposta: não adesão, excesso de sal na dieta, efeito das drogas, uso de anti-inflamatórios não esteróides, uso de descongestionantes nasais, supressores do apetite, cafeína, anticoncepcionais orais, tabagismo, etilismo, obesidade progressiva, apnéia do sono, dor crônica ou hipertensão secundária.

As pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados deverão realizar consulta médica para reavaliação, mensalmente até atingirem a meta pressórica. Aquelas que não estiverem seguindo os tratamentos recomendados poderão consultar com a enfermeira e/ou o médico para avaliação da motivação para o tratamento e da capacidade de autocuidado. De acordo com essa avaliação, poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais de Saúde ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para auxílio à equipe no manejo desses casos.

As consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos casos que atingiram a meta pressórica deverão ser preferencialmente intercaladas. Sugere-se que sua periodicidade varie de acordo com o risco cardiovascular estabelecido por meio do escore de Framingham e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais.

Para os usuários com HAS com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta médica e de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão

acompanhamento médico e de enfermagem quadrimestral.

Classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	< 10%	Anual	Anual	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral	Semestral	Anual
Alto	20%	Quadrimestral	Quadrimestral	Anual

Fonte: DAB/SAS/MS.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, conforme disponibilidade do serviço.

Recomendações para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva:

- facilitar o acesso;
- orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social;
- estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos parafeitos);
- manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na Rename, que estão disponíveis na farmácia básica.
- encorajar modificações no estilo de vida;
- integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas;

Apesar de a equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. Além do risco cardiovascular, a equipe precisa estar atenta a vulnerabilidades, potencial para o autocuidado e outras situações que requerem atendimento imediato.

3.6 Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação do **Processo de Enfermagem** que possui cinco etapas interrelacionadas entre si (Histórico, Diagnósticos, Planejamento, Implementação e Evolução de

Enfermagem), objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

Para pessoas com pressão arterial limítrofe, a consulta de enfermagem tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares. Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do **Escore de Framingham** (ANEXO I).

O Quadro abaixo aponta os fatores de risco baixo, intermediário e alto que influenciam na estratificação.

Baixo risco/Intermediário	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) • Idade >65 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente vascular cerebral (AVC) prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio • Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA) • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Se o usuário apresenta apenas **um fator de risco baixo/intermediário**, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como **baixo RCV**. Se apresentar **ao menos um fator de alto RCV**, também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como **alto RCV**. O **cálculo** será realizado quando o usuário apresentar **mais de um fator de risco baixo/intermediário**.

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas:

Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.

Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser quadrimestral após

orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser bimensal após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde Coletiva.

3.6.1 Primeira Consulta de Enfermagem

Histórico

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações.

O profissional deverá estar atento para:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
 - Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
 - Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais.
 - Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares:
 - Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca.
 - Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico.
 - Nefropatia.
 - Doença vascular arterial periférica.
 - Retinopatia hipertensiva.

Exame físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pulso radial e carotídeo.
- Alterações de visão.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

Diagnóstico das necessidades de cuidado (Diagnóstico de Enfermagem (DE))

Interpretação e conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial.

Atividade privativa do enfermeiro, o **DE** provém da identificação clara e específica do enfermeiro sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico).

O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, que tenha reconhecimento internacional, para registrar seu diagnóstico. Preferencialmente o CIPESC - Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e CIAP – Classificação Internacional de Atenção Primária

Planejamento da assistência

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com HAS, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em Saúde e o vínculo com a equipe.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre:
 1. A doença e o processo de envelhecimento.

2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo).
3. Percepção de presença de complicações.
4. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais).
5. Solicitar, prescrever e avaliar os exames e medicamentos previstos nesse protocolo.
 - Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais. É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação da SAE, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além da equipe de enfermagem, envolvendo também o médico, os agentes comunitários de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), quando disponível e necessário, nas ações desenvolvidas.

Implementação da assistência

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

Consultas de Enfermagem Subsequentes

Avaliar metas estabelecidas em conjunto com o usuário.

1. Coleta de Dados
2. Exame físico:

PA: Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas; sugere-se o intervalo de um minuto entre elas. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real.

3. Avaliar os cuidados prescritos, metas estabelecidas e resultados obtidos conjuntamente com o usuário.
4. Adequar se necessário, os cuidados de enfermagem.

Devem ser avaliados:

1. Riscos familiares (obesidade, hipertensão, diabetes, infarto agudo do miocárdio, artrose, outros).
2. Hábitos de vida (sexual, alimentar, tabaco, álcool, drogas, outros).
3. Medicação: orientação, revisão do uso e prescrição.
4. Nível pressórico.
5. Perfil psicológico - ansiedade, depressão, estresse, outros.
6. Citologia oncótica.
7. Risco para câncer de mama, colo de útero, pele, cavidade oral e próstata.
8. Mamografia (ver antecedentes familiares): vide Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher - SMS.
9. Atividade física regular.
10. Situação Vacinal.

3.7 Tratamento não Medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do usuário por toda a sua vida.

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, restrição de fontes industrializadas de sal, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular, substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos.

O propósito do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbimortalidade cardiovascular e renal. Associada às recomendações de nutrição e de adoção de hábitos de vida saudáveis, o uso de fármacos deve não só reduzir os graus pressóricos, como também a ocorrência de eventos fatais e não fatais, preservando a qualidade de vida do usuário. A não adesão ao tratamento se caracteriza como um fator importante na incidência de complicações cardiovasculares, cabendo ao enfermeiro, nas ações educativas individuais ou em grupo:

- Orientar sobre os efeitos adversos das drogas;
- Motivar o usuário para uso das medicações prescritas e mudanças de estilo de vida;
- Orientar sobre a importância do uso correto da medicação;
- Esclarecer a importância de tomadas/doses diárias da medicação;
- Envolver familiares no tratamento – apoio contínuo ao usuário.

Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução de PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m ² .	5 a 20
Alimentação Saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que o consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et AL., 2003)

3.8 Medicamentos passíveis de renovação da prescrição pelo enfermeiro

Esta seção traz uma lista de medicamentos anti-hipertensivos passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro que atua na Atenção Básica**, contanto que todas as condições expressas neste documento sejam cumpridas.

O enfermeiro poderá prescrever as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses, quer seja através de uma única receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses). Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses.

O enfermeiro não deve remover da receita qualquer medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações contínuas prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência desse, outro médico da unidade/município deverá ser acionado).

O enfermeiro poderá prescrever a receita de medicamentos anti-hipertensivos contanto que:

- O paciente possua receita prévia emitida nos últimos 6 meses por **médico da atenção**

primária do município devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);

- O paciente não apresente sinais/sintomas ou demandas que exijam avaliação médica **imediate** (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde grave);

- O enfermeiro, conjuntamente à prescrição da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;

- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida (consultar a seção de exames de acompanhamento de hipertensão e rastreamento, neste mesmo documento);

- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;

- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial creatinina sérica, com resultados em padrões de normalidades, sendo que na inexistência de tal resultado no último ano é sugerido ao enfermeiro a solicitação do exame e renovação da receita por período compatível com a realização do exame laboratorial para avaliação posterior;

- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;

- O paciente esteja presente à consulta;

- O paciente seja maior de 18 anos;

- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;

Obs.: alguns medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados para o controle de outras morbidades, como os beta-bloqueadores para arritmia cardíaca. Contudo, nestes casos **a receita não deverá ser renovada e o paciente deverá ser encaminhado para atendimento médico visando o acompanhamento integrado da HAS e demais doenças.**

* Para os efeitos deste documento será considerada a média de pelo menos três aferições de pressão arterial realizadas em dias e horários diferentes que antecedem a consulta, podendo ser

considerada a do dia da consulta como uma destas (registros realizados pelo próprio paciente a partir de aferições em outros locais, que não as unidades de saúde do município, podem ser considerados).

Caso, no momento da consulta, a PA esteja com diferença igual ou superior a 20 mmHg às demais medidas (sistólica ou diastólica, separadamente), realizar nova medida 15 minutos após a primeira. Permanecendo essa diferença ou caso o paciente não possua medidas em número suficiente, renovar a receita por 15 dias e orientar o retorno com as medidas de PA. **Caso, no retorno, essa diferença persista, encaminhar para avaliação clínica pelo médico.**

LISTA DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA USUAL	DOSE MÁXIMA
ATENOLOL	50 mg	1-2x/dia	100 mg/dia
PROPRANOLOL	40 mg	2x/dia	240 mg/dia
METOPROLOL, SUCCINATO	50 mg	1x/dia	200 mg/dia
HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg	1x/dia	25 mg/dia
FUROSEMIDA	40 mg	1-2x/dia	80 mg/dia
ESPIRONOLACTONA	25 mg	1x/dia	100 mg/dia
LOSARTANA	50 mg	1x/dia	100 mg/dia
METILDOPA	250 mg	2-3x/dia	1500 mg/dia
ANLODIPINO, BESILATO	10 mg	1-2x/dia	10 mg/dia
DILTIAZEM , CLORIDRATO	60 mg	3-4x/dia	240 mg/dia
NIFEDIPINO	20 mg	1x/dia	60 mg/dia
CAPTOPRIL	25 mg	1-2x/dia	150 mg/dia
ENALAPRIL, MALEATO	20 mg	1x/dia	40 mg/dia

(A prescrição dos medicamentos pelo enfermeiro seguirá as alterações realizadas pela REMUME – Relação Municipal de Medicamentos)

Obs.: A renovação de metildopa não deverá ser realizada pelo enfermeiro caso a paciente seja gestante.

3.8.1 Outros medicamentos que agem no sistema cardiovascular

Alguns outros medicamentos podem ser utilizados de maneira associada a anti-hipertensivos ou antidiabéticos para redução da probabilidade de ocorrência de desfechos desfavoráveis, como IAM e AVC. O enfermeiro poderá prescrever a receita para os medicamentos listados abaixo.

MEDICAMENTOS:

- **AAS (Ácido cetil Salicílico)** Dose máxima de 200mg/dia

Obs. 1: Atentar para o tempo estipulado de tratamento, já que alguns pacientes podem ser orientados a fazer uso apenas por um curto período para resolução de um problema de saúde pontual (não fazem uso crônico da medicação) e nesses casos não haverá a renovação da prescrição.

Obs. 2: Orientar o usuário a evitar uso de AINEs por conta própria, uma vez que esses medicamentos também interferem na coagulação sanguínea. Dessa forma, atentar para aparecimento de petéquias e hematomas sem associação a trauma local, bem como relato de hematêmese/melena (possivelmente associados a sangramento gastrointestinal).

Obs. 3: Evite se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de corticoide, varfarina.

- **Sinvastatina**

Dose máxima de 80mg/dia (se paciente faz uso de anlodipino, a dose máxima recomendada é de 20mg ao dia devido interação medicamentosa)

Obs. 1: Pode induzir rabdomiólise (destruição de células do músculo estriado esquelético), gerando dor e diminuição da massa muscular da pessoa. Atentar para dores e fraqueza muscular, sem associação com evento recente, em pessoas que fazem uso de sinvastatina e outras estatinas, as quais deverão passar por avaliação médica para verificar a manutenção ou suspensão da medicação.

Obs 2: Evite sinvastatina se usa lopinavil/ritonavir, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: solicite avaliação médica para considerar ao invés atorvastatina ou pravastatina.

ATENÇÃO: caso o enfermeiro tenha dúvida quanto a prescrição dos medicamentos citados, o paciente deverá ser referenciado para consulta médica para avaliação da necessidade de manutenção da medicação.

3.9 Exames laboratoriais

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um

apoio diagnóstico mínimo. O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de hipertensão arterial sistêmica desde que:

- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realize avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

ROTINA COMPLEMENTAR MÍNIMA PARA PESSOA COM HAS :

EXAME COMPLEMENTAR	PERIODICIDADE	VALORES DE REFERÊNCIA
Glicose de jejum	ANUAL	Desejável <110mg/dL Se ≥ 110 mg/dL, utilizar fluxo descrito no capítulo sobre diabetes
Lipidograma (LDL, HDL, triglicerídeos, colesterol total)	ANUAL A CADA 6 MESES se estiver alterado Após 3 meses de iniciar estatinas	Colesterol - desejável <200 mg/dL HDL - ≥ 40 mg/dL em homens; ≥ 50 mg/dL em mulheres LDL –desejável <100mg/dL Triglicerídeos – desejável <150 mg/dL
Creatinina sérica	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	< 1,0 Ou Taxa De Filtração Glomerular estimada - TFGe) ≥ 90 ml/min Se TFGe <60mg/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. Se diminuição > 25%, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
Potássio (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemda, espironolactona – e/ou inibidor do sistema raa – captopril, enalapril, losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	$\geq 3,5$ mmol/L e <5,0 mmol/L (mEq/L) Se 5,0 mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona.
Exame sumário de urina (EAS, equ)	ANUAL	Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico.
Microalbuminúria	SE PROTEINÚRIA NO EXAME DE URINA	Encaminhar para avaliação médica.

Eletrocardiograma	ANUAL	Encaminhar para avaliação médica.
-------------------	-------	-----------------------------------

Outros exames complementares poderão ser solicitados conforme a apresentação clínica.

4. DIABETES MELLITUS

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

A prevalência e a incidência do DM são cada vez maiores, em todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, a obesidade e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e dieta inadequada, podem ser citadas como causas desse aumento.

É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira o conhecimento do estado diabético. No entanto, o diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária).

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas desconhece essa condição (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

Na atualidade, os sistemas de saúde enfrentam um grande desafio, devido o aumento da prevalência e incidência do diabetes em todo mundo, o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a obesidade e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e dieta inadequada.

É indispensável que os serviços estejam estruturados para desenvolver estratégias de promoção à saúde, prevenção do aparecimento da doença, sendo capazes de realizar diagnósticos precoces e estabelecer tratamentos que evitem ou retardem a instalação de lesões de órgãos alvo.

As ações sistemáticas para captação de novos casos não devem centrar sua atenção tão

somente nos níveis de glicemia. Os fatores de risco devem, prioritariamente, ser considerados para o seguimento no serviço.

4.1 Diabetes mellitus tipo 1

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose.

O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina.

Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos. Usuários com este tipo de diabetes necessitam ser tratados com o uso diário de insulina exógena.

4.2 Diabetes mellitus tipo 2

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com histórico familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.

O termo “tipo 2” é utilizado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos.

4.3 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas)

As pessoas com fatores de risco para DM deverão ser encaminhados para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia (consulta de enfermagem). Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal. Alguns estudos apontaram que as pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas a cada 3 a 5 anos.

Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo definida seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos.

Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

Solicitar glicemia de jejum quando o IMC for ≥ 25 e a pessoa tiver pelo menos um dos fatores descritos no quadro a seguir:

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial ($>140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (< 35 mg/dl);
- Exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, acanthosis nigricans;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU Idade ≥ 45 anos;

OU Risco cardiovascular moderado.

Caso o paciente não se enquadre no descrito não há necessidade de rastrear.

4.4 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)

Realizar glicemia capilar (glicosímetro) nos pacientes com sintomatologia característica (conforme descrito no quadro a seguir).

Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM

Sinais e sintomas clássicos:

- Poliúria;
- Polidipsia;
- Perda inexplicada de peso;
- Polifagia.

Sintomas menos específicos:

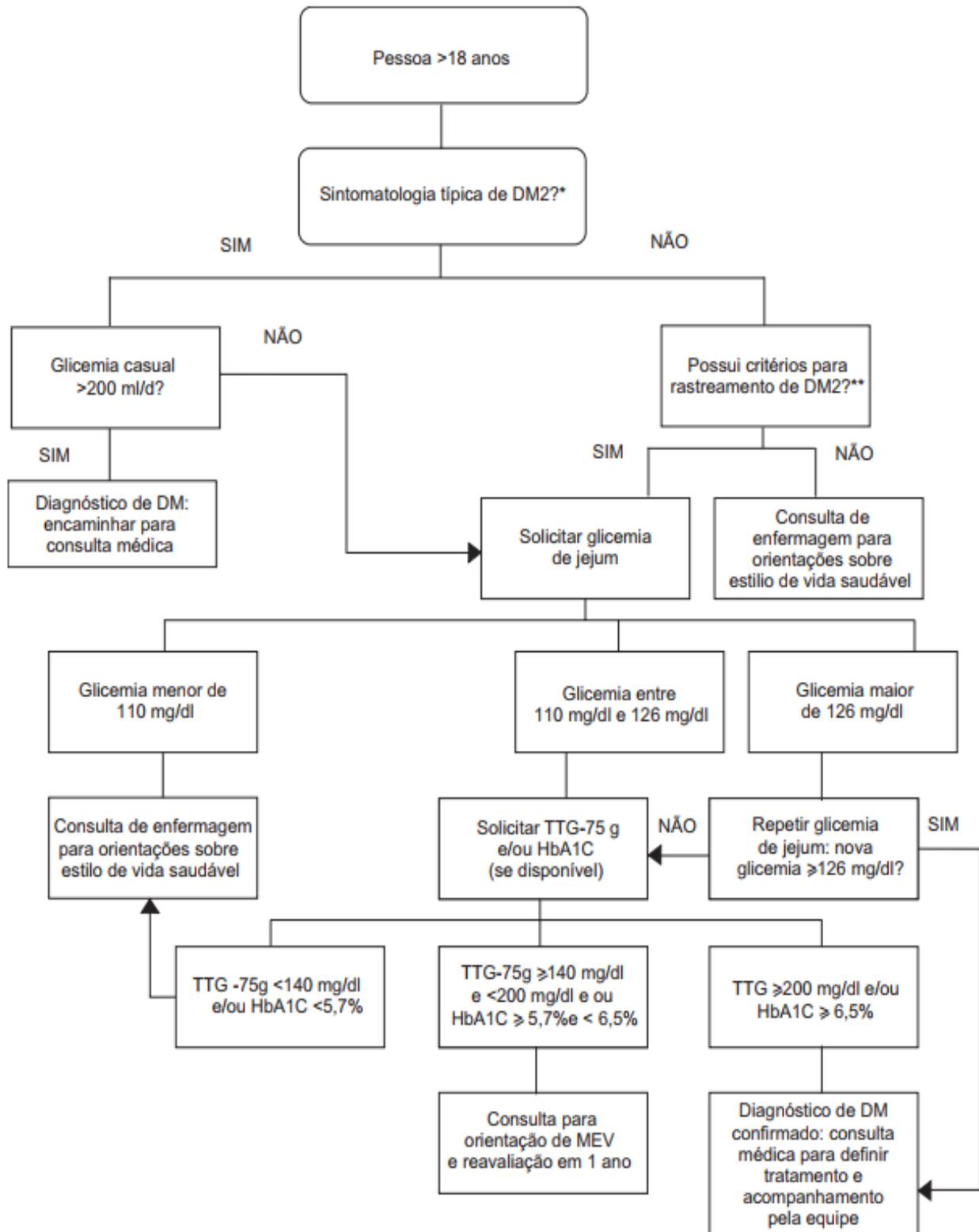
- Fadiga, fraqueza e letargia;
- Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
- Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.

Complicações crônicas/doenças intercorrentes:

- Proteinúria;
- Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
- Retinopatia diabética;
- Catarata;
- Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
- Infecções de repetição.

A partir do resultado, seguir a conduta descrita no fluxo a seguir.

Figura 1 – Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2



* Ver Tabela 2 – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.

** Ver Tabela 1 – Critérios para o rastreamento de DM para adultos assintomáticos.

MEV = Mudanças de estilo de vida.

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

Quando a pessoa requer diagnóstico imediato e o serviço dispõe de laboratório com determinação glicêmica imediata ou de glicosímetro e tiras reagentes, a glicemia casual é o primeiro exame a ser solicitado, pois fornece um resultado na própria consulta. Nesse caso, o ponto de corte indicativo de diabetes é maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas de hiperglicemia.

Não havendo urgência, é preferível solicitar uma glicemia de jejum medida no plasma por laboratório. Pessoas com glicemia de jejum alterada, entre 110 mg/dL e 125 mg/dL, por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer segunda avaliação por TTG-75 g.

No TTG-75 g, o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão. Uma glicemia de duas horas pós-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dL é indicativa de diabetes e entre 140 mg/dL e 200 mg/dL, indica tolerância à glicose diminuída.

Pessoas com hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl, e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), também denominadas de casos de pré-diabetes, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientadas para prevenção do diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida, bem como reavaliação anual com glicemia de jejum.

A hemoglobina glicada, hemoglobina glicosilada ou glico-hemoglobina, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C, indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose. Como ele reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, é recomendado que seja utilizado como um exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico. Tem a vantagem de não necessitar de períodos em jejum para sua realização.

Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum*	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	≥126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia

4.5 Consulta de enfermagem para acompanhamento de pessoas com DM

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM deve ser realizada utilizando o Processo de Enfermagem, objetivando a educação em saúde para o autocuidado.

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação saudável e de exercícios físicos regulares.

Apresenta-se a seguir um roteiro para a consulta de enfermagem para pessoas com DM.

Primeira Consulta de Enfermagem:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.
- Medicamentos utilizados para DM/outras problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação com recordatório alimentar, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, claudicação intermitente).

Exame físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Exame dos olhos e acuidade visual.
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração (cianose e palidez), manchas, distribuição dos pêlos.
 - Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas).
 - Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de candida albicans.

Exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades. Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores; exame neurológico sumário, bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

Pescoço: palpação de tireoide (quando DM tipo 1).

Exame neurológico: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, tátil, vibratória e dolorosa.

Deve ser avaliado:

1. Atividade física regular
2. Alimentação com calorias adequadas e balanceadas
3. Hábitos e vícios (abandono)
4. Situação Vacinal
5. Prática de atividade sexual com proteção
6. Uso de protetor solar

Diagnóstico das necessidades de cuidado (Diagnostico de Enfermagem (DE))

Atividade privativa do enfermeiro, o **DE** provém da identificação clara e específica do enfermeiro sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico).

É a interpretação e suas conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial. Nesse ponto, é importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com DM; identificar a sintomatologia de cada complicação, intervir precocemente, principalmente atuar na prevenção evitando que esses problemas aconteçam.

É fundamental, para seguir o processo de planejamento e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estar atento para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
 - Diminuição da acuidade visual e auditiva;
 - Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
 - Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
 - Medos: da perda da independência; de hipoglicemia, do ganho de peso, das aplicações de insulina;
- Insulina: realiza a autoaplicação? Se não realiza, quem faz? Por que não autoaplica? Apresenta complicações e reações nos locais de aplicação? Como realiza a conservação e o transporte?
- Automonitorização: Consegue realizar a verificação da glicemia capilar? Apresenta dificuldades no manuseio do aparelho?

O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, que tenha reconhecimento internacional, para registrar seu diagnóstico. Preferencialmente o CIPESC - Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e CIAP – Classificação Internacional de Atenção Primária

Planejamento da assistência

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com DM.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre:
 - Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações;
 - Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);
 - Percepção de presença de complicações;
 - A doença e o processo de envelhecimento;
 - Uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença;
 - Uso da insulina e o modo correto de como reutilizar agulhas; planejamento de rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia.
- Solicitar, prescrever e avaliar os exames previstos nesse protocolo assistencial.
- Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais. É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação da SAE. Ampliando o escopo do diagnóstico e planejamento para além da equipe de Enfermagem, envolvendo também o médico, agentes comunitários de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), quando disponível e necessário, nas ações desenvolvidas.

Implementação da assistência

A implementação da assistência deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de Saúde ou de

outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim.

Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

Consulta de Enfermagem Subsequente:

Coleta de Dados

1. Avaliação da adesão à medicação atual;
2. Identificar adesão à atividade física;
3. Hábitos – fumo, álcool, alimentares, outros.

Exame físico

1. Peso, altura, pressão arterial ,avaliação da cavidade oral, glicemia capilar;
2. Avaliação de riscos dos membros inferiores: sensibilidade térmica, tátil, dolorosa e vibratória.

Identificar:

1. Uso do sapato adequado;
2. Corte das unhas; deformidades, calosidades;
3. Diminuição ou ausência de pulso;
4. Dores, câimbras, parestesia, sensação de queimação.

4.5.1 Frequência do acompanhamento

Vale lembrar que depois de definido o tratamento medicamentoso, é importante que a pessoa com DM mantenha o acompanhamento pela equipe multidisciplinar para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco. O Quadro a seguir traz uma sugestão de estratificação de risco para a pessoa com DM de acordo com o controle metabólico.

Risco	Critério	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Baixo	- Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose	Anual	Anual	Anual
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: - Controle metabólico e pressórico adequados - Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses - Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)	Semestral	Semestral	Semestral
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: - Controle metabólico e pressórico inadequados OU - Controle metabólico e pressórico adequados mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)	Quadrimestral	Quadrimestral	Quadrimestral
Muito alto	Pessoa com DM diagnosticado e: - Controle metabólico e pressórico inadequado + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)	Trimestral	Trimestral	Trimestral
Gestão de caso	Pessoa com DM diagnosticado e: - Mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico mesmo com boa adesão ao plano de cuidado (diabete de difícil controle) - Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica - Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção. - Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras) – - Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social			

*as consultas médicas e de enfermagem devem ser intercaladas

Para as pessoas com diagnóstico de HAS e DM (conjuntamente) deverá ser considerado a sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica conforme classificação de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham, descrito na definição de HAS.

Gestão de caso

A gestão de caso é uma tecnologia que tem como objetivo planejar e monitorar opções e serviços de acordo com as necessidades das pessoas com DM2 em situação de maior risco. Os gestores de caso são responsáveis pela coordenação e avaliação da atenção aos usuários e devem advogar as necessidades dos mesmos e de seus familiares, assegurando a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde (MENDES, 2004).

As principais funções do gestor de caso englobam a qualificação e a adequação dos serviços prestados ao portador de DM2, o incremento da comunicação entre o usuário e os profissionais de saúde, o estímulo ao autocuidado e o monitoramento do plano de tratamento.

O gestor do caso é responsável pelo registro periódico dos planos de casos da sua competência. Os planos de casos devem ser avaliados pela equipe periodicamente, para o monitoramento das metas instituídas e para a adequação das intervenções determinadas. Familiares, cuidadores e instituições devem participar ativamente do processo, sempre que possível. Quando os objetivos forem alcançados, o paciente pode ter alta da gestão de caso.

Critérios de eleição para gestão de caso de pessoas com DM2

- Risco social
 - Pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado e dependência + ausência de rede de apoio familiar ou social
 - Idoso dependente em ILPI
- Risco biológico
 - Diabetes de difícil controle - pessoas com boa adesão ao plano de cuidado mas de manejo complexo, com complicações agudas frequentes e sem controle metabólico
 - Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses
 - Síndrome arterial agudo há menos de 12 meses - AVE, IAM, angina instável e DAP com intervenção cirúrgica

- Complicações crônicas severas - cegueira; doença renal estágio 4 e 5; artropatia de Charcot; múltiplas amputações; pés com nova ulceração, infecção, necrose e edema
- Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras)

Fluxo

A enfermeira e o médico da UBS avaliam os casos indicados e, de acordo com os critérios estabelecidos, selecionam aqueles de maior gravidade. Os casos eleitos são apresentados à equipe de saúde para:

- Definição do responsável pelo acompanhamento (gestor)
- Obtenção do maior número de informações para identificação do problema
- Elaboração do plano do caso com objetivos e metas, programação do acompanhamento com cronograma de atividades e detalhamento do plano de intervenções
- Distribuição das tarefas entre os profissionais envolvidos como supervisão da medicação, visita domiciliar, priorização da consulta na UBS ou na rede especializada, realização de exames complementares entre outras.

4.6 Medicamentos passíveis de renovação da prescrição pelo enfermeiro

O enfermeiro poderá prescrever os medicamentos por um período de até 6 (seis) meses, quer seja através de uma única receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses). Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses. Compete ao enfermeiro a transcrição dos medicamentos: antidiabéticos orais (hipoglicemiantes).

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações contínuas prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência desse, outro médico da unidade/município deverá ser acionado).

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos hipoglicemiantes desde que:

- O paciente possua receita prévia emitida por **médico da atenção primária do município** devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sinais/sintomas ou demandas que exijam avaliação médica **imediate** (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde grave);
- Se o paciente for portador de qualquer das seguintes comorbidades ou complicações, tenha sido avaliado por médico pelo menos nos últimos 6 meses: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;
- O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa (incluindo exame dos pés), de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida (consultar a seção de exames de acompanhamento para diabetes e rastreamento, neste mesmo documento);
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com creatinina maior ou igual a 90 ml/min;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- O paciente não esteja em insulino terapia (uso de insulina para controle do DM);

Lista de medicamentos antidiabéticos

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA HABITUAL	DOSE MÁXIMA
METFORMINA, CLORIDRATO	500 e 850 mg	1-3x/dia	2500 mg/dia
GLIBENCLAMIDA	5 mg	1-2x/dia	20 mg/dia
GLICAZIDA	30 mg	1x/dia	120 mg/dia

(A prescrição dos medicamentos acima pelo enfermeiro segue as alterações realizadas pela REMUME – Relação Municipal de Medicamentos)

4.7 Exames complementares para acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de diabetes mellitus desde que:

- Haja comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este documento;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realize avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

Lista de exames complementares

EXAME LABORATORIAL	PERIODICIDADE	VALORES DE REFERÊNCIA PARA DIABÉTICOS (TIPO II)
Glicemia de jejum	No diagnóstico.	- Parâmetro no momento do diagnóstico: menor ou igual a 110 mg/dl : normal. Se o resultado estiver entre 110 e 126mg/dl, considerar como intolerância a carboidratos (pré-diabetes) Parâmetro de bom controle no seguimento: até 130 mg/dl (na criança até 8 anos, pelo risco elevado de hipoglicemia, considerar limites maiores, no máximo até 180 mg/dl)
Teste de tolerância à glicose (TOTG)	No diagnóstico de diabetes quando a glicemia de jejum estiver entre 100 e 125 mg/dl No diagnóstico do diabetes gestacional, quando a glicemia for maior ou igual a 92 mg/dl de jejum	- Diagnóstico de diabetes quando a glicemia, após ingestão de carboidratos, ultrapassar 200 mg/dl Nas gestantes, se > 140 mg/dl na 1a hora e >120 mg/dl na 2a hora: iniciar tratamento medicamentoso
Hba1c (Hemoglobina Glicada)	TRIMESTRAL se fora da meta estabelecida pela equipe SEMESTRAL se paciente dentro da meta estabelecida	- Desejável <7% - Tolerável de 7% e 7,9%
Colesterol Total	ANUAL SEMESTRAL se alterado 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300mg/dL, repita o exame. Se mantiver > 300mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia familiar
Colesterol HDL	ANUAL SEMESTRAL se alterado 3 meses após iniciar estatinas	≥40 mg/dL - Se paciente usa estatinas (ex. sinvastatina) a meta é que em 3 meses após o início o paciente atinja uma redução de > 40% do colesterol não- HDL (colesterol total menos HDL). Se paciente não atingir a meta, repita o exame de colesterol total e HDL. Se confirmar redução ≤ 40% solicite avaliação médica para confirmar e discutir manejo.

Colesterol LDL	ANUAL SEMESTRAL se alterado 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <100 mg/dL - Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL - Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limítrofe alto)
Triglicerídeos	ANUAL SEMESTRAL se alterado 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <150 mg/dL - Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor \geq 500mg/dL, repita o exame. Se mantiver \geq 500mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo.
Creatinina sérica**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose e captopril/losartan	< 1,0 Ou Taxa De Filtração Glomerular estimada - TFGe) \geq 90 ml/min Se TFGe <60mg/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. Se diminuição > 25%, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
Potássio (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril, enalapril, losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose e captopril/losartan	\geq 3,5 mmol/L e <5,0 mmol/L (mEq/L) - Se 5,0 mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona.

Obs.: Glicemia de jejum não deve ser solicitado como exame para acompanhamento de DM. Este exame serve, apenas, para rastreamento e diagnóstico de tal doença. Para acompanhamento, os parâmetros observados são os da HbA1C (hemoglobina glicada).

4.8 Classificação de risco para complicações nos pés

Na consulta de enfermagem para pessoas com DM na Atenção Básica, é possível, por meio da avaliação sistemática dos pés, prevenir, suspeitar ou identificar precocemente neuropatia periférica com diminuição da sensibilidade, deformidades, insuficiência vascular e úlcera em membro inferior. É fundamental realizar o adequado teste de sensibilidade e o registro em prontuário dessa avaliação.

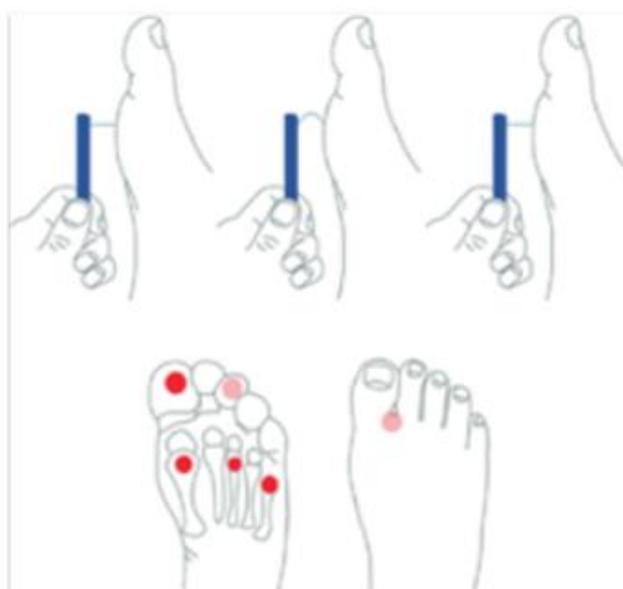
4.8.1 Teste de sensibilidade com monofilamento de 10 g

A perda da sensação de pressão usando o monofilamento de 10 g é altamente preditiva de ulceração futura. Qualquer área insensível indica PSP. Recomenda-se que quatro regiões sejam pesquisadas: hálux (superfície plantar da falange distal) e as 1º, 3º e 5º cabeças dos metatarsos de cada

pé, determinando uma sensibilidade de 90% e especificidade de 80%. A técnica correta é descrita e demonstrada na Figura 3:

- A pessoa deverá ficar sentada de frente para o examinador com os pés apoiados, de forma confortável. Orientar sobre a avaliação e demonstrar o teste com o monofilamento utilizando uma área da pele com sensibilidade normal.
- Solicitar à pessoa que feche os olhos
- O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar-se à pele da pessoa, para não produzir estímulo extra. Áreas com calosidades devem ser evitadas.
- Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considerar a resposta e repetir o teste no mesmo ponto.
- Começar o teste com o fio a uma distância de 2 cm da área a ser testada. Tocá-lo mantendo sua curva por 2 segundos. Evitar movimentos bruscos ou muito lentos.
- Solicitar ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque ou “não” caso não sinta e perguntar onde sente a pressão (pé direito ou esquerdo).
- Repetir aplicação duas vezes no mesmo local, mas alternar com, pelo menos, uma aplicação “simulada”, quando nenhum filamento é aplicado (em um total de três perguntas em cada ponto).
- No caso de resposta positiva e negativa em um mesmo ponto, considera-se o teste normal caso a pessoa acerte duas das três tentativas e teste anormal na presença de duas respostas incorretas.

Aplicação do monofilamento – 10 g



Fonte: BOULTON, 2008.

O monofilamento não é de uso individual ou descartável, por isso, recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso. Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada 10 pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g. A vida útil do produto em geral é de 18 meses.

Após as informações e dados obtidos por meio da história e do exame físico, a equipe poderá classificar o risco de futuras complicações (úlceras, internações e amputações), avaliar a necessidade de referência ao serviço especializado e definir a periodicidade de acompanhamento e avaliação dos pés.

FICHA DE AVALIAÇÃO DO “PÉ DIABÉTICO”- UBS

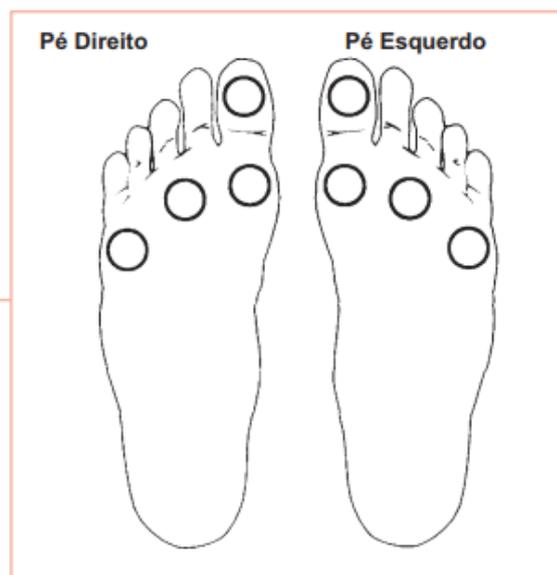
PREENCHA COM "S" PARA SIM OU "N" PARA NÃO EM CADA PÉ:

Perguntas observações	Pé direito	Pé esquerdo
Existe histórico de ulceração no pé		
O pé apresenta forma anormal		
Existe deformação nos dedos		
As unhas são grossas ou encravadas		
Apresenta calos		
Apresenta edema		
Apresenta elevação na temperatura da pele		
Apresenta fraqueza muscular		
O paciente pode examinar a planta de seus pés		
O paciente utiliza calçados adequados ao seu tipo		

INDIQUE O RESULTADO DO TESTE DO MONOFILAMENTO CONFORME ABAIXO:

+ = pode perceber o monofilamento de 10g

- = não pode perceber o monofilamento de 10g



INDIQUE NA FIGURA:

(X) PARA CALOS

 PARA ÚLCERAS

 PARA PRÉ ÚLCERA

Os pés poderão ser avaliados por através de uma escala de quatro categorias de risco para complicações em membros inferiores para pessoas com DM, apresentada no Quadro abaixo.

As recomendações de acordo com a classificação poderão ser adaptadas conforme a realidade local.

4.8.2 Classificação de risco de complicações em membros inferiores baseada na história e no exame físico da pessoa com DM

Categoria de Risco	Definição	Recomendação	Acompanhamento *
0	Sem PSP Sem DAP	Orientações sobre calçados apropriados. Estímulo ao autocuidado.	Anual, com médico ou enfermeiro da Atenção Básica.
1	PSP com ou sem deformidade	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica caso não haja adaptação.	A cada 3 meses, com médico ou enfermeiro da Atenção Básica.
2	DAP com ou sem PSP	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 2 ou 3 meses, com médico e/ou enfermeiro da Atenção Básica. Avaliar encaminhamento ao cirurgião vascular.
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de calçados adaptados. Considerar correção cirúrgica caso não haja adaptação. Se DAP, avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.	A cada 1 ou 2 meses, com médico e/ou enfermeiro da Atenção Básica ou médico especialista.

PSP = Perda da sensibilidade protetora / DAP = Doença arterial periférica.

* É recomendado que o acompanhamento seja incluído na rotina de cuidado definido para aquela pessoa.

Após a classificação do risco da pessoa ter complicações nos pés, deve-se explicar a ela o significado dessa categoria e os aspectos fundamentais para a prevenção de lesões e cuidados com os pés, pactuando com ela o plano terapêutico e acertando a periodicidade com que deverá retornar à Unidade de Saúde

Fatores adicionais que podem indicar a necessidade de maior frequência de consultas e o rastreamento de complicações em membros inferiores:

- calosidades nos pés, micoses (interdigital ou ungueal), unhas encravadas, deformidades nos pés e pododáctilos;
- limitação da mobilidade articular;
- limitações físicas (p. ex.: cegueira ou redução da visão) ou cognitivas para o autocuidado;
- baixo nível de conhecimento sobre cuidados preventivos;
- condições de higiene inadequadas;
- baixo nível socioeconômico e de escolaridade;
- pouco ou nenhum apoio familiar ou de amigos no dia a dia.

4.8.3 Abordagem educativa de pessoa com DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e/ou sua identificação precoce

A) Todas as pessoas com DM e baixo risco de desenvolver úlceras (Categoria 0)

Abordar:

- Cuidados pessoais e orientação para o autoexame do pé;
- Exame diário do pé para identificação de modificações (mudança de cor, edema, dor, parestesias, rachaduras na pele);
- Sapatos (reforçar importância do sapato adequado, que deve se adaptar ao pé, evitar pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas);
- Higiene (lavar e secar cuidadosamente, especialmente nos espaços interdigitais) e hidratação diária dos pés com cremes (especialmente se possui pele seca);
- Cuidados com as unhas e os riscos associados com a remoção de pele e cutículas;
- Cuidado com traumas externos (animais, pregos, pedras nos sapatos etc.);
- Orientar a procurar um profissional de saúde se perceber alteração de cor, edema ou rachaduras na pele, dor ou perda de sensibilidade.

B) Pessoas com DM e alto risco de desenvolver úlceras nos pés (Categoria 1 ou 2)

Abordar, além dos pontos listados no item (A), os seguintes:

- Evitar caminhar descalço;
- Procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele;
- Não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de saúde;
- Lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes, portanto sempre verificar a temperatura da água em banhos, evitar aquecedores dos pés (bolsa-d'água quente, cobertores elétricos, fogueiras ou lareiras);
- Não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e amaciar os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-lo rotineiramente;
- Usar protetor solar nos pés;
- Recomendações para situações especiais (feriados, passeios longos, ocasiões sociais como casamentos e formaturas) e inclusão na programação de períodos de repouso para os pés.

C) Pessoas com DM e presença de úlceras (Categoria 3)

Abordar, além dos itens (A) e (B), também os seguintes:

- Lembrar que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente;
- A detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam as chances de um bom desfecho;
- Repouso apropriado do pé/perna doente é fundamental no processo de cura;
- Sinais e sintomas que devem ser observados e comunicados aos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado da pessoa: alterações no tamanho da ulceração e cor da pele (vermelhidão) ao redor da úlcera; marcas azuladas tipo hematomas e/ou escurecimento da pele, observar tipo de secreção (purulenta ou úmida onde antes era seca), surgimento de novas úlceras ou bolhas nos pés;
- Se dor (úlceras fica dolorosa/desconfortável ou pé lateja) retornar à Unidade de Saúde;
- Procurar a unidade de saúde imediatamente se perceber mudança no odor dos pés ou da lesão ou se ocorrer edema e/ou sensação de mal-estar (febre, sintomas tipo resfriado, ou sintomas do diabetes mal controlado).

Considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pela pessoa com DM ou seus familiares, o maior desafio dos profissionais de Saúde consiste em estabelecer um processo efetivo de educação em Saúde para promoção do desenvolvimento do autocuidado.

4.9 Orientação Nutricionais para Diabéticos Adultos

A terapia nutricional é importante na prevenção do diabetes mellitus e no retardo das complicações associadas ao DM, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde. As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares.

Diversos estudos comprovam que a atenção nutricional é importante na prevenção do diabetes mellitus e no retardo das complicações associadas à doença, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde.

O Quadro abaixo apresenta os “**Dez Passos para uma Alimentação Saudável**”, com orientações específicas voltadas à prevenção e ao cuidado dos usuários portadores de Diabetes.

Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM

1. Realize 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar.
2. Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas, preferindo aqueles sem açúcar como os *diet*, zero ou *light*. Utilize adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas! Leia os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar.
3. Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, batata e farinhas, preferindo os integrais. O ideal é consumir seis porções diárias (uma porção = 1 pão francês ou 2 fatias de pão de forma ou 4 colheres de sopa de arroz).
4. Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus. Recomenda-se ingerir, pelo menos, três porções diárias (uma porção de verduras = 3 colheres de sopa; e de legumes = 2 colheres de sopa). Lembre-se: legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.
5. Consuma frutas diariamente. O ideal são três porções diárias (uma porção = 1 maçã média ou 1 banana ou 1 fatia média de mamão ou 1 laranja média). Para evitar o aumento da glicemia, prefira consumir as frutas acompanhadas com leite, aveia, linhaça, granola *diet* ou como sobremesa após as refeições, sendo preferencialmente com casca ou bagaço, por possuírem maiores quantidades de fibras.
6. Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados,

chips,

sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas. Use pouco sal para cozinhar.

7. Diminua o consumo de alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, suã etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga). Prefira leite semidesnatado ou desnatado e carnes magras (músculo, acém, lombo etc.),

8. Consuma peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana.

9. Reduza a quantidade de óleo utilizado na preparação dos alimentos e evite o uso da banha de porco. Prefira alimentos cozidos, assados e preparados com pouco óleo.

10. Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício.

4.10 Programa de auto monitoramento glicêmico

O enfermeiro tem o papel fundamental no automonitoramento glicêmico atuando como educador e facilitador dos conhecimentos necessários para o autocuidado, assim como demais membros da equipe multiprofissional, na orientação inicial e reorientações mensais, quando o usuário também será direcionado para a retirada dos insumos. **Além das atribuições citadas acima, cabe a equipe multiprofissional monitorar o controle glicêmico (CARTÃO DE CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS, anexado ao final do protocolo) e a avaliação do uso adequado das medicações para dispensação dos insumos. Caso o controle glicêmico esteja inadequado, a equipe deverá encaminhar o usuário para consulta médica.**

As duas abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são:

1- Dosagem da Hemoglobina glicada (A1c)

2- Automonitoramento da glicemia capilar (AMGC).

O automonitoramento glicêmico é uma das mais importantes ações dentro do tratamento do Diabetes.

Sua finalidade é direcionar a terapêutica no sentido de obter e manter a glicemia o mais próximo possível da normalidade, em condições especiais ou na rotina diária.

O resultado da glicemia permite a compreensão da relação entre a tríade: medicação, alimentação somada à atividade física e a variabilidade glicêmica.

Além disso, permite a identificação da hipoglicemia e da hiperglicemia e prevenção das mesmas, diminuindo o risco de cetoacidose diabética. Também auxilia no ajuste de doses e na

introdução de novos medicamentos à terapêutica.

4.11 Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hipoglicemia

Hipoglicemia é a diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 70 mg/dL. Os sintomas clínicos, entretanto, usualmente ocorrem quando a glicose plasmática é menor de 60 mg/dl a 50 mg/dl, podendo esse limiar ser mais alto, para aqueles pacientes cujas médias de glicemias são elevadas, ou mais baixo para aqueles que fazem tratamento intensivo e estão acostumados a glicemias mais baixas.

Geralmente, a queda da glicemia leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor). Fatores de risco para hipoglicemia incluem idade avançada, desnutrição, insuficiência renal, atraso ou omissão de refeições, exercício vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou do hipoglicemiante oral.

A grande maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pelo próprio indivíduo. A hipoglicemia pode ser grave quando a pessoa ignora ou trata inadequadamente suas manifestações precoces, quando não reconhece ou não apresenta essas manifestações, ou quando a secreção de hormônios contrarreguladores é deficiente, o que pode ocorrer com a evolução da doença. Todo esforço deve ser feito para prevenir tais hipoglicemias graves ou tratá-las prontamente.

Causas da Hipoglicemia

1. Alimentação insuficiente, atraso nos horários ou esquecimento de alguma refeição;
2. Excesso de exercício (esporte e trabalhos pesados), ou falta de planejamento para a realização de exercícios;
3. Excesso de insulina;
4. Vômitos ou diarreia;
5. Ingestão de bebidas alcoólicas, principalmente de estômago vazio.

Sinais e Sintomas de Hipoglicemia

1. **Leve:** Tremores, fraqueza, suor intenso, palpitação, palidez, ansiedade e fome.

2. Moderada: Tontura, diplopia, esquecimento, incapacidade de concentração, dor de cabeça, irritabilidade, choro, rebeldia, fala confusa, perda de coordenação motora.

3. Grave: Sonolência, convulsão e inconsciência.

Instruções para o manejo da hipoglicemia pelo usuário, família e serviço de Saúde

- Usuário - Ingerir 10 g a 20 g de carboidrato de absorção rápida; repetir em 10 a 15 minutos, se necessário.
- Amigo ou Familiar - Se a pessoa não conseguir engolir, não forçar. Pode-se colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e levá-lo imediatamente a um serviço de Saúde.
- Serviço de Saúde (avaliação médica) - Se existirem sinais de hipoglicemia grave, administrar 25 mL de glicose a 50% via endovenosa em acesso de grande calibre, com velocidade de 3 ml/min e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia maior de 60 mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pacientes que recebem sulfoniluréias devem ser observados por 48h a 72h para detectar possível recorrência.

Prevenção

1. Orientar a alimentar-se em quantidades adequadas e em horários regulares, conforme recomendado

2. Orientar monitorização, de 1 a 2 vezes por dia e sempre que sintomas de hipoglicemia estiverem presentes

3. Orientar a ingestão de alimentos habituais antes da realização dos exercícios

4. O consumo de álcool deve ser evitado e, se consumido, deve ser na dose recomendada (1 cálice de vinho ou 1 lata de cerveja, no máximo 2 vezes por semana, para usuários bem controlados) e sempre junto com as refeições

5. Orientar quanto a atenção aos medicamentos prescritos para evitar erro de dosagem

6. Reconhecer e tratar rapidamente os sintomas

7. Orientar ao diabético sobre a importância de carregar consigo alguma forma de identificação do seu diabetes (ex.: cartão de identificação do diabético, cartão de acompanhamento do adulto e da pessoa idosa)

8. Certificar-se de que a dose de insulina corresponde à prescrição

9. Orientar a comunidade sobre hipoglicemia.

4.12 Tratamento não medicamentoso

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para a efetividade do tratamento. Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser acrescentado – ou não – o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso.

4.13 Tratamento Medicamentoso

A escolha do medicamento é realizada pelo médico. Casos com hiperglicemia severa no diagnóstico (>300 mg/dl) podem se beneficiar de insulina desde o início. Outros fatores que podem nortear a escolha de um medicamento, além do custo, são as preferências pessoais. Ao combinar mais de um fármaco, levar em conta que a efetividade comparativa da adição de um novo hipoglicemiante oral mostra uma redução de 0,9% a 1,1% para cada novo fármaco acrescentado.

4.14 Insulinas disponíveis no SUS

INSULINAS					
	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
Ação Rápida					
Regular	30 – 60 minutos	2 – 3 horas	8 – 10 horas	A critério médico	Cristalino
Ação Intermediária					
NPH	2 – 4 horas	4 – 10 horas	12 – 18 horas	A critério médico	Turvo
Todas as Insulinas disponíveis no Brasil tem concentração de 100unidades/ml.					

Preparação e aplicação:

- Lavar as mãos com água e sabão antes da preparação da insulina.

- O frasco de insulina deve ser homogeneizado gentilmente entre as mãos para misturá-la, antes de aspirar seu conteúdo.
- Em caso de combinação de dois tipos de insulina, aspirar antes a insulina de ação curta (regular) para esperar cinco segundos após a aplicação antes de se retirar a agulha do subcutâneo, para garantir injeção de toda a dose de insulina.
- É importante mudar sistematicamente o local de aplicação de insulina de modo a manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada injeção. Orientar a pessoa a organizar um esquema de administração que previna reaplicação no mesmo local em menos de 15 a 20 dias, para prevenção da ocorrência de lipodistrofia.
- Não é necessário limpar o local de aplicação com álcool.
- O local deve ser pinçado levemente entre dois dedos e a agulha deve ser introduzida completamente, em ângulo de 90 graus.
- Em crianças ou indivíduos muito magros esta técnica pode resultar em aplicação intramuscular, com absorção mais rápida da insulina. Nestes casos podem-se utilizar agulhas mais curtas ou ângulo de 45 graus;
- Não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue.

Técnica de Aplicação de Insulina

Aplicação de Insulina

Técnicas:

1. Guardar a insulina dentro da geladeira, de preferência na porta ou na gaveta de verduras e legumes. Sempre longe do congelador.



2. Lavar as mãos.



3. Juntar o material (algodão, álcool, seringa, agulha e insulina).



4. Agitar suavemente ou rolar o frasco de insulina entre as mãos.



5. Limpar a tampa de borracha do frasco com algodão embebido em álcool.



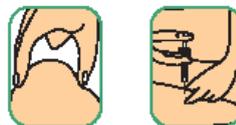
6. Introduzir ar na seringa de acordo com a dosagem prescrita e injetar no frasco de insulina. Cuidado para não contaminar a seringa e a agulha.



7. Virar o frasco e aspirar a insulina desejada. Bater suavemente com os dedos na seringa para retirar as bolhas de ar e acertar a dosagem.



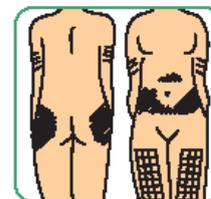
8. Limpar o local onde será aplicada a insulina com algodão embebido em álcool. Fazer uma prega na pele e introduzir a agulha em ângulo de 90°.



9. Injetar a insulina, pressionar o local com algodão e retirar a agulha, fazendo uma suave pressão no local sem fazer massagem.



10. Locais de aplicação:



É muito importante o rodízio do local de aplicação da insulina.

Locais para aplicação de Insulina

LOCAIS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA (Embaixo da pele, ou seja, no tecido subcutâneo)



Armazenamento:

- As insulinas lacradas precisam ser mantidas refrigeradas entre 2°C a 8°C;
- Após aberto, o frasco deve ser mantido sob refrigeração, entre 2°C a 8°C;
- Quando mantida em geladeira, a insulina deve ser retirada com 30 minutos de antecedência da aplicação, para evitar desconforto e irritação no local;
- Não congelar a insulina;
- Após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência. Por isso, é importante orientar que a pessoa anote a data de abertura do frasco.

Transporte e viagens:

- Colocar o frasco em bolsa térmica ou caixa de isopor, com gelo comum;
- Na ausência de bolsa térmica ou caixa de isopor, o transporte pode ser realizado em bolsa comum, desde que a insulina não seja exposta à luz solar ou calor excessivo.

ANEXOS

Atividade: _____ Data: ____/____/____

Sexo: () M () F Idade: _____ Escolaridade _____

ASSIST – OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO

POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- outras – especificar:

DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?(Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

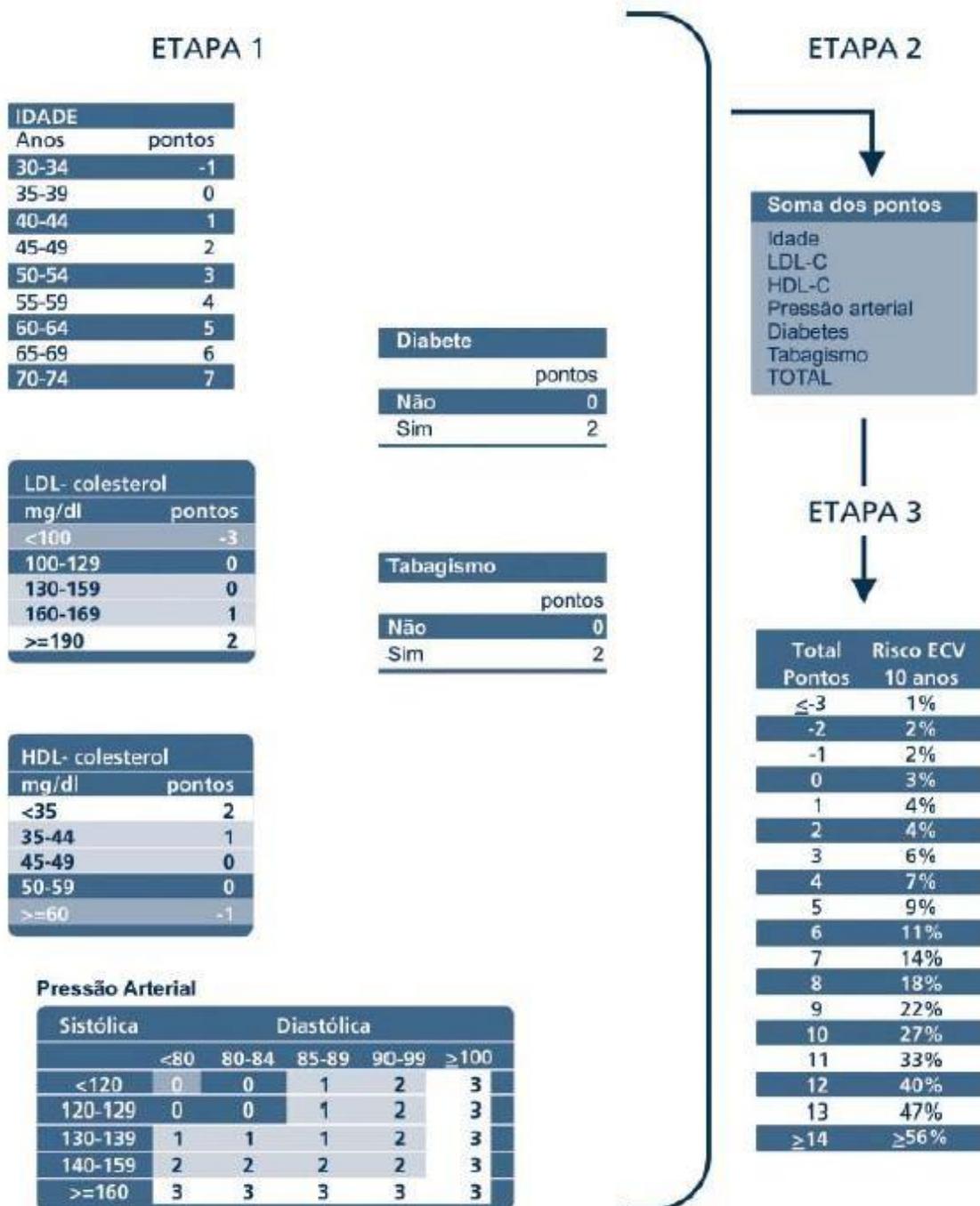
PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos / sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

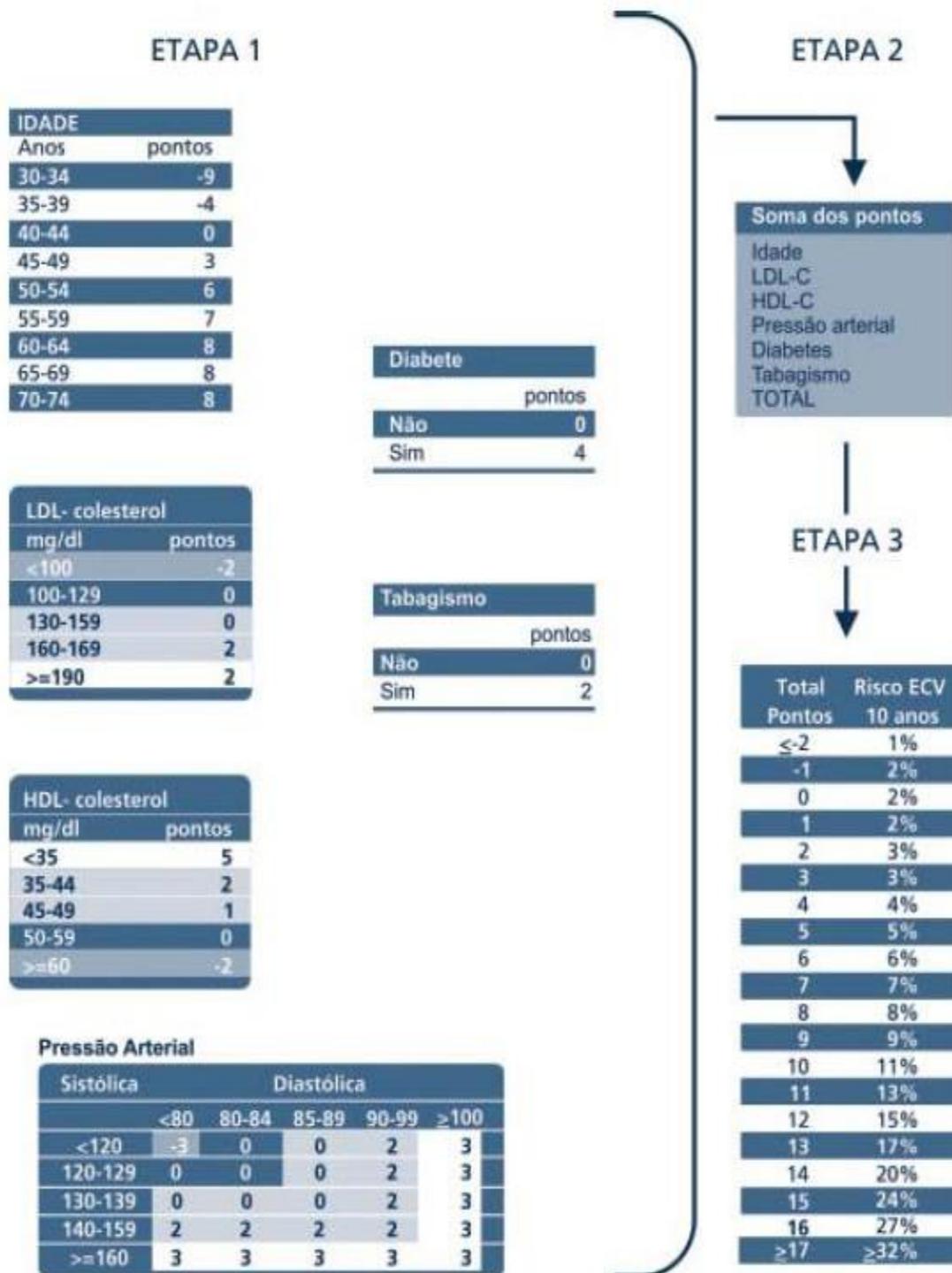
Nome:	
Endereço:	Cep:
Telefone:	E-mail:

ANEXO II ESCORE DE FRAMINGHAM

Escore de Framingham Revisado para Homens



Escore de Framingham Revisado para Mulheres



Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham.

Categoria	Evento cardiovascular maior (ECV)
Baixo	<10%/ 10 anos
Moderado	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente

Anexo B – Tabela para o Cálculo Estimado da Filtração Glomerular para Pessoas do Sexo Masculino

Creatinina sérica (mg/dL)

Idade (anos)	Creatinina sérica (mg/dL)																				Filtração glomerular (ml/min/1,73m ²)					
	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4		2,5	3,0	3,5	4,0	4,5
18	230	167	156	134	117	103	93	84	76	70	65	60	56	52	49	46	44	42	40	38	36	29	24	21	18	16
19	228	164	154	132	116	102	92	83	76	69	64	59	55	52	49	46	43	41	39	37	35	29	24	21	18	16
20	225	163	153	131	114	101	91	82	75	69	63	59	55	51	48	46	43	41	39	37	35	28	24	20	18	16
21	223	161	151	130	113	100	90	81	74	68	63	58	54	51	48	45	43	40	38	37	35	28	24	20	18	16
22	221	179	150	128	112	99	89	80	73	67	62	58	54	50	47	45	42	40	38	36	34	28	23	20	18	16
23	219	177	149	127	111	98	88	80	73	67	62	57	53	50	47	44	42	40	38	36	34	28	23	20	17	15
24	217	176	147	126	110	98	87	79	72	66	61	57	53	50	47	44	41	39	37	36	34	27	23	20	17	15
25	215	174	146	125	109	97	87	78	71	66	61	56	52	49	46	43	41	39	37	35	34	27	23	20	17	15
26	214	173	145	124	108	96	86	78	71	65	60	56	52	49	46	43	41	39	37	35	33	27	23	19	17	15
27	212	172	144	123	108	95	85	77	70	65	60	55	52	48	45	43	40	38	36	35	33	27	22	19	17	15
28	210	171	143	122	107	95	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33	27	22	19	17	15
29	209	169	142	121	106	94	84	76	69	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33	26	22	19	17	15
30	208	168	141	121	105	93	84	76	69	63	58	54	51	47	44	42	40	38	36	34	32	26	22	19	16	15
31	206	167	140	120	105	93	83	75	68	63	58	54	50	47	44	42	39	37	35	34	32	26	22	19	16	14
32	205	166	139	119	104	92	82	75	68	62	58	54	50	47	44	41	39	37	35	34	32	26	22	19	16	14
33	204	165	138	118	103	91	82	74	68	62	57	53	50	46	44	41	39	37	35	33	32	26	22	18	16	14
34	202	164	137	118	103	91	81	74	67	62	57	53	49	46	43	41	39	37	35	33	32	26	21	18	16	14
35	201	163	136	117	102	90	81	73	67	61	57	53	49	46	43	41	38	36	35	33	31	25	21	18	16	14
36	200	162	136	116	101	90	81	73	66	61	56	52	49	46	43	40	38	36	34	33	31	25	21	18	16	14
37	199	161	135	116	101	89	80	72	66	61	56	52	48	45	43	40	38	36	34	33	31	25	21	18	16	14
38	198	160	134	115	100	89	80	72	66	60	56	52	48	45	42	40	38	36	34	32	31	25	21	18	16	14
39	197	159	133	114	100	88	79	72	65	60	55	51	48	45	42	40	38	36	34	32	31	25	21	18	16	14
40	196	159	133	114	99	88	79	71	65	60	55	51	48	45	42	40	37	35	34	32	31	25	21	18	16	14
41	195	158	132	113	99	88	78	71	65	59	55	51	47	44	42	39	37	35	33	32	30	25	21	18	15	14
42	194	157	131	113	98	87	78	71	64	59	55	51	47	44	42	39	37	35	33	32	30	25	21	18	15	14
43	193	156	131	112	98	87	78	70	64	59	54	50	47	44	41	39	37	35	33	32	30	24	20	18	15	14
44	192	156	130	112	97	86	77	70	64	59	54	50	47	44	41	39	37	35	33	31	30	24	20	17	15	13
45	191	155	130	111	97	86	77	70	63	58	54	50	47	44	41	39	36	35	33	31	30	24	20	17	15	13
46	190	154	129	111	97	86	77	69	63	58	54	50	46	43	41	38	36	34	33	31	30	24	20	17	15	13
47	189	153	128	110	96	85	76	69	63	58	53	49	46	43	41	38	36	34	33	31	30	24	20	17	15	13
48	189	153	128	110	96	85	76	69	63	57	53	49	46	43	40	38	36	34	32	31	29	24	20	17	15	13
49	188	152	127	109	95	84	76	68	62	57	53	49	46	43	40	38	36	34	32	31	29	24	20	17	15	13
50	187	152	127	109	95	84	75	68	62	57	53	49	46	43	40	38	36	34	32	31	29	24	20	17	15	13
51	186	151	126	108	95	84	75	68	62	57	52	49	45	42	40	38	36	34	32	30	29	24	20	17	15	13
52	186	150	126	108	94	83	75	68	62	57	52	48	45	42	40	37	35	34	32	30	29	23	20	17	15	13
53	185	150	125	107	94	83	74	67	61	56	52	48	45	42	40	37	35	33	32	30	29	23	20	17	15	13
54	184	149	125	107	93	83	74	67	61	56	52	48	45	42	39	37	35	33	32	30	29	23	19	17	15	13
55	183	149	124	107	93	82	74	67	61	56	52	48	45	42	39	37	35	33	32	30	29	23	19	17	15	13
56	183	148	124	106	93	82	74	67	61	56	51	48	45	42	39	37	35	33	31	30	29	23	19	17	14	13
57	182	148	124	106	92	82	73	66	60	56	51	48	44	42	39	37	35	33	31	30	28	23	19	17	14	13
58	182	147	123	106	92	82	73	66	60	55	51	47	44	41	39	37	35	33	31	30	28	23	19	16	14	13
59	181	147	123	105	92	81	73	66	60	55	51	47	44	41	39	37	35	33	31	30	28	23	19	16	14	13
60	180	146	122	105	91	81	73	66	60	55	51	47	44	41	39	36	34	33	31	29	28	23	19	16	14	13
61	180	146	122	104	91	81	72	65	60	55	51	47	44	41	38	36	34	33	31	29	28	23	19	16	14	13
62	179	145	121	104	91	80	72	65	59	55	50	47	44	41	38	36	34	32	31	29	28	23	19	16	14	13
63	178	145	121	104	91	80	72	65	59	54	50	47	43	41	38	36	34	32	31	29	28	23	19	16	14	13
64	178	144	121	103	90	80	72	65	59	54	50	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	23	19	16	14	12
65	177	144	120	103	90	80	71	65	59	54	50	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	22	19	16	14	12
66	177	143	120	103	90	79	71	64	59	54	50	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	22	19	16	14	12
67	176	143	120	102	89	79	71	64	59	54	50	46	43	40	38	36	34	32	30	29	28	22	19	16	14	12
68	176	143	119	102	89	79	71	64	58	54	49	46	43	40	38	35	34	32	30	29	27	22	19	16	14	12
69	175	142	119	102	89	79	71	64	58	53	49	46	43	40	38	35	33	32	30	29	27	22	19	16	14	12
70	175	142	118	102	89	79	70	64	58	53	49	46	43	40	37	35	33	32	30	29	27	22	18	16	14	12
71	174	141	118	101	88	78	70	63	58	53	49	46	42	40	37	35	33	32	30	29	27	22	18	16	14	12
72	174	141	118	101	88	78	70	63	58	53	49	45	42	40	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
73	173	140	117	101	88	78	70	63	58	53	49	45	42	40	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
74	173	140	117	100	88	78	70	63	57	53	49	45	42	39	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
75	172	140	117	100	87	77	69	63	57	53	48	45	42	39	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
76	172	139	117	100	87	77	69	63	57	52	48	45	42	39	37	35	33	31	30	28	27	22	18	16	14	12
77	171	139	116	100	87	77	69	62	57	52	48	45	42	39	37	35	33	31	29	28	27	22	18	16	14	12

Anexo A – Tabela para o Cálculo Estimado da Filtração Glomerular para Pessoas do Sexo Feminino

Creatinina sérica (mg/dL)

Idade (anos)	Creatinina sérica (mg/dL)																				Filtração glomerular (ml/min/1,73m ²)					
	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4		2,5	3,0	3,5	4,0	4,5
18	171	138	116	99	87	77	69	62	57	52	48	45	42	39	37	34	33	31	29	28	27	22	18	15	14	12
19	169	137	115	98	86	76	68	62	56	51	48	44	41	39	36	34	32	31	29	28	26	21	18	15	13	12
20	167	135	113	97	85	75	67	61	56	51	47	44	41	38	36	34	32	30	29	27	26	21	18	15	13	12
21	166	134	112	96	84	74	67	60	55	50	47	43	40	38	35	33	32	30	28	27	26	21	18	15	13	12
22	164	133	111	95	83	74	66	60	54	50	46	43	40	37	35	33	31	30	28	27	26	21	17	15	13	12
23	163	132	110	94	82	73	65	59	54	50	46	42	40	37	35	33	31	29	28	27	25	21	17	15	13	11
24	161	131	109	94	82	72	65	59	53	49	45	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	20	17	15	13	11
25	160	129	108	93	81	72	64	58	53	49	45	42	39	36	34	32	30	29	27	26	25	20	17	14	13	11
26	159	128	108	92	80	71	64	58	53	48	45	41	39	36	34	32	30	29	27	26	25	20	17	14	13	11
27	157	127	107	91	80	71	63	57	52	48	44	41	38	36	34	32	30	28	27	26	25	20	17	14	12	11
28	156	127	106	91	79	70	63	57	52	48	44	41	38	36	33	32	30	28	27	26	24	20	17	14	12	11
29	155	126	105	90	79	70	62	56	51	47	44	41	38	35	33	31	30	28	27	25	24	20	16	14	12	11
30	154	125	104	90	78	69	62	56	51	47	43	40	38	35	33	31	29	28	26	25	24	19	16	14	12	11
31	153	124	104	89	78	69	62	56	51	47	43	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	19	16	14	12	11
32	152	123	103	88	77	68	61	55	50	46	43	40	37	35	33	31	29	27	26	25	24	19	16	14	12	11
33	151	122	102	88	77	68	61	55	50	46	43	39	37	34	32	30	29	27	26	25	24	19	16	14	12	11
34	150	122	102	87	76	67	60	55	50	46	42	39	37	34	32	30	29	27	26	25	23	19	16	14	12	11
35	149	121	101	87	76	67	60	54	50	45	42	39	36	34	32	30	28	27	26	24	23	19	16	14	12	10
36	148	120	101	86	75	67	60	54	49	45	42	39	36	34	32	30	28	27	26	24	23	19	16	13	12	10
37	146	120	100	86	75	66	59	54	49	45	42	39	36	34	32	30	28	27	25	24	23	19	16	13	12	10
38	147	119	100	85	74	66	59	53	49	45	41	38	36	33	31	30	28	27	25	24	23	19	16	13	12	10
39	146	118	99	85	74	66	59	53	48	44	41	38	36	33	31	29	28	26	25	24	23	18	15	13	12	10
40	145	118	99	84	74	65	58	53	48	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	24	23	18	15	13	12	10
41	145	117	98	84	73	65	58	53	48	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	24	23	18	15	13	11	10
42	144	117	98	84	73	65	58	52	48	44	40	38	35	33	31	29	27	26	25	24	22	18	15	13	11	10
43	143	116	97	83	73	64	58	52	48	44	40	37	35	33	31	29	27	26	25	23	22	18	15	13	11	10
44	142	115	97	83	72	64	57	52	47	43	40	37	35	32	31	29	27	26	24	23	22	18	15	13	11	10
45	142	115	96	82	72	64	57	52	47	43	40	37	35	32	30	29	27	26	24	23	22	18	15	13	11	10
46	141	114	96	82	72	63	57	51	47	43	40	37	34	32	30	29	27	26	24	23	22	18	15	13	11	10
47	141	114	95	82	71	63	57	51	47	43	40	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	18	15	13	11	10
48	140	113	95	81	71	63	56	51	46	43	39	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	18	15	13	11	10
49	139	113	95	81	71	63	56	51	46	42	39	36	34	32	30	28	27	25	24	23	22	18	15	13	11	10
50	139	112	94	81	70	62	56	51	46	42	39	36	34	32	30	28	26	25	24	23	22	18	15	13	11	10
51	138	112	94	80	70	62	56	50	46	42	39	36	34	32	30	28	26	25	24	23	22	17	15	13	11	10
52	138	112	93	80	70	62	55	50	46	42	39	36	34	31	30	28	26	25	24	23	21	17	15	12	11	10
53	137	111	93	80	70	62	55	50	46	42	39	36	33	31	29	28	26	25	24	22	21	17	15	12	11	10
54	137	111	93	79	69	61	55	50	45	42	38	36	33	31	29	28	26	25	23	22	21	17	14	12	11	10
55	136	110	92	79	69	61	55	50	45	41	38	36	33	31	29	27	26	25	23	22	21	17	14	12	11	10
56	136	110	92	79	69	61	55	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	25	23	22	21	17	14	12	11	10
57	135	110	92	79	69	61	54	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
58	135	109	91	78	68	61	54	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
59	134	109	91	78	68	60	54	49	45	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
60	134	108	91	78	68	60	54	49	44	41	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	17	14	12	11	9
61	133	108	90	78	68	60	54	49	44	41	38	35	32	30	29	27	25	24	23	22	21	17	14	12	11	9
62	133	108	90	77	67	60	53	48	44	40	37	35	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	11	9
63	132	107	90	77	67	60	53	48	44	40	37	35	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	10	9
64	132	107	90	77	67	59	53	48	44	40	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	10	9
65	132	107	89	77	67	59	53	48	44	40	37	34	32	30	28	27	25	24	23	22	21	17	14	12	10	9
66	131	106	89	76	67	59	53	48	44	40	37	34	32	30	28	26	25	24	23	21	20	17	14	12	10	9
67	131	106	89	76	66	59	53	48	43	40	37	34	32	30	28	26	25	24	22	21	20	17	14	12	10	9
68	130	106	88	76	66	59	52	47	43	40	37	34	32	30	28	26	25	24	22	21	20	16	14	12	10	9
69	130	105	88	76	66	58	52	47	43	40	37	34	32	30	28	26	25	24	22	21	20	16	14	12	10	9
70	130	105	88	75	66	58	52	47	43	40	36	34	32	30	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
71	129	105	88	75	66	58	52	47	43	39	36	34	31	29	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
72	129	104	87	75	65	58	52	47	43	39	36	34	31	29	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
73	129	104	87	75	65	58	52	47	43	39	36	34	31	29	28	26	25	23	22	21	20	16	14	12	10	9
74	128	104	87	75	65	58	52	47	43	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	14	12	10	9
75	128	104	87	74	65	57	51	47	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	14	12	10	9
76	127	103	86	74	65	57	51	46	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	13	12	10	9
77	127	103	86	74	65	57	51	46	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	16	13	12	10	9
78	127	103	86	74	64	57	51	46	42	39	36	33	31	29	27	26	24	23	22							

FICHA DE AVALIAÇÃO DO “PÉ DIABÉTICO”- UBS

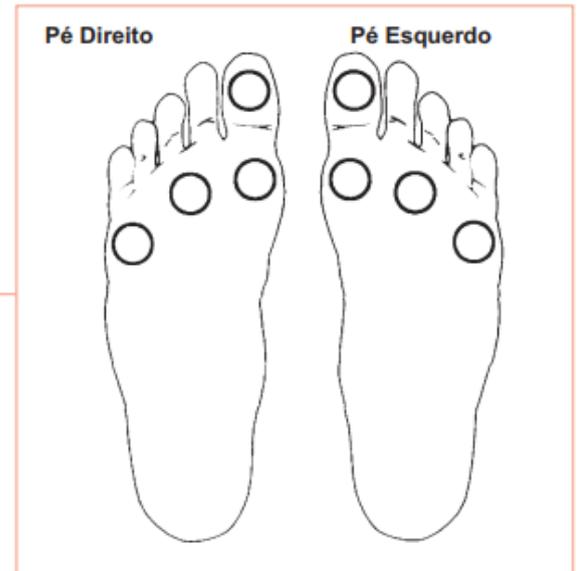
PREENCHA COM "S" PARA SIM OU "N" PARA NÃO EM CADA PÉ:

Perguntas observações	Pé direito	Pé esquerdo
Existe histórico de ulceração no pé		
O pé apresenta forma anormal		
Existe deformação nos dedos		
As unhas são grossas ou encravadas		
Apresenta calos		
Apresenta edema		
Apresenta elevação na temperatura da pele		
Apresenta fraqueza muscular		
O paciente pode examinar a planta de seus pés		
O paciente utiliza calçados adequados ao seu tipo		

INDIQUE O RESULTADO DO TESTE DO MONOFILAMENTO CONFORME ABAIXO:

+ = pode perceber o monofilamento de 10g

- = não pode perceber o monofilamento de 10g



INDIQUE NA FIGURA:

(X) PARA CALOS

PARA ÚLCERAS

PARA PRÉ ÚLCERA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: . Último acesso em: 13/05/2017.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: . Último acesso em: 13/05/2017.

CANTALE, C.R. História Clínica Orientada a Problemas. University of Southern California, 2003, p.7.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO nº 358 de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer Coren-SP nº 056/2013. Dispõe sobre a utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem. Disponível em: . Último acesso: 13/05/2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. : il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de Pessoas com necessidades Relacionadas ao consumo de Alcool e outras Drogas: guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 101 p.

RAMOS, V.A. Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 2008, p.126.

Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento / Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2009, p.200.