

S
M
S
S
Ã
O
P
A
U
L
O

2^a
ed.
2012



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA



SÉRIE - MANUAIS DE ENFERMAGEM

SAÚDE DO ADULTO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
EDJANE MARIA TORREÃO BRITO



Secretaria Municipal da Saúde

Rua General Jardim nº 36

Vila Buarque – CEP 01223-906

PABX 3397.2000

São Paulo – SP

e-mail: atencaobasica@prefeitura.sp.gov.br

MANUAL DE ENFERMAGEM SAÚDE DO ADULTO SMS/SP-2ªed.

ORGANIZAÇÃO

Leni Aparecida Gomes Uchôa
Marisa Beraldo
Patrícia Luna

ELABORAÇÃO

Cecília Seiko Takano Kunitake
Daniela Aparecida Elias Queiroz
Elisa Nóbrega de Abreu
Elisabete Nunes Pereira
Fabiana Gomes Pereira
Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava
Ieda Carla A. dos Santos de Souza Pastana
Ivani dos Santos
Leni Aparecida Gomes Uchoa
Linda Ezawa

Marcia Silva Santos
Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas
Maria Cristina Honório dos Santos
Maria Inez Bariani Silveira
Marisa Beraldo
Marli Murakami
Patrícia Luna
Rosa Maria Bruno Marcucci
Sandra Keiko Odashima
Thais Tiemi Yamamoto

COLABORADORES

PARCEIROS

Equipe de Enfermeiros:

- . Associação Comunitária Monte Azul*
- . Associação Congregação de Santa Catarina*
- . Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)*
- . Associação Saúde da Família (ASF)*
- . Casa de Saúde Santa Marcelina*
- . Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)*
- . Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto*
- . Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus*
- . Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM)*
- . Instituto Adventista de Ensino (IAE)*
- . Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês*
- . Irmandade da Santa Casa de Misericórdia*
- . Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein*
- . SAS – Superintendência Atenção à Saúde – OSS Seconci*

ATENÇÃO BÁSICA / SMS-SP

Ana Maria Rabaçal Urini
Anna Barbara Kjekshus Rosas
Dirce Cruz Marques
Fatima Regis Guimarães
Michele Satime Nakajima
Maria da Candelária Soares
Patricia Lima Santos
Regina Saldanha Gonçalves
Silvia Aparecida Zucca
Sueli Ilkiu

EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM DAS SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE SMS-SP

CRS SUL
CRS CENTRO OESTE
CRS NORTE
CRS SUDESTE

FOTOS

Heloisa Ma Chamma Leuzzi Lacava
Maria Inez Bariani Silveira
Marisa Beraldo
Olga Aparecida Fortunato Caron
Patrícia Luna
Ieda Carla A dos S de Souza Pastana
Thais Tiemi Yamamoto

REVISÃO ÁREA TEMÁTICA

Anete Hannud Abdo
Edmilson Pessoa de Barros
Marcia Maria Gomes Massironi

Revisão Geral Necha Goldgrub

AGRADECIMENTO

Os profissionais da enfermagem Atenção Básica SMS - SP agradecem, aos profissionais abaixo relacionados, a dedicação na construção da 2ª.edição deste documento técnico:

Giselle Cacherik, Gloria Mityo Schulze; Ivonete Cássia Barbosa, Naira Regina dos Reis Fazenda; Patrícia Luna, Regina T. Capelari; Vera Helena Martinez Milanezzi

FICHA EDITORIAL

Todos os direitos reservados.

- **É permitida a reprodução parcial ou total desta obra**, desde que citada a fonte e, que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

- As **fotos** obtêm os **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido** para este Manual, sendo, portanto, **proibida a cópia, reprodução e divulgação das mesmas.**

Série Enfermagem - Atenção Básica – SMS-SP
Documentos Técnicos.

Ficha Catalográfica

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Manual técnico: saúde do adulto / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 2. ed. - São Paulo: SMS, 2012.

75 p. – (Série Enfermagem)

1. Administração da saúde. 2. Atenção básica. 3. Saúde da família.
4. Saúde do adulto. 5. Serviços de saúde. I Atenção básica/Estratégia Saúde da Família. II. Título. III. Série.

CDU 614.2

APRESENTAÇÃO

A melhoria contínua na qualidade da Atenção à Saúde da população é a principal missão da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). Várias iniciativas têm sido desenvolvidas nesta direção para promover a melhoria do Acesso, a garantia da Equidade, a continuidade e Integralidade das ações e a coordenação do Cuidado focado nas necessidades do cidadão.

Na perspectiva de consolidar uma assistência mais resolutiva, que utiliza tecnologia adequada e que incorpore novos valores, a SMS-SP coordenou a atualização dos Manuais contendo Protocolos de Enfermagem para oferecer aos profissionais das equipes da Atenção Básica instrumentos que possibilitem o aprimoramento de suas práticas.

Neste sentido, constituiu um Grupo Técnico de trabalho, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica (CAB) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde (STS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Instituições Parceiras (IP) e Universidades.

É com imensa satisfação que a Coordenação da Atenção Básica/SMS apresenta este trabalho, cujo resultado foi a presente publicação: **"Série Enfermagem – SMS"** composta por sete Manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde da Pessoa Idosa, Normas e Rotinas de Enfermagem, Manual para Técnico/Auxiliares de Enfermagem e Biossegurança, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

Acreditamos que este instrumento irá contribuir na organização da Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais de Enfermagem na busca permanente da qualidade da Atenção à Saúde.

EDJANE MARIA TORREÃO BRITO
Coordenadora Atenção Básica SMS-SP

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO INTRODUÇÃO

Capítulo 1

1-ADULTO SAUDÁVEL	7
1.1 Saúde do trabalhador	8
1.2 Vida Saudável	10
1.2.1 Alimentação Saudável	11
1.2.2 Abandono /redução do consumo de bebidas alcoólicas	12
1.2.3 Abandono do Tabagismo	12
1.2.4 Prática de Atividade Física	12
1.2.5 Medidas Antiestresse	14
1.2.6 Redução de Peso Corporal	14
1.3 Vacinação do Adulto	16
1.4 Saúde Bucal do Adulto	17
1.5 Educação em Saúde	18
1.5.1 Ações educativas em Grupo	19
1.5.2 Educação em Saúde para Hipertensos	20
1.5.3 Educação em Saúde para Diabéticos	21
1.6 Acolhimento e Captação	22

Capítulo 2

2 - DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	24
2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS	25
2.1.1 Fatores de Risco HAS	25
2.1.2 Fluxograma de Acompanhamento HAS	28
2.1.3 Consulta de Enfermagem HAS	29
2.2 Diabetes Melito - DM	34
2.2.1 Fatores de Risco DM	34
2.2.2 Fluxograma de Acompanhamento DM	38
2.2.3 Consulta de Enfermagem DM	40
2.2.4 Vacinação DM	43
2.2.5 Classificação de risco no pé do diabético	43
2.2.6 Programa de automonitoramento glicêmico - AMG	45
2.2.7 Reconhecimento, tratamento e prevenção da hipoglicemia	46
2.2.8 Reconhecimento, tratamento e prevenção da hiperglicemia	48
2.2.9 Técnica de aplicação de insulina	49
2.3 Dislipidemia	51
2.4 Metas para controle clínico para diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos	51
2.5 Programa Remédio em Casa	53

Capítulo 3

3 - CÂNCER DE PRÓSTATA	55
3.1 Fatores de Risco	55
3.2 Cuidados de enfermagem	55
3.3 Rastreamento do Câncer de Próstata	55

Capítulo 4

4 - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	58
4.1 Ações na Atenção Básica/DST	58
4.2 Aconselhamento/DST	58

Capítulo 5

5 - OUTROS AGRAVOS	60
5.1 Escabiose	60
5.2 Pediculose	60
5.3 Parasitose intestinal	60

ANEXOS

1. ESCORE DE FRAMINGHAM	63
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA	64
3. PORTARIA 1004 E PORTARIA 1535	68
4. PROGRAMA REMÉDIO EM CASA BOLETIM INFORMATIVO Nº7	70

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
-----------------------------------	-----------

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica como parte integrante do SUS, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Deve dar resolutividade aos problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, ou seja, deve oferecer respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas, tendo como campos de intervenções o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente.

Nas últimas décadas o risco de adoecer e de morrer por doenças infecciosas e parasitárias diminuiriam consideravelmente, em contrapartida, as doenças crônicas não transmissíveis vêm acometendo cada vez mais a população adulta.

Um indicador forte para este acometimento está no estilo de vida, somado 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.

Todo esforço tem sido realizado no sentido de implementar ações e serviços voltados para a produção do cuidado. As ações e serviços de saúde são priorizados com foco na melhoria da qualidade de vida, na produção social, nas condições de bem estar coletivo, respondendo pelo acesso e oferecendo integralidade de atenção.

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.

Este Manual tem como proposta instrumentalizar o Enfermeiro para desenvolver as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde pertinente à Atenção Primária do Município de São Paulo, em caráter multidisciplinar. Os temas abordados foram priorizados mediante os indicadores de saúde que necessitam de um trabalho maior com a população adulta deste município.

As ações do Enfermeiro estão respaldadas pelas Portarias Municipais 1004/03 e 1535/06, corroboradas pela LEP 7498/86 (ANEXO 3).

**Equipe Técnica de Enfermagem
Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias
SMS-SP**

1

**ADULTO
SAUDÁVEL**

1. ADULTO SAUDÁVEL

Os serviços e ações de saúde que estão mais próximos dos indivíduos, famílias e coletividades, são de responsabilidade da Atenção Básica, particularmente do nível primário, com a proposta de ser o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária.

Nesta estratégia é proposto o aumento da disponibilidade e acessibilidade dos mesmos para a melhoria da qualidade de vida da população.

A rede de Atenção Básica do Município de São Paulo oferece, dentre outros, serviços programáticos, assistência à mulher, à criança/adolescente, à Pessoa Idosa e ao adulto. Assim, assume a questão básica do atendimento integral.

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. As ações são programadas para uma ampla aplicação no sistema básico de assistência, alta eficácia na resolução de problemas específicos de saúde, baixos custos e complexidade tecnológica, considerando a característica de cada região.

Para a normatização dos serviços de enfermagem na Atenção Básica quanto a Saúde do Adulto, é imprescindível que seja organizada em caráter multidisciplinar, que reconheça o adulto saudável, os fatores de risco, o grau de vulnerabilidade e a partir deste ponto planejar ações e serviços a serem prestados.

A vigilância é uma ação fundamental para promoção da saúde. Detectar condições de falta de saúde no adulto perpassa pelo entendimento da rotina dele, como: atividade física (sedentarismo), cultura, alimentação, abuso de álcool, tabaco e outras drogas, trabalho, moradia, nível educacional e condições socioeconômicas. Dentre estes elementos é necessário estar alerta aos fatores de risco para a saúde, para identificá-los e buscar modificá-los evitando o aparecimento de doenças.

1.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

As ações de Saúde do Trabalhador, nos termos da Política Nacional para a rede de serviços, devem ser assumidas pelo Sistema como um todo, tendo como porta de entrada a rede básica de saúde e como retaguarda técnica os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os níveis mais complexos desse Sistema.

A Atenção Primária à Saúde, na abordagem do trabalhador deverá promover ações pautadas, sobretudo na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e trabalho, que determinam as formas de adoecer e morrer dos trabalhadores.

São atribuições gerais da equipe na atenção primária à saúde:

Identificar e registrar:

- A população economicamente ativa, por sexo e faixa etária, além das atividades produtivas existentes na área, assim como riscos potenciais e perigos para a saúde do trabalhador, da população e do meio ambiente;
- A existência de trabalho precoce – crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que frequentam ou não a escola;
- A ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho;
- Analisar os dados obtidos;
- Desenvolver ações educativas em Saúde do Trabalhador;
- Em caso de acidente ou doença relacionada com o trabalho, deverão ser adotadas as seguintes condutas:
 - condução clínica do caso de menor complexidade
 - encaminhamento dos casos de maior complexidade para os RST
 - notificação dos casos mediante instrumentos do setor saúde (Portaria GM/MS 777/2004)



www.google.com.br/imgres?imgurl=

- **ACIDENTE DO TRABALHO** - É o que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalho.
- **CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho ou agravo à saúde** relacionado ao trabalho, Lei 8213/91 que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação dos acidentes.
- **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO** - Adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente.
- **DOENÇA PROFISSIONAL** - Produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar à determinada atividade.

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.
- O rodízio de escalas de turnos noturnos e diurnos, finais de semana e feriados também é prejudicial.
- 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.

→ NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- 1.** Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho.
- 2.** Acidente de trabalho com mutilações.
- 3.** Acidente de trabalho em crianças e adolescentes.
- 4.** Acidente de trabalho fatal.
- 5.** Câncer Relacionado ao Trabalho.
- 6.** Dermatoses ocupacionais.
- 7.** Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).
- 8.** Influenza humana.
- 9.** Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho.
- 10.** Pneumoconioses relacionadas ao trabalho.
- 11.** Pneumonias.
- 12.** Rotavírus.
- 13.** Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita.
- 14.** Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

1.2 VIDA SAUDÁVEL

A identificação de um adulto saudável está relacionada com atividades inseridas nas relações que ele tem com o trabalho, em casa com a família, no seu ambiente social, nas suas ações recreativas. Estes aspectos combinam entre si e influenciam a saúde individual física, mental, social e espiritual, ajudando a manter o corpo em forma e a mente alerta.

O estilo de vida saudável deve ser desenvolvido o mais cedo possível, mantido durante a vida adulta e idade madura, pois na medida em que o corpo envelhece iniciam-se as alterações nos músculos e nas articulações e um declínio na sensação de "força" física. A manutenção de um bom estilo de vida pode ajudar a evitar e proteger de doenças e/ou impedir que as doenças crônicas, se instaladas, piorem.

Quando se trata da saúde de uma pessoa, a genética desempenha um papel importante, no entanto, quando há predisposição para uma determinada condição ou doença já diagnosticada, pode-se reduzir seus riscos e gerir melhor a sua condição com mudança de estilo de vida.

Um estilo de vida saudável inclui dentre muitos fatores:

- ⇒ Saúde preventiva
- ⇒ Boa nutrição
- ⇒ Controle do peso
- ⇒ Recreação
- ⇒ Exercícios regulares e
- ⇒ Evitar substâncias nocivas ao organismo

Recomendações para adoção de hábitos de vida saudável

As ações de promoção do bem estar são ferramentas importantes para a construção de uma cultura de valorização da saúde na população e a adoção de hábitos de vida saudáveis é essencial para a prevenção, o controle das doenças e agravos nas doenças não transmissíveis (DANT), além de proporcionar qualidade de vida.

1.2.1 Alimentação saudável

A promoção da alimentação saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e uma das prioridades para a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros.

Uma alimentação saudável é aquela que reúne os seguintes atributos: é acessível e não é cara, valoriza a variedade, as preparações alimentares usadas tradicionalmente, é harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e sanitariamente segura.

Dez Passos para uma Alimentação Saudável

Os **Dez Passos para uma Alimentação Saudável** são orientações práticas sobre alimentação para pessoas saudáveis com mais de dois anos de idade.

Comece escolhendo aquela orientação que lhe pareça mais fácil, interessante ou desafiadora e procure segui-la todos os dias. Não é necessário que você tente adotar todos os passos de uma vez e também não é preciso seguir a ordem dos números sugerida nos 10 passos:

Orientações:

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 grãos integrais e 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 contêm grande quantidade de sal.

1.2.2 Abandono / redução do consumo de bebidas alcoólicas



Nos indivíduos com hábito de ingestão de quantidades maiores de álcool, propõe-se que cada progresso no sentido de redução seja apontado como positivo, e que gradualmente se alcance a situação de abandono do hábito.

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais, e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos, que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas.

Recomenda-se avaliar a necessidade de encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS/AD) nas situações de falta de controle quanto à ingestão.

1.2.3 Abandono do tabagismo

O tabagismo é um poderoso fator de risco de doença cardiovascular.

Os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

É indispensável que o cliente tabagista assimile que este é, isoladamente, o mais importante fator de risco modificável para a doença coronariana.

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.

Adicionalmente, colabora para os efeitos adversos da terapêutica de redução de lipídios e induz a resistência ao efeito de fármacos anti-hipertensivos.

Além disso, há clara associação entre tabagismo e doenças pulmonares crônicas, assim como a neoplasia pulmonar. Deve ser instituído o aconselhamento precoce, insistente e consistente até o abandono definitivo.

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 cliente 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.



1.2.4 Prática de Atividade Física

A prática regular de atividade física promove efeito protetor para a doença cardiovascular. A recomendação da atividade física como ferramenta de promoção de saúde e prevenção de doenças baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização.

Portanto, a atividade física deve ser realizada durante, pelo menos, 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada.

Realizando-se desta forma, obtêm-se os benefícios desejados à saúde e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com a redução do risco de eventos cardiocirculatórios, como infarto e acidente vascular cerebral.

A orientação ao cliente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar, sempre que possível, pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana).

O efeito da atividade de intensidade moderada



realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (ex: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite). Dessa maneira, atenua-se ou elimina-se a principal barreira à aquisição do hábito da realização da atividade física devido à falta de tempo.

Para prática de atividades moderadas não há necessidade da realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividades físicas incorporado às atividades do dia a dia. A avaliação médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve se restringir apenas a clientes com escore de Framingham (anexo 1) alto ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade.

Clientes em uso de medicamentos anti-hipertensivos que interferem na frequência cardíaca, como betabloqueadores, devem ser previamente submetidos à avaliação médica.

O exercício físico reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como: coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse.

Exercícios físicos tais como: caminhada, ciclismo, natação e corrida com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos.



As Unidades Básicas de Saúde devem dispor de equipes aptas a orientar a realização de práticas corporais e de meditação:

- *Lian Gong,*
- *Tai Chi Pai Lin,*
- *Xian Gong,*
- *Lien Ch 'i,*
- *Dao Yin,*
- *I Qi Gong,*
- *Fio de Seda,*
- *Tai Chi Chuan,*
- *Chi Gong,*
- *meditação,*
- *ioga,*
- *dança circular e*
- *caminhada.*

As práticas corporais e de meditação trazem benefício na prevenção e controle das afecções crônicas, uma vez que:

- São instrumentos importantes no aprendizado da sincronia entre ações e pensamentos, já que um de seus pressupostos é que a forma (posturas e movimentos), a respiração e a intenção mental caminham na mesma direção.
- Melhoram o condicionamento cardiorrespiratório.
- Tonificam os músculos, favorecem a fixação do cálcio ósseo e a capacidade de função das articulações.
- Melhoram a aptidão física, favorecendo a independência de função no dia a dia.
- Contribuem para redução do estresse, depressão e insônia.
- Auxiliam nas iniciativas para manutenção ou redução do peso.
- Apresentam quase ausência de efeitos adversos.

1.2.5 Medidas Antiestresse

A redução do estresse psicológico é recomendável para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação.

Algumas medidas podem ser adotadas para se lidar com o estresse:

Alimentação saudável	Utilizar técnicas de relaxamento	Realizar atividades físicas (andar pelo bairro, passear nas praças, subir escadas)
Repouso, sono apropriado às necessidades	Lazer e diversão	Psicoterapias e medicação, se necessário

1.2.6 Redução do peso corporal



O acompanhamento do cliente com excesso de peso é um processo contínuo, que inclui apoio e motivação para superação dos obstáculos. Assim, a comunicação a ser estabelecida deve ser baseada na interação de saberes e na formação de vínculo.

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 excesso de peso está claramente associado com o aumento da morbidade e mortalidade e este risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial em até 6 meses de tratamento, com a manutenção do novo peso em longo prazo, já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Todos os hipertensos e diabéticos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso de modo a alcançar índice de massa corpórea (IMC) inferior a 27Kg/m², e circunferência abdominal (homens inferior a 102cm e mulheres inferior a 88cm).

O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional. 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. Esta situação é definida como obesidade androide, ao passo que a distribuição mais igual e periférica é definida como distribuição ginecoide, com menores implicações à saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION,1998).

A circunferência da cintura é importante fator de risco para doença coronariana e mortalidade por causas cardiovasculares. A obesidade traz aos profissionais desafios para o entendimento de sua determinação, acompanhamento e apoio à população, nas diferentes fases do curso de vida.

A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulínia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.

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 disponíveis e obstáculos para as mudanças no estilo de vida.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

$$\text{Cálculo de IMC} = \frac{\text{P (peso)}}{\text{A}^2 \text{ (altura x altura)}}$$

Classificação do IMC

ESTADO DE NUTRIÇÃO	IMC (em kg/m²)
Desnutrição grau III (grave)	< 16
Desnutrição grau II (moderada)	16 - 16,9
Desnutrição grau I (leve)	17 - 18,49
Eutrófico	18,5 - 24,9
Pré-Obeso (sobrepeso)	25 - 29,9
Obesidade de grau I	30 - 34,9
Obesidade de grau II	35 - 39,9
Obesidade de grau III	≥ 40

Os dez passos para a manutenção do peso saudável

1.	Coma frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes ao dia.
2.	Consuma feijão pelo menos 5 vezes por semana.
3.	Evite alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras.
4.	Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango.
5.	Nunca pule refeições, faça três refeições e um lanche por dia. No lanche escolha uma fruta.
6.	Evite refrigerantes e salgadinhos.
7.	Faça as refeições com calma e nunca na frente da televisão.
8.	Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
9.	Aumente a atividade física diária. Evite ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar.
10.	Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Fonte – Protocolo de Enfermagem SMS-SP – Atenção à Saúde do Adulto - 2007

1.3 VACINAÇÃO DO ADULTO

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS

- **O calendário de vacinas está sujeito a inserções de imunobiológicos e ou modificações. Para execução atualizada sempre consultar os links abaixo. Estes irão fornecer o calendário em tempo real**

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf

http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf

Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado.

SCR → Indicada para as pessoas nascidas a partir de 1960 e mulheres no puerpério. Caso a vacina não tenha sido aplicada na puérpera na maternidade administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde.



Febre Amarela → Nas regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada dez anos.

Influenza → Disponível na rede pública para pessoas com 60 anos ou mais de idade e aqueles em situação de risco específico.

dT → Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

BCG → vacina contra a tuberculose.

dT → vacina dupla, tipo adulto, contra a difteria e o tétano.

Indicação da Vacina Contra Hepatite B

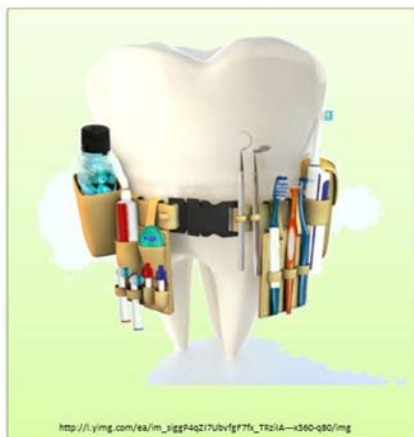
Para o adulto com idade acima de 20 anos com risco acrescido como:

• Politransfundidos	• Portadores de hepatite C
• Profissionais de saúde	• Doadores de sangue
• Vítimas de acidente c/ perfurcortantes	• Usuário de drogas
• Profissionais do sexo	• Pessoas LGBT (lésbicas, gay, bissexuais e transexuais)
• Cuidadores de clientes acamados	• Vítimas de abuso sexual
• Podólogos	• Comunicantes de hepatite B e C
• Tatuadores	• Renais crônicos
• Manicures	• Transplantados
• Auxiliares de necrópsia	• Imunodeprimidos
• Coletores de lixo	• População institucionalizada
• Policiais	• Alunos de cursos técnicos ou universitários da área saúde
• Bombeiros	• Profissionais de funerárias

Indicação da vacina de Febre Amarela no Estado de São Paulo:

- ⇒ A partir de 9 meses de idade, nos indivíduos residentes na área de transição: Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Presidente Prudente, Araçatuba, São José do Rio Preto, Barretos, Ribeirão Preto, Franca e parte da GVE de Marília.
- ⇒ Indivíduos que viajem para áreas endêmicas e áreas de transição: estados de Acre, Amazonas, Roraima, Amapá, Pará, Maranhão, Goiás, Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Distrito Federal e regiões de Piauí, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
- ⇒ Indivíduos que viajem, no Estado de São Paulo, para os municípios ribeirinhos ao Rio Grande, ao Rio Paraná e ao Rio Paranapanema e municípios fronteiriços ao Estado de Minas Gerais da GVE de Franca e da GVE de Ribeirão Preto, além de viajantes que pretendam frequentar regiões de matas com possibilidade de circulação de vírus de febre amarela.

1.4 SAÚDE BUCAL DO ADULTO



Algumas doenças crônicas degenerativas como a diabetes e a hipertensão, e algumas doenças infectocontagiosas como a tuberculose, a hanseníase, e doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS, são prioridades na organização da atenção à Saúde Bucal do adulto.

A cárie e as doenças periodontais constituem problemas de saúde bucal importantes nos adultos, podendo levar a perdas dentárias. A cárie pode ocorrer tanto na porção coronária quanto nas superfícies radiculares expostas ao meio bucal em consequência à doença periodontal.

A exposição radicular também pode gerar hipersensibilidade dentária.

Tanto a cárie quanto as doenças periodontais são provocadas pelo aumento do número de microrganismos da placa bacteriana e de seus produtos de metabolismo. Quando o pH da placa bacteriana é ácido, há perdas de minerais das superfícies dentárias e podem surgir cáries na coroa ou nas raízes expostas ao meio bucal.

Medidas preventivas de higiene por meio da escovação e do uso do fio dental, uma dieta equilibrada, com racionalidade na ingestão de carboidratos fermentáveis, e o acesso a produtos fluorados, podem reduzir o risco tanto da cárie quanto das doenças periodontais.

Mesmo clientes que perderam alguns ou todos os dentes, que usem ou não próteses devem ser orientados quanto à higiene bucal e à dieta. Clientes adultos ou pessoas idosos que usam próteses totais e/ou removíveis, devem higienizar as próteses após as refeições com uma escova firme, água e sabão. Não se recomenda higienizar as próteses confeccionadas em resina acrílica com creme dental fluoretado. Os clientes que usam próteses devem ser orientados a ficar sem a prótese por pelo menos 8 horas, preferencialmente enquanto dormem.



Câncer Bucal:

O autoexame é principal forma de se identificar precocemente o aparecimento de lesões em tecidos moles da cavidade bucal que podem sofrer malignização. Durante o autoexame realiza-se a palpação e inspeção de todo o tecido mole da boca, a saber; lábios, língua, bochechas, assoalho bucal, palato duro e palato mole, gânglios linfáticos submandibulares e retroauriculares.

Lesões em tecidos moles da boca, ulceradas ou nodulares, que não regridam espontaneamente ou após a remoção de possíveis fatores causais (como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses, etc.) em no máximo 03 semanas, devem ser referenciadas para diagnóstico em serviços de especialidades.

O álcool, particularmente as bebidas destiladas, e o tabaco, nas diversas formas de uso (cigarro, charuto, cachimbo) constituem os principais fatores de risco para o câncer bucal.

Má higiene, as carências de vitaminas do tipo A e C, próteses mal adaptadas, deficiências imunológicas e a radiação solar também têm sido apontados como fatores de risco para o câncer de boca.

Recomendações quanto à higiene bucal:

A higiene bucal tem por objetivo a remoção da placa bacteriana, agente etiológico das principais doenças bucais, a cárie e as doenças periodontais. O consumo de alimentos ricos em açúcar incrementa a formação da placa que fica aderida às superfícies dentárias. Sua remoção deve ser realizada pela escovação e uso do fio dental.

A escova deve ser macia de cabeça pequena para alcance de todos os dentes.

Recomenda-se uma quantidade de creme dental fluoretado do tamanho de um grão de ervilha seca, colocado transversalmente sobre as cerdas da escova. A escova deve ser posicionada com as cerdas direcionadas para a raiz do dente, na altura do limite entre dente e gengiva, fazendo movimentos vibratórios. O movimento deve ser repetido para cada dente, inclusive na superfície interna do dente.

A superfície de mastigação deve ser escovada com movimentos de vai e vem. A língua também deve ser escovada.

Lembrando-se da importância do fio dental, cada superfície dental deve ser limpa separadamente.

Com o fio enrolado na extremidade dos dedos médios, com o fio esticado, passar cuidadosamente entre os dentes, deslizando sobre a superfície, penetrando ligeiramente na gengiva para remover a placa.

Orientações importantes para manutenção da saúde bucal	
<ul style="list-style-type: none">Medidas de autocuidado e higiene dental: o uso de produtos químicos que permitam a visualização da placa bacteriana (evidenciação), escovação e uso do fio dental	<ul style="list-style-type: none">Usar água de abastecimento público fluoretada (uso racional do flúor)
<ul style="list-style-type: none">Usar cremes dentais fluoretados (uso racional do flúor)	<ul style="list-style-type: none">Ter uma alimentação equilibrada com consumo racional de açúcares
<ul style="list-style-type: none">Evitar consumo de álcool e tabaco	<ul style="list-style-type: none">Participar de ações preventivas
PROCURAR O SERVIÇO ODONTOLÓGICO	

1.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado.

Para tanto, se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do cliente, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

A Comunicação em Saúde surge não só como uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida.

Reconhece-se que a informação de qualidade, difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde. O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis.

1.5.1 Ações Educativas em Grupos

Atividades educativas e terapêuticas, desenvolvidas com grupos de clientes e/ou seus familiares, sendo adicionais às atividades individuais, estimula a relação social, a troca de informação e o apoio mútuo.

População Alvo:

Aberto a todos os clientes ou a clientes específicos

Objetivos:

Discutir/refletir sobre fatores de risco para as doenças e as ações individuais e coletivas para o combate aos mesmos, estimular adesão a possível tratamento, proporcionar conhecimento sobre a patologia, prevenção de complicações e abordar temas de interesse do grupo, como:

- Atividade física;
- Autoestima;
- Alimentação adequada;
- E os demais que forem adequados para o grupo.

Salienta-se a importância da revisão das práticas pedagógicas, especialmente em se tratando de abordagem para educação para adultos e jovens, que necessariamente difere da educação para crianças.

São aspectos importantes a serem observados na educação em saúde:

- Respeito à individualidade.
- Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança.
- Respeito à cultura local.
- Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática.
- Ética.
- Auto percepção de saúde geral.
- Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde.
- Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

N ° de participantes: máximo de 30



Metodologia:

- ⇒ Apresentação da equipe completa.
- ⇒ Apresentação da proposta do grupo, ênfase na importância epidemiológica, nos grupos de abordagem por patologias e suas prevenções.
- ⇒ Verificação de peso, estatura, IMC, PA, glicemia capilar (no caso de rastreamento para Diabetes).
- ⇒ Seguimento de acordo com fluxo do programa.
- ⇒ Periodicidade: variando de acordo com a realidade da UBS.
- ⇒ Utilizar metodologia da problematização para proporcionar troca de experiências entre os participantes.
- ⇒ Convite por meio de cartazes, divulgação nas VDs e consultas, outros meios.

ROTEIRO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS

1.5.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO	Obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, <i>estresse</i>
O que é hipertensão	<ul style="list-style-type: none">• Tipos de hipertensão• Valor normal da pressão arterial• Tratamento• Cronicidade da doença• Hipertensão na família
Alimentação	<ul style="list-style-type: none">• Plano alimentar X controle da hipertensão• Grupos de alimentos• Uso consciente do sal
Exercícios	<ul style="list-style-type: none">• Exercício X controle da pressão arterial• Tipo, duração e frequência
Monitoramento da pressão arterial	<ul style="list-style-type: none">• Relação exercício/pressão arterial
Medicação	<ul style="list-style-type: none">• Nome, tipo e ação• Adesão ao tratamento
Complicações agudas	<ul style="list-style-type: none">• Sinais e sintomas de hipertensão arterial• Tratamento da hipertensão arterial• Crise hipertensiva• Cartão de identificação
Complicações crônicas	<ul style="list-style-type: none">• Relação entre a hipertensão e surgimento de complicações crônicas• Complicações mais comuns
Situações especiais	<ul style="list-style-type: none">• Comendo fora de casa• Viagens• Escola/emprego• Condução de automóveis
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Utilização dos serviços de saúde e de recursos da comunidade• Participação em associações• Participação em atividades de lazer

1.5.3 DIABETES MELITO

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO	Obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, <i>stress</i>
O que é diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Tipos de diabetes• Valor normal da glicemia• Tratamento• Cronicidade da doença• Diabetes na família
Alimentação	<ul style="list-style-type: none">• Plano alimentar X controle da glicemia• Grupos de alimentos• Alimentos dietéticos para diabetes
Exercícios	<ul style="list-style-type: none">• Exercício X controle da glicemia• Tipo, duração e frequência
Automonitoramento da glicemia capilar	<ul style="list-style-type: none">• Relação exercício/alimentação/glicemia
Medicação – insulina	<ul style="list-style-type: none">• Nome, tipo e ação• Autoaplicação /técnica de aplicação/preparo da dose• Rodízios• Conservação• Reutilização da seringa• Adesão ao tratamento
Medicação - oral	<ul style="list-style-type: none">• Nome da medicação• Ação do Hipoglicemiante Oral X Controle da Glicemia• Adesão ao tratamento
Cuidado com os pés	<ul style="list-style-type: none">• Higiene• Inspeção diária• Uso de calçado apropriado• Prevenção e tratamento de ferimentos
Cuidados com os dentes	<ul style="list-style-type: none">• Visita periódica ao dentista• Higiene bucal
Complicações agudas	<ul style="list-style-type: none">• Sinais e sintomas de hipoglicemia• Medidas preventivas e tratamento da hipoglicemia• Cartão de identificação/doces ou balas
Complicações crônicas	<ul style="list-style-type: none">• Relação entre diabetes e surgimento de complicações crônicas / cardiovasculares, renais, oftalmológicas, arteriais periféricas, comprometimento dos pés
Situações especiais	<ul style="list-style-type: none">• Comendo fora de casa• Viagens• Escola/emprego• Condução de automóveis
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none">• Utilização dos serviços de saúde e de recursos da comunidade• Participação em associações• Participação em atividades de lazer

1.6 ACOLHIMENTO E CAPTAÇÃO



É o trabalho realizado pelos membros da equipe de saúde, que têm como objetivo detectar a existência de **fatores de risco** e, precocemente, **novos casos** de doenças junto à demanda espontânea, consultas, nas visitas domiciliares, nos grupos educativos, sendo uma das estratégias fundamentais para o controle de complicações e diminuição do número de internações hospitalares.

A visão dos serviços de saúde, para além da busca ativa de sinais e sintomas que pressuponham a instalação de doenças, deve 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, para que, sobretudo, permita a adequada medida de orientação e seguimento no serviço.

A doença cardiovascular aterosclerótica é, em termos proporcionais, a principal causa de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dois níveis de prevenção cardiovascular devem ser considerados, o populacional, a partir de intervenções orientadas à promoção da saúde da população, e o individual, a partir do contexto clínico e dos fatores de risco cardiovascular. Nesta acepção, mais importante que identificar um indivíduo como portador de diabetes, hipertensão ou dislipidemia, é caracterizá-lo em termos de seu risco global (cardiovascular, cerebrovascular e renal), avaliando o resultado da soma dos riscos imposta pela presença e magnitude destes múltiplos fatores.

A abordagem essencial para a prevenção primária é a redução de fatores de risco. Retardar a intervenção sobre estes fatores até que se estabeleça o diagnóstico de comprometimento cardiovascular significa perder a oportunidade de prevenir eventos em pessoas cuja apresentação inicial pode ser a morte súbita ou o surgimento de lesões incapacitantes.

Um terço das pessoas com infarto agudo do miocárdio pode morrer nas primeiras 24 horas de diagnóstico, e muitos sobreviventes terão lesões graves e altamente comprometedoras da qualidade de vida, como insuficiência cardíaca, angina do peito, arritmias e risco aumentado para morte súbita. Acrescente-se a isto o fato de que um terço dos novos eventos ocorre em indivíduos abaixo dos 65 anos; portanto, todo este conjunto de evidências justifica plenamente as ações de prevenção primária das doenças cardiovasculares.

O adulto, principalmente o homem, tende a evitar o serviço de saúde, a menos que não esteja se sentindo bem. Os profissionais da saúde na atenção primária, sempre que oportunizado o contato com o adulto, ao identificar dados de estilo de vida ou outros sinais de alerta que indiquem risco para saúde, deve realizar a ação de acolhimento e captação e dar início à intervenção de caráter multidisciplinar.

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), podem ser caracterizadas por: doenças com história natural prolongada;

- ✓ múltiplos fatores de risco;
- ✓ interação de fatores etiológicos;
- ✓ especificidade de causa desconhecida;
- ✓ ausência de participação ou participação polêmica de micro-organismos entre os determinantes;
- ✓ longo período de latência;
- ✓ longo curso assintomático;
- ✓ curso clínico em geral lento, prolongado e permanente;
- ✓ manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação;
- ✓ lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (PINHEIRO,2004).

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 Melito, 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 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Conceituação

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o diagnóstico de hipertensão arterial para maiores de 18 anos, ocorre quando a pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmHg e a diastólica igual ou maior que 90 mmHg, após a realização de 3 medidas de PA em momentos diferentes.

Epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. (*Cadernos de Atenção Básica – nº 15 – Hipertensão Arterial Sistêmica - 2006*)

No Município de São Paulo, considerando a prevalência de 22,9% de hipertensos a partir dos 18 anos (VIGITEL, 2010), os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o hipertenso, como de fazê-lo seguir o tratamento. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do cliente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao cliente hipertenso.

É importante lembrar, que um grande contingente de clientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia, obesidade, o que traz implicações importantes no gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um conjunto de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação em saúde de forma contínua.

2.1.1 Fatores de risco para HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

MODIFICÁVEIS	NÃO MODIFICÁVEIS
Obesidade	História familiar de doença cardiovascular – parentes de 1º. Grau (mulheres com menos de 65 e homens com menos de 55 anos)
Sedentarismo	Idade, gênero
Consumo de sal	Etnia (raça negra)
Consumo de álcool	
Tabagismo	
Estresse	
Dislipidemia	
Depressão	

Estratificação de risco de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH-VI

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL: RISCO ADICIONAL ATRIBUÍDO À CLASSIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM OS FATORES DE RISCO, LESÕES DE ÓRGÃOS-ALVO E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS						
	NORMOTENSÃO			HIPERTENSÃO		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80-84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Risco baixo adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM - DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

DM: diabetes melito; LOA: lesão de órgãos-alvo; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; SM: síndrome metabólica

Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A hipertensão é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular e cerebral.

Intervalo de rastreamento:

Não se tem evidência para se recomendar um ótimo intervalo para rastrear a hipertensão nos adultos. O 7º JNC (*The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*) recomenda o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg, a aferição ambulatorial com esfigmomanômetro é a mais amplamente utilizada.

A pressão alta (hipertensão) é usualmente definida em adultos como sendo a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas.

Caderno de Atenção Primária – Rastreamento – nº29 – MS 2010

RECOMENDAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO COM BASE NA AFERIÇÃO DA PA INICIAL

Normal	Reavaliar em dois anos
Pré-hipertensão	Reavaliar em um ano
HAS Estágio 1	Confirmar em dois meses
HAS Estágio 2	Avalie e/ou refira para um serviço de cuidados dentro de um mês. Para aqueles com pressão muito alta (i.e., > 180/110 mmHg), avalie e trate imediatamente ou dentro de uma semana, dependendo da situação clínica e complicações.

Fonte - adaptado: NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2004

Obs:

→ O seguimento do hipertenso, não deve estar apenas vinculado com a medida da pressão, sempre devem ser avaliados os fatores de risco.

E mais importante que o diagnóstico de hipertensão, é a somatória dos fatores de risco e sua interação, ou seja, a avaliação global do risco cardiovascular.

→ Se as pressões sistólica ou diastólica estiverem em estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível pressórico.

→ A presença ou não de sintomas não deve ser considerada como fator decisivo para a tomada de conduta, ou seja, mesmo indivíduo assintomático e com inúmeros fatores de riscos presentes deve ter seu risco definido, e a partir do grau ter seu acompanhamento estabelecido.

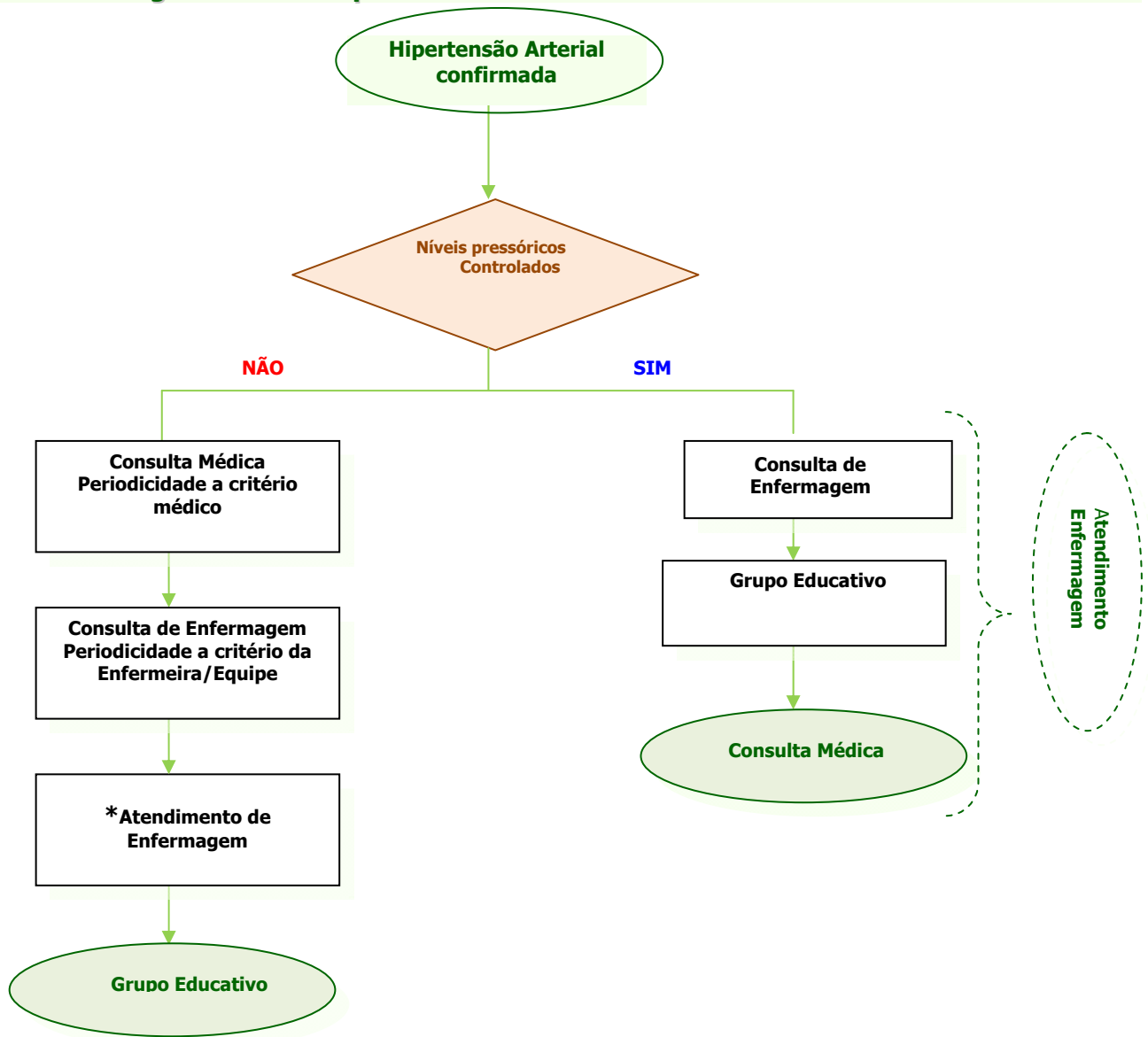
→ Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do cliente (fatores de riscos, comorbidades e danos em órgãos alvos).

Recomenda-se considerar como orientação geral (adaptável a cada região e às características dos serviços) que usuários com risco cardiovascular baixo e médio, com quadro clínico estável, sem lesões de órgãos alvo e com prescrição ajustada sejam avaliados duas vezes ao ano (médico e enfermeiro).

Por outro lado, usuários com risco médio para alto, alto ou muito alto, podem necessitar de avaliações mais periódicas, três ou quatro vezes ao ano.

→ Considerar que 20% dos clientes apresentam a "hipertensão do avental branco", ou seja, os valores pressóricos encontram-se alterados no momento das avaliações pela equipe de saúde. Estes indivíduos costumam apresentar elevação persistente da pressão sem lesão de órgãos alvo, sem sintomas de hipotensão postural, ou apresentam acentuada discrepância entre os achados no consultório e em outros ambientes.

2.1.3 Fluxograma de Acompanhamento HAS



Obs.:

*O atendimento de enfermagem é realizado pelo Auxiliar e Técnico de Enfermagem para verificação de pressão arterial.

No caso de níveis pressóricos descontrolados, encaminhar ao enfermeiro.

O cliente portador de hipertensão arterial não controlada deverá passar por consulta Médica e de enfermagem e a periodicidade depende da avaliação individual.

2.1.4 Consulta de Enfermagem HAS

Ao enfermeiro incumbe, como parte integrante da equipe, a realização da Consulta de Enfermagem (CE); ato da maior relevância, por sua acuidade e ação global. Está ligada ao processo educativo e deve estimular o cliente, família e comunidade à percepção do processo saúde-doença e da importância do autocuidado.

A Consulta de Enfermagem deve ter como foco principal os fatores de risco e suas consequências, a estabilidade nos quadros crônicos, a prevenção de complicações e a reabilitação.

A **CE** deve compreender a coleta de dados de enfermagem, com um enfoque que vai além dos aspectos biológicos, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento e a implementação de ações, e finalmente a avaliação de enfermagem.



A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- ⇒ Um resumo dos dados coletados;
- ⇒ Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas observadas;
- ⇒ As ações ou intervenções de enfermagem realizadas;
- ⇒ Os resultados alcançados através das intervenções.

Primeira Consulta de Enfermagem

Coleta de dados/ Entrevista:

1.	Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e profissão.
2.	Identificar Conhecimento sobre sua doença e os riscos que ela acarreta.
3.	História atual e progressa: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; Sintomas de doença arterial coronária; Sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; Doenças vasculares encefálicas; Insuficiência vascular das extremidades; Doença renal; Gota; Diabetes Melito.
4.	Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: Dislipidemia; Tabagismo; Sobrepeso e obesidade; Atividade sexual; Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC); Sedentarismo.
5.	Antecedentes familiares: Acidente vascular encefálico; Doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); Morte prematura e súbita de familiares 1º. Grau.
6.	Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
7.	Avaliação dietética: incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e caféina.
8.	Uso de medicamentos (anticoncepcionais, corticosteroides, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos, outros).
9.	Atividade física

Exame físico

• **Peso, altura, estabelecer IMC, 3 medidas da pressão arterial e frequência respiratória.**

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes.

1. A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada.
As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva
2. **Fácies** que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireoide, suprarrenal e hipófise)
3. Avaliação dos **olhos** e da acuidade visual
4. **PESCOÇO** para pesquisa de sopro em carótidas
5. **Ausculta cardíaca:** frequência cardíaca e ritmo cardíaco e possível presença de arritmias e sopros
6. **Ausculta pulmonar:** frequência e possíveis estertores, roncos e sibilos
7. **Examinar no abdômen:** presença de massas palpáveis e ruídos hidroaéreos
8. Avaliação de eventual **edema**
9. **Estado neurológico**
10. Em **cada consulta** deverão ser realizadas no mínimo **três medidas (PA)**, com intervalo de 1 a 2 minutos entre si
11. Caso as pressões diastólicas obtidas apresentem **diferenças superiores a 4 mmHg**, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a esse valor
12. De acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as **medidas** sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas
13. A **posição** recomendada na rotina para a medida de pressão arterial é **sentada**.



Deve ser avaliado

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

Diagnóstico de Enfermagem →

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). Sua descrição exige um pensamento crítico e profundo podendo ser registrado em até três partes:

→ Nome da alteração encontrada; → A causa que levou a esta alteração; → e os sinais e sintomas que a define.

LUNA, 2011

Obs: O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, que tenha reconhecimento internacional, para registrar seu diagnóstico.

Cuidados de Enfermagem

O que orientar

1.	Oferecer ao cliente informações em relação a doenças e à prevenção das complicações
2.	Estimular a adesão ao tratamento:
a.	Estabelecendo objetivos/metast junto com o cliente
b.	Através do vínculo com o cliente e familiares
c.	Considerando e adequando crenças, hábitos e cultura do cliente
d.	Realizando visita domiciliar para sensibilizar os familiares na adesão ao tratamento
e.	Através de busca de faltosos
f.	Incentivando a participação do cliente e familiares em grupos educativos
g.	Checar a realização de exames de reavaliação anual solicitados pelo médico (Ex: raio X de tórax, ECG)

EXAMES

Laboratorial e Complementares

Os exames solicitados nas consultas médicas seguirão as orientações contidas no Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito Tipo 2 na Atenção Básica -2008.



Consulta de Enfermagem Subsequente

Avaliar metas estabelecidas em conjunto com o cliente

1. Coleta de Dados
Exame físico:
2. 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 cliente.
4. Adequar, se necessário, os cuidados de enfermagem.
5. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (HM).

Deve ser avaliado

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 Manual Saúde da Mulher - SMS
9. Atividade física regular

Orientação de nutrição para Hipertensos adultos

1. Manter o peso corporal adequado IMC até 25 a 27 e circunferência abdominal inferior a 102 homens e 88 mulheres.
2. Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa – Ingestão de até 5g de sal por dia.
3. Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, <i>fast food</i> .
4. Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura.
Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas – toda redução deve ser apontada como positiva.
5. Em geral a ingestão diária não deve ser superior a 30 g de etanol para homens (duas latas de cerveja ou duas taças de vinho). Para mulheres, considerar a metade da dose. Avaliar necessidade de encaminhar aos centros de referência.
6. Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados.
7. Incluir, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana.
8. Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou poli insaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco, evitando gorduras tipo trans, saturada e colesterol.
9. Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verdes escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados.
10. Estímulo ao consumo de alimentos ricos em potássio, se função renal permitir; pois estes alimentos promovem redução modesta da pressão arterial (feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escura, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata-inglesa e laranja).
11. Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos evitando frituras e dando preferência assados, crus, grelhados, outros.
12. Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

Tratamento - Orientações



O enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde atuam na sensibilização do cliente para intervir em fatores de riscos cardiovasculares associados à hipertensão como: tabagismo, obesidade, sedentarismo e dislipidemia. Cabendo as devidas orientações e o estabelecimento de metas a serem alcançadas, junto ao cliente, para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Na terapêutica da obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melito e Dislipidemia, as principais estratégias para o tratamento não farmacológico incluem as medidas de mudança de estilo de vida e adesão aos hábitos de vida saudáveis.

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 cliente.

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 da droga;
- Motivar o cliente para uso das medicações prescritas e mudanças de estilo de vida;
- Informar a importância do uso correto medicação;
- Esclarecer a importância de tomadas/doses diárias da medicação;
- Envolver familiares no tratamento – apoio contínuo do cliente.

2.2 DIABETES MELITO

O diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou, também, da impossibilidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos, condição conhecida como resistência à insulina. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas e associa-se a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro e vasos sanguíneos.

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.



2.2.1 Fatores de risco para Diabetes Melito

Modificáveis	Não Modificáveis
Obesidade-Sobrepeso - IMC >25	Idade superior a 45 anos
Obesidade central - circunferência abdominal	Antecedente familiar de diabetes (mãe ou pai)
Dislipidemia - HDL baixo e triglicérides elevados	Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos
Hipertensão Arterial	
Doença cardiovascular , cerebrovascular ou DVP	
Diabetes gestacional prévio (teste de rastreio 6 a 12 semanas após o parto), macrossomia e abortos de repetição	

OS TIPOS DE DIABETES MAIS FREQUENTES SÃO:

Tipo1:

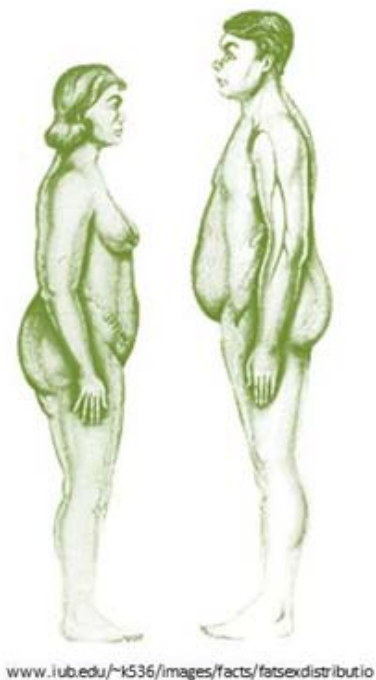
Ou diabetes infanto-juvenil, instável ou insulino dependente. Ocorre predominantemente em crianças e jovens, mas também pode ser observado menos frequentemente em pessoas adultas (início tardio de diabetes tipo 1 do adulto). Clientes com este tipo de diabetes necessitam ser tratados pelo uso diário de insulina exógena.



Tipo2:

Ou diabetes do adulto ou da maturidade, estável ou não insulino dependente.

Ocorre principalmente em adultos e particularmente em obesos. Além dos subtipos obesos e não obeso, existe outro pouco frequente denominado Tipo MODY "*Maturity Onset Diabetes of the Young*", que aparece em jovens antes dos 25 anos e tratável sem insulina por um período mínimo de 5 anos.



Outros tipos específicos:

- 1- Defeitos genéticos funcionais da célula beta
- 2- Defeitos genéticos na ação da insulina
- 3- Doenças do pâncreas exócrino
- 4- Outras endocrinopatias
- 5- Induzidos por fármacos e agentes químicos
- 6- Infecções
- 7- Outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes
- 8- Diabetes gestacional: aparece na gravidez, persistindo ou não após o parto

Proposta de utilização de escore de risco para Diabetes tipo 2

Aproximadamente dois terços dos casos de diabetes tipo 2 podem ser prevenidos, de modo que a utilização de escores para estimar o risco individual antes de qualquer alteração dos níveis da glicose sanguínea permite ações de saúde que interfiram nos fatores modificáveis de risco. Três quartos de mortes em pessoas vivendo com diabetes são causados por doença cardiovascular de modo que, a partir do conhecimento do risco individual, o potencial das intervenções que visam reduzir a morbidade e mortalidade é significativa.

Entre os diferentes escores de risco para o Diabetes tipo 2, este Protocolo recomenda a utilização do escore abaixo apresentado, que estima o risco de desenvolvimento de Diabetes tipo 2 em 10 anos; este é um instrumento de fácil compreensão e pode ser auto aplicado, sendo possível estimar o risco potencial de desenvolvimento do diabetes tipo 2 entre cinco possíveis grupos de risco (baixo, moderadamente elevado, moderado, alto e muito alto).

Recomenda-se que seja aplicado para identificar indivíduos com risco mais elevado para o desenvolvimento do diabetes e suas complicações, principalmente os indivíduos com 40 anos e mais, que apresentem dois ou mais fatores de risco cardiovascular (considerar faixa etária mais precoce para população negra).

Escore de risco para diabetes tipo 2

Indicador	Valor	Pontos atribuídos	
Idade	< 45 anos	0	
	45 – 54 anos	2	
	55 – 64 anos	3	
	> 64 anos	4	
Índice de Massa Corporal - IMC	< 25 kg/m ²	0	
	25 a 30 kg/m ²	1	
	> 30 kg/m ²	3	
Você pratica regularmente pelo menos 30 minutos de atividade física (no trabalho ou no lazer, incluindo as atividades da vida diária)?	Diariamente	0	
	Não	2	
Com qual frequência você come frutas, legumes e verduras?	Diariamente	0	
	Não diariamente	1	
Você já fez uso de medicação anti-hipertensiva regularmente?	Não	0	
	Sim	2	
Você já teve alteração da taxa de glicose no sangue diagnosticada (por exame de rotina, na gestação ou em outras situações)?	Não	0	
	Sim	5	
Circunferência abdominal (medida abaixo do arco costal, usualmente na linha do umbigo)	Homens	Menor que 94 cm	0
		94 cm – 102 cm	3
		Maior que 102 cm	4
	Mulheres	Menor que 80 cm	0
		80 cm – 88 cm	3
		Maior que 88 cm	4
Algum parente próximo ou outros parentes foram diagnosticados como portadores de diabetes?	Não	0	
	Sim – avós, tia, tio, primo em primeiro grau	3	
	Sim - pai ou mãe, irmão, irmã, filho.	5	
TOTAL DE PONTOS			

Fonte: Adaptado FINDRISC, 2003

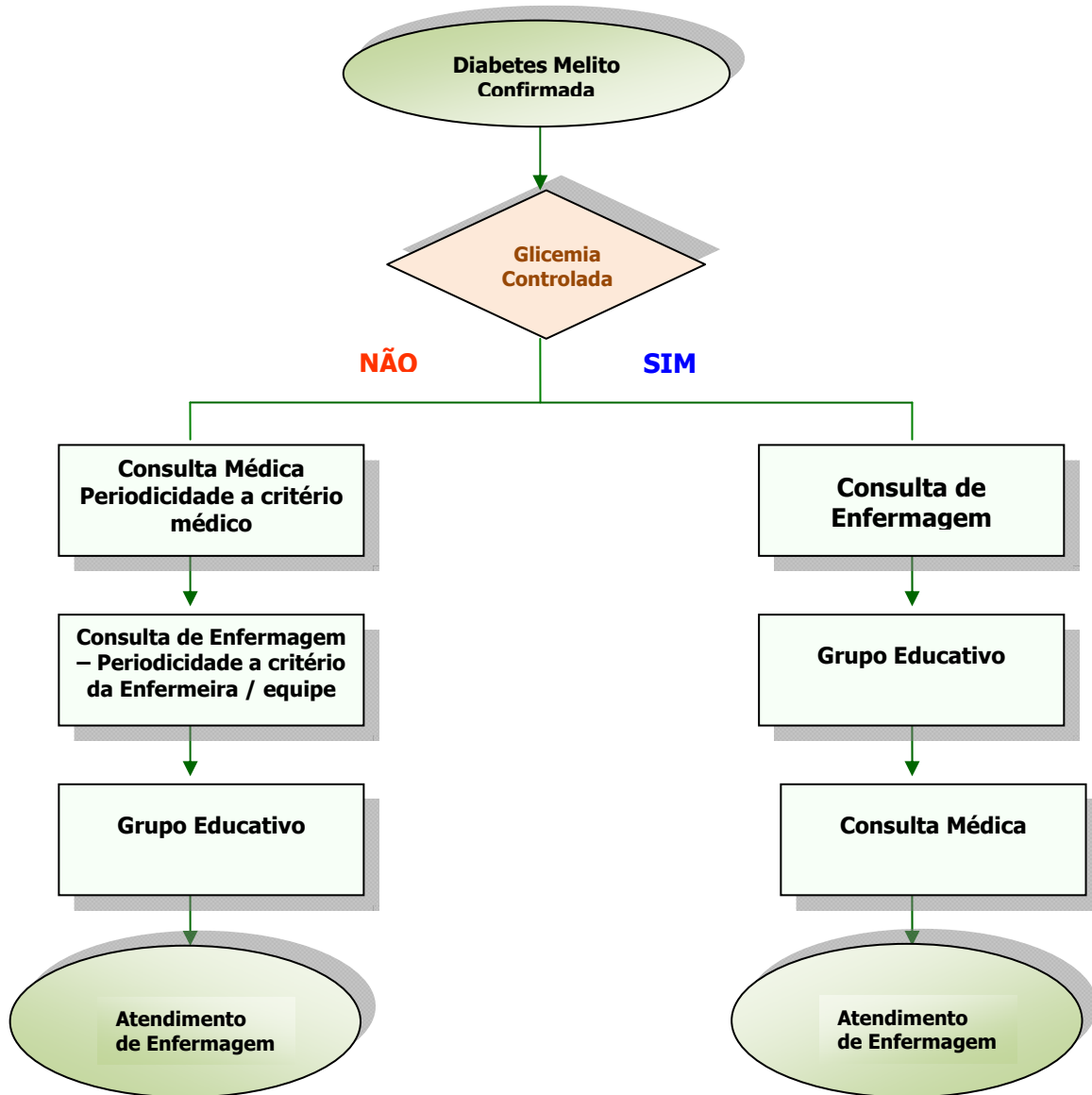
Recomendações de acompanhamento de acordo com a classificação de risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 em 10 anos

Soma de pontos	Risco do desenvolvimento do diabetes	Recomendação
<p>A orientação de manter os hábitos saudáveis de vida (não fumar, praticar atividade física regularmente, observar a manutenção do peso adequado e dieta saudável) deve ser mantida para todos os indivíduos, independente da pontuação no escore de risco para diabetes tipo 2.</p>		
< 7 pontos	Baixo	Avaliação médica de rotina ao menos uma vez ao ano.
7 a 11 pontos	Moderadamente elevado	Avaliação médica em período não superior a 6 meses.
12 a 14 pontos	Moderado	Avaliação médica em período não superior a 3 meses.
15 a 20 pontos	Alto	Avaliação médica em 30 a 60 dias.
>20 pontos	Muito alto	

Fonte: Adaptação FINDRISC

2.2.3 Fluxograma de Acompanhamento DM

Antes da avaliação do valor da glicemia, deverão ser considerados os fatores de risco presentes, o comprometimento de órgãos alvo e comorbidades existentes.



Obs.:

O atendimento de enfermagem é realizado pelo Auxiliar de Enfermagem para verificação da glicemia capilar prescrita pelo médico ou enfermeiro e orientações sobre o tratamento.

A periodicidade deve ser estabelecida pelo médico/enfermeiro da equipe.

O portador de diabetes não controlado deverá passar por consulta de enfermagem e a periodicidade depende da avaliação individual.

Rastreamento de Diabetes Mellito tipo 2

Está recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, não se aplicando a outros critérios como obesidade, história familiar nem faixa etária.

A prevalência do diabetes do tipo 2 está aumentando – aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem esse problema. O diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

É possível por meio do rastreamento da diabetes nas pessoas com elevação dos níveis pressóricos (acima de 135/80 mmHg) reduzir a incidência de mortalidade e dos eventos cardiovasculares, por meio de um rigoroso controle da pressão arterial.

Há evidência convincente de que, com o controle intensivo da glicemia em pessoas com diabetes clinicamente detectada (situação oposta ao detectado pelo rastreamento), pode-se reduzir a progressão dos danos microvasculares que ela proporciona. Contudo, os benefícios desse controle rigoroso da glicemia sobre os resultados clínicos dos danos microvasculares, tais como dano visual severo ou estágio final de doença renal, levam anos para se tornar aparentes. Assim, não existe evidência convincente de que o controle precoce da diabetes como consequência do rastreamento adicione benefício aos resultados clínicos microvasculares quando comparados com o início do tratamento na fase usual de diagnóstico clínico.

Ainda não se conseguiu provar que o controle rigoroso da glicemia reduz significativamente as complicações macrovasculares, tais como infarto do miocárdio e derrames. Encontrou-se evidência adequada de que os danos de curto prazo devido ao rastreamento da diabetes, como a ansiedade, são pequenos.

O efeito de longo prazo da rotulação e tratamento de uma grande parte da população como sendo diabética é desconhecido, porém é notório que o estigma da doença, a preocupação com as complicações conhecidas e a perda de confiança na própria saúde (Starfield, 2008), assim como a demanda por mais exames, podem trazer prejuízos à população e aos serviços de saúde.

Como realizar?

Por meio de glicemia de jejum de oito horas.

Como interpretar o resultado?

Pessoas com uma glicemia em jejum superiores a 126 mg/dl devem realizar confirmação do resultado com nova glicemia de jejum, para, dependendo do segundo resultado, serem diagnosticadas com Diabetes mellitus. A meta de tratamento para as pessoas diabéticas é alcançar uma hemoglobina glicosilada em torno de 7%. Geralmente, isso corresponde a uma glicemia de jejum menor que 140 mg/dL. Porém, conforme orientação descrita acima, o grande benefício do tratamento está em se manter um controle mais rigoroso dos níveis pressóricos, ou seja, uma pressão arterial menor ou igual a 135/80. Dessa forma, pode-se reduzir a morbimortalidade cardiovascular nesses clientes.

Caderno de Atenção Primária – Rastreamento – nº 29 – MS 2010

2.2.4 Consulta de Enfermagem DM

Primeira Consulta de Enfermagem

Coleta de dados/ Entrevista:

1.	Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e de trabalho
2.	Identificar Conhecimento sobre sua doença e os riscos que ela acarreta
3.	História atual e progressa: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; Sintomas de doença arterial coronária; Sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; Doenças vasculares encefálicas; Insuficiência vascular das extremidades; Doença renal; Gota; Diabetes Melito
4.	Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: Dislipidemia; Tabagismo; Sobrepeso e obesidade; Atividade sexual; Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC); Sedentarismo
5.	Antecedentes familiares: Acidente vascular encefálico; Doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); Morte prematura e súbita de familiares 1º. Grau
6.	Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade
7.	Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e cafeína
8.	Uso de medicamentos (anticoncepcionais, corticosteroides, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos e outros)
9.	Atividade física
10.	Condições de moradia

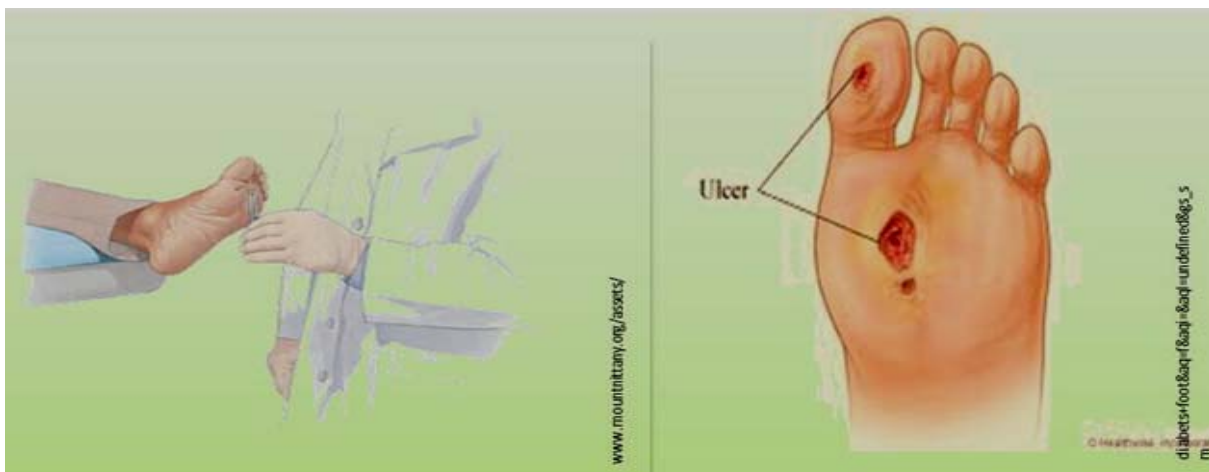


Coleta de Dados:

1.	O conhecimento do cliente em relação a doença
2.	Sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento), apresentação inicial, evolução estado atual, tempo de diagnóstico.
3.	Exames laboratoriais anteriores
4.	Padrões de alimentação, estado nutricional, evolução do peso corporal
5.	Tratamento(s) prévio(s) e resultados
6.	Prática de atividade física
7.	Intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia)
8.	Infeções de pés, pele, dentária e geniturinária
9.	Úlceras de extremidades, parestesias, distúrbios visuais
10.	Infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular encefálico (AVC) no passado
11.	Uso de medicações que alteram a glicemia
12.	Fatores de risco para aterosclerose, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar
13.	História familiar de DM ou outras endocrinopatias
14.	Histórico gestacional
15.	Passado cirúrgico

Exame físico

1.	Peso e altura: excesso de peso tem forte relação com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica
2.	Uma das formas de avaliação do peso é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC). Esse indicador deverá estar na maioria das pessoas entre 20 a 25Kg/m
3.	Palpação da tireoide
4.	Circunferência da cintura: técnica de medida: cliente em pé, sem roupa, fita métrica inelástica; medir entre o rebordo costal e crista ilíaca.
5.	Exame dos olhos e acuidade visual
6.	Exame da cavidade oral
7.	Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de MMII
8.	Exame dos pés: lesões cutâneas, estado das unhas, calos e deformidades
9.	Exame neurológico: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, tátil, vibratória e doloroso
10.	Medida de PA
11.	Avaliação do pé diabético



Deve ser avaliado

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

Diagnóstico 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). Sua descrição exige um pensamento crítico e profundo podendo ser registrado em até três partes:

- Nome da alteração encontrada;
- A causa que levou a esta alteração;
- E os sinais e sintomas que a define.

LUNA, 2011

Cuidados de Enfermagem

O que orientar

1. Oferecer ao cliente informações em relação a doenças e à prevenção das complicações
2. Estimular a adesão ao tratamento:
a. Estabelecendo objetivos/metas junto com o cliente;
b. Através do vínculo com o cliente e familiares;
c. Considerando e adequando crenças, hábitos e cultura do cliente;
d. Realizando visita domiciliar para sensibilizar os familiares na adesão ao tratamento;
e. Através de busca de faltosos;
f. Incentivando a participação do cliente e familiares em grupos educativos.

EXAMES

Laboratorial e Complementares

Os exames solicitados nas **consultas médicas** seguirão as orientações contidas no Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito Tipo 2 da Atenção Básica -2008.

Cuidados de Enfermagem Específicos

→ Prevenção das complicações

As complicações crônicas podem ser divididas em três grupos:

- Microangiopatia: retinopatia e nefropatia;
- Neuropatia: autonômica e/ou periférica;
- Macroangiopatia: aterosclerose coronariana, cerebral e periférica dos membros inferiores.

Dependerão do controle glicêmico e, por isso, torna-se de grande importância a realização dos exames anualmente e sensibilizar o cliente e os familiares quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Atenção para Tuberculose:

Há evidências que a prevalência de tuberculose é consideravelmente maior entre os afetados por diabetes do que na população geral, e mais frequente em clientes com controle inadequado. Em decorrência disto, a recomendação de identificar os indivíduos com tosse há mais de 2-3 semanas deve ser rigorosamente observada neste grupo de risco. Na prática, significa que a equipe de saúde deve estar preparada a perguntar sobre sintomas respiratórios em todas as consultas de rotina e, em caso de suspeita, dar seguimento à rotina estabelecida para investigação de tuberculose, de acordo com as orientações da Coordenação de Vigilância em Saúde.

2.2.5 Vacinação para o portador de Diabetes Mellito

Diabéticos são reconhecidamente propensos a apresentar complicações em decorrência de infecções virais e bacterianas, em especial quando há comprometimento do trato respiratório.

Algumas condições associadas ao diabetes (idade, existência de doença renal ou cardiovascular) são fatores significantes no aumento do risco de sequelas associadas a essas infecções.

Soma-se a isto um importante número de provas apontadas em diversos estudos, nos quais a vacinação de diabéticos com idade inferior a 60 anos reduz de forma significativa os coeficientes de morbimortalidade associada às infecções do trato respiratório.

Por isso, recomenda-se que os portadores de diabetes recebam os seguintes imunobiológicos:

→ contra influenza - anualmente, para todos os clientes > 6 meses de idade;

→ contra pneumococo - deve ser aplicado nos indivíduos com mais de 60 anos, pelo menos uma vez com reforço em 5 anos.

Outras indicações para reforço vacinal incluem a síndrome nefrótica, a doença renal crônica e o período pós-transplante.

Este calendário pode ser modificado conforme publicação – MS e SES-CVE As atualizações dos calendários são feitas em tempo real nos links:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf

http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf

2.2.6 Classificação do risco no pé do diabético, abordagem e seguimento clínico

A avaliação da sensibilidade plantar direciona as medidas preventivas e a frequência de monitoramento do portador de diabetes, sendo a base para a classificação de risco para amputações, devendo sempre ser realizada pelo enfermeiro nas consultas, conforme frequência apresentada abaixo.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PÉ DIABÉTICO		
RISCO	CATEGORIA	ACOMPANHAMENTO/FREQUÊNCIA
Neuropatia ausente	0	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Avaliação anual
Neuropatia presente, sem deformidades	1	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Uso de calçados adequados♦ Avaliação semestral
Neuropatia presente, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades presente.	2	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Uso de calçados adequados/especiais,♦ palmilhas órteses.♦ Avaliação trimestral
Úlcera / Amputação prévia	3	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Uso de calçados adequados/especiais, palmilhas, órteses.♦ Avaliação entre 1 a 3 meses

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético - 2001

Detalhes quanto à avaliação da sensibilidade dos pés e cuidados específicos estão contidos no Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético – SMS - 2010



www.carolinafootcare.com/diabetes.htm&uzg

Consulta de Enfermagem Subsequente: Avaliar metas estabelecidas em conjunto com o cliente

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

Orientações

O enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde atuam na sensibilização do cliente para intervir em fatores de riscos cardiovasculares associados à hipertensão como: tabagismo, obesidade, sedentarismo e dislipidemia. Cabem as devidas orientações e o estabelecimento de metas a serem alcançadas, junto ao cliente, para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Na terapêutica da obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e dislipidemia, as principais estratégias para o tratamento não farmacológico incluem as medidas de mudança de estilo de vida e adesão aos hábitos de vida saudáveis.

Orientação de nutrição para Diabéticos Adultos

A terapêutica de nutrição é parte básica do plano terapêutico do diabetes, e baseia-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável.

Recomendações gerais para diabéticos adultos:	
1.	Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia. Quando consumido, o limite é de 20 g a 30 g (três colheres rasas de sopa distribuídas ao longo do dia), de forma fracionada e substituindo outro carboidrato, para se evitar o aumento calórico.
2.	A recomendação não é encorajar o diabético a ingerir sacarose , mas auxiliá-lo a fazê-lo de modo a não trazer prejuízos para o bom controle metabólico.
3.	A ingestão de álcool deve ser intensamente desestimulada; quando consumido, deve ser moderada e de preferência com as refeições. Se o indivíduo opta por ingerir bebidas alcoólicas, deve fazê-lo no limite de uma dose para mulheres e duas para homens.
4.	Para reduzir o risco de hipoglicemia, bebidas alcoólicas devem ser consumidas com alimentos.
5.	Clientes com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico não devem ingerir bebidas alcoólicas.
6.	O uso de adoçantes é seguro quando consumido em quantidades adequadas. A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso sob limites seguros em termos de quantidade e, do ponto de vista qualitativo, sugere alterná-los periodicamente.
7.	Os alimentos dietéticos podem ser indicados, mas é preciso ficar atento ao seu conteúdo calórico e de nutrientes. Alimentos "diet" são isentos de sacarose quando destinados a diabéticos, mas podem ter valor calórico elevado, por seu teor de gorduras ou outros componentes.
8.	Os refrigerantes e as gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero e podem ser consumidos.
9.	Alimentos "light" têm redução de 25% no valor calórico ou em algum princípio nutritivo em relação aos alimentos convencionais.
10.	Adoçantes calóricos, como a frutose, devem ser usados com restrição, respeitando os limites indicados na orientação dietética. Os alimentos diet e light podem ser sugeridos em um plano alimentício, mas não utilizados de forma exclusiva.
11.	De outro lado, chocolate, sorvete, alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando "diet", são calóricos e seu uso não deve ser encorajado.
12.	Indivíduos hipertensos ou com problemas renais devem evitar os adoçantes com sacarina e ciclamato de sódio
13.	O consumo do sal de cozinha deve ser limitado a 5g/dia (1 colher rasa de chá). É recomendado o uso de temperos naturais em substituição aos condimentos industrializados.
14.	Manutenção de um peso "saudável" - cerca de 80% dos clientes recém-diagnosticados como diabéticos são obesos, e as providências para o controle de peso adquirem importância ainda maior. Alguns aspectos merecem destaque → A perda de peso é recomendada para todos os clientes com sobrepeso ou obesidade. É importante salientar que perdas modestas de peso da ordem de 5 a 10% trazem benefícios metabólicos significantes. Em indivíduos resistentes à insulina, uma redução na ingestão energética e perda moderada de peso melhoram a resistência à insulina e glicemia em curto prazo.
15.	O plano alimentício deve ser, preferentemente, fracionado em seis refeições, sendo três principais (café da manhã, almoço e jantar) e três lanches intermediários.
16.	Quanto à forma de preparo dos alimentos, dar preferência aos grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo crus.
17.	Devem ser respeitadas as preferências individuais e o poder aquisitivo do cliente e da família.

Orientações

Os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados, por indicação médica, quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso das medidas citadas no tratamento não medicamentoso.



→ O Enfermeiro deve orientar aos indivíduos que utilizam os antidiabéticos orais do grupo das sulfonilureias, quanto aos sinais e sintomas da hipoglicemia (cefaleia, náusea, fraqueza, fome, letargia, coordenação diminuída e principalmente visão distorcida).

→ Caso haja dúvidas entre a Hiper e a Hipo, orientar aos familiares e a equipe de enfermagem a atender o indivíduo como se fosse hipoglicemia, para evitar complicações neurológicas decorrentes da hipoglicemia não tratada.

→ Quanto ao modo de administração do medicamento, enfatizar que o ideal é que as sulfonilureias sejam administradas 30 minutos antes das refeições.

→ Considerar que quanto maior for a meia-vida plasmática dos agentes, maior a possibilidade de indução de hipoglicemia.

→ Alguns clientes diabéticos tipo 2 irão necessitar de terapia insulínica logo após o diagnóstico e muitos ao longo do tratamento.

2.2.7 AMG – 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 anotações no AMG-SIGA e para a retirada dos insumos.

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 a 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.

Obs.: Devem ser seguidas as orientações contidas na página eletrônica www.prefeitura.sp.gov.br/saude/programas.

Indicação de Monitoramento da Glicemia Capilar:

- Suspeita de Hipoglicemia ou Hiperglicemia com indicação do profissional técnico que avaliar
- Ajuste de dose terapêutica
- Pessoas inseridas no AMG por indicação médica

→ ORIENTAÇÃO - AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO

ALÉM DO CONTEÚDO PROPOSTO PARA OS GRUPOS DE USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES MELITO

Autocuidado em DM	<ul style="list-style-type: none"> → Conhecimento. → Habilidades. → Diminuir limitações. → Motivar para mudança de hábitos. → Sentimento de independência.
Automonitoramento glicêmico	<ul style="list-style-type: none"> → Objetivos. → Benefícios (imediatos e a longo prazo). → Utilidades práticas. → Acordado com o cliente, e não pode acontecer de forma isolada (projeto terapêutico). → Frequência - determinada individualmente. → Horários, valores e anotações afins. → Testes extras podem ser necessários. → Não permita ficar inativo.
Valores esperados	<ul style="list-style-type: none"> → Metas a serem alcançadas (individualizadas). → Oscilações da glicemia (alimentação, atividade física, medicamentos, estresse, doenças intercorrentes, ritmo circadiano, variações hormonais).
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> → Aparelho em comodato – termo de responsabilidade, reposição com BO. → Troca de baterias, cuidados e limpeza. → Conhecendo o aparelho e seus componentes, a lancetador e a tira (indicar manual disponível). → Seringas, agulhas e caixa coletora de perfurocortantes. → Cuidados no domicílio e retorno do material utilizado à unidade. → Em cada retorno à unidade, trazer o aparelho, o cartão de retorno, as anotações dos testes e a solicitação dos insumos assinada por seu médico.
Técnica para realização do teste → Seguindo sempre a orientação do fabricante	<ul style="list-style-type: none"> → Higienizar as mãos, secando-as bem (não é necessário uso do álcool). → No primeiro uso das tiras de cada caixa, inserir chip do lote no local indicado. → Insira a tira no local indicado do aparelho (feche imediatamente o frasco com as tiras). → Aguarde a imagem de a gotinha aparecer no visor do aparelho. → Lancetador - Insira a lanceta, de uso único, no local indicado, retire a proteção dela, coloque a tampa e regule o lancetador. → Pressione o fundo do lancetador até que o botão transparente no corpo dele fique amarelo Encoste o lancetador na lateral da ponta do dedo, rodiziando o local a cada teste, e pressione o botão amarelo. → Coloque a gota de sangue no local indicado sobre a tira. → Faça a leitura do valor, anote, acompanhado das condições gerais (alimentação, exercício físico, insulina, estresse, etc.). → Descarte a lanceta apertando o fundo do lancetador diretamente na caixa coletora, assim como a tira utilizada. → Analisar valor apontado para que sejam tomadas as medidas necessárias.

2.2.8 Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hipoglicemia

A hipoglicemia ocorre quando o valor glicêmico é inferior a 50 mg/dl (é necessário lembrar que não existe um consenso sobre o limiar de glicemia que delimita precisamente a hipoglicemia). Portanto, os sintomas descritos devem ser considerados apenas como referências para a sua detecção.

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

Tratamento

Nas hipoglicemias leves e moderadas
1. Verificar a glicemia: Se menor que 50 mg/dl ofertar um copo de 150 ml de suco de laranja natural, ou refrigerante comum, ou 1 colher de sopa de geleia comum, ou 1 colher sopa de açúcar em copo de água
2. Esperar 15 minutos e verificar novamente a glicemia ou a regressão dos sintomas
3. Se a glicemia continuar menor que 50 mg/dl ou persistirem os sintomas, repetir tratamento
4. Após o desaparecimento dos sintomas fazer um pequeno lanche (uma fatia de queijo com 4 biscoitos ou 1 copo de leite integral e meio sanduíche)
Nas hipoglicemias severas ou graves: Seguir prescrição médica.

Prevenção

1. Orientar a alimentar-se em quantidades adequadas e em horários regulares, conforme recomendado
2. Orientar monitorização, de 3 a 4 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 clientes 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.

2.2.9 Reconhecimento, Tratamento e Prevenção de Hiperglicemia

A hiperglicemia ocorre quando o valor glicêmico é superior a 200 mg/dl.

Causas de Hiperglicemia

1.	Excesso de alimentação
2.	Inatividade física ou redução na atividade física habitual
3.	Quantidade insuficiente de insulina, esquecimento da aplicação, aplicação em local incorreto ou uso de insulina vencida
4.	Prática de exercício físico com glicemia elevada e presença de cetonúria
5.	Estresse emocional intenso
6.	Uso de drogas hiperglicemiantes
7.	Presença de doenças febris e traumáticas agudas

Sinais e Sintomas de Hiperglicemia

• polidipsia	• Náusea e vômito
• xerostomia	• Respiração rápida e profunda
• poliúria	• Cefaleia
• Hálito cetônico	• Visão turva
• Dor abdominal	• Fadiga
• Rubor facial	• Alteração do humor
• Perda de peso	• Sonolência e prostração



Tratamento

1. Verificar a glicemia capilar e, se maior de 200 mg/dl
→ Realizar orientações de enfermagem.
→ Encaminhar para atendimento médico.
2. Orientações de Enfermagem
→ Plano alimentar.
→ Uso correto da medicação prescrita.
→ Atividade física.
→ Ingerir pequenas quantidades de água a cada 20 a 30 minutos.

Prevenção

1.	Incentivar a participação do cliente e familiares nos grupos educativos.
2.	Visita domiciliar mensal do ACS para orientações.
3.	Estimular a participação nos grupos de caminhada/ prática de exercícios físicos/ Lian Gong e outros.
4.	Planejar com o cliente uma alimentação adequada.

2.2.10 Técnica de Aplicação de Insulina

1.	Lave e seque bem as mãos.	
2.	Separe a seringa de insulina e algodão embebido em álcool.	
3.	Separe o medicamento e certifique-se de ser mesmo o produto a ser utilizado nome, tipo, validade, etc.	
4.	Homogeneíze a insulina, mantendo o frasco de insulina entre as duas mãos, fazer movimentos de rotação (rolando o frasco entre as mãos), sem fazer espuma, de 10 a 20 vezes. Nunca agite o frasco rapidamente.	
5.	Apoiar o frasco em superfície plana. Esfregar bem a tampa de borracha do frasco com algodão embebido em álcool a 70%. Espere secar.	
6.	Pegue a seringa, retire o protetor branco do êmbolo, se houver. Puxe o êmbolo até a marca da escala que indica a quantidade de insulina que irá injetar (faça isso com a agulha protegida).	
7.	Tire o protetor da agulha. Introduzir essa quantidade de ar dentro do frasco, pressionando o êmbolo da seringa.	
8.	Não retire a agulha e inverta o frasco de insulina, virando-o de boca para baixo. Puxe o êmbolo lentamente até a marca da escala que indica a quantidade de insulina que irá utilizar.	
9.	Se houver bolhas de ar na seringa, elimine-as batendo levemente com o dedo na parte onde elas se encontram. Quando as bolhas atingirem o bico da seringa, empurre o êmbolo para que elas voltem no frasco de insulina. Repita isso até que todas as bolhas desapareçam.	
10.	Utilizando agulhas 13 x 4,5 mm, faça a prega cutânea, pressionando entre os dedos polegar e indicador uma camada de pele e gordura de mais ou menos 5 cm.	
11.	Limpe o local a ser aplicado com algodão embebido em álcool e espere secar.	
12.	Faça a prega cutânea, preferencialmente com os dedos polegar e indicador. Introduza a agulha em ângulo de 90°, solte a prega (antes de iniciar a aplicação observar se não reflui sangue) e inicie aplicação. <i>Obs.:</i> No caso de refluxo sanguíneo, retirar e preparar a insulina novamente. Atenção: Em pessoas muito magras ou crianças, a aplicação poderá ser realizada no ângulo de 45° para evitar que atinja o músculo. Aguarde de dez a vinte segundos, ainda com a agulha na pele, para garantir que toda a insulina foi aplicada.	
13.	Retire a agulha e passe um algodão com álcool sobre o local.	
14.	Após aplicar, coloque a seringa ou agulha no coletor de materiais perfurocortantes.	

Técnica de preparo de dois tipos de insulina na mesma seringa

1.	Atenção para os 5 primeiros passos da orientação anterior
2.	Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita
3.	Injetar o ar no frasco de insulina NPH. Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina
4.	Aspirar o ar até a graduação correspondente à dose de insulina R
5.	Injetar o ar no frasco de insulina R, virar o frasco e aspirar a insulina R correspondente à dose prescrita
6.	Retornar o frasco de insulina R para a posição inicial e retirar a agulha
7.	Posicionar de cabeça para baixo o frasco de insulina NPH, pegar a seringa que já está com a insulina R, introduzir a agulha e aspirar a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas
8.	Retornar o frasco para a posição
9.	Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação

Aplicabilidade / Ação das Insulinas

De acordo com a Portaria MS nº 2.583 de 10 de outubro de 2007 as insulinas disponibilizadas pelo SUS são:

APLICABILIDADE / AÇÃO DA INSULINA				
INSULINA	Tipo de ação	Início de ação	Pico de ação	Duração da ação
REGULAR	Rápida	30 a 60 minutos	2 a 4 horas	6 a 8 horas
NPH	Intermediária	1 a 2 horas	5 a 8 horas	13 a 18 horas

Conservação da insulina

A insulina é um produto de boa estabilidade, que preserva sua ação biológica por dois anos a partir da data de fabricação, desde que adequadamente conservada. A insulina é sensível à luz direta e às temperaturas muito altas ou muito baixas.

1 – Recomendações quanto à temperatura

- Frascos em reserva devem ser armazenados em geladeira (entre 2 e 8 °C). A insulina não deve ser congelada. Quando congelada e posteriormente descongelada, não tem atividade biológica previsível. Seu uso é contra indicado.
- O frasco em uso pode ficar fora da geladeira em local fresco por até 30 dias.
- Frascos abertos podem ser mantidos em refrigerador por 3 meses sem prejuízo da potência da insulina.
- Evitar expor os frascos à luz do sol, pois a insulina pode sofrer degradação.

2 – Recomendações quanto ao transporte

- Durante o transporte de curta duração, o frasco aberto ou em reserva de insulina podem ser mantidos em condições não refrigeradas, desde que não expostos ao calor excessivo. Nunca deixar a insulina exposta ao sol;
- Durante o transporte de longa duração, frascos de insulina em reserva deverão ser retirados da geladeira e conservados em recipiente de isopor sem gelo, recolocar a insulina na geladeira logo que chegar ao destino. Lembre-se: a insulina pode ficar inativa após contato com o gelo;
- Durante viagens, além dos cuidados já citados, mantenha a insulina, assim como todo o material para a aplicação, na bagagem de mão.

2.3 DISLIPIDEMIA

A aterosclerose é doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDL – colesterol em indivíduos sob risco diminui a morbimortalidade relacionada à aterosclerose coronariana.

Classificação Laboratorial

A. Hipercolesterolemia isolada: aumento do colesterol total.
B. Hiperlipidemia mista: aumento do colesterol total – CT e triglicérides –TG.
C. Diminuição do HDL: isolada ou em associação com aumento do LDL e/ou triglicérides.

Classificação

1. Dislipidemias primárias: origem genética.
2. Dislipidemias secundárias a doenças: causadas por outras doenças como: hipotireoidismo, diabetes mellitus tipo 2, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, etc.
3. Dislipidemias secundárias a medicamentos: as dislipidemias geralmente ocorrem em associação com outros fatores de risco que requerem tratamento, como a hipertensão. Alguns agentes anti-hipertensivos comuns podem causar efeitos adversos nos níveis séricos lipídicos.
4. Dislipidemias secundárias a hábitos de vida inadequados: causadas por tabagismo, etilismo, ingestão de alimentos ricos em colesterol e/ou gordura saturada (queijo, manteiga, miúdos, creme de leite, salame, presunto, biscoitos amanteigados, etc.).

Observações para uma amostra laboratorial de qualidade

1. A padronização para a coleta recomenda jejum de 12 horas. Intervalos maiores ou menores podem interferir nos resultados.
2. Manter a alimentação habitual pelo menos por uma semana.
3. Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas na véspera.
4. Não praticar exercício físico imediatamente antes da coleta.
5. Evitar a coleta no período das 3 semanas seguintes a uma enfermidade leve ou nos 3 meses após doença grave clínica (inclusive infarto agudo do miocárdio complicado), ou cirúrgica.
6. Identificar eventual uso de medicamentos que possam alterar o perfil lipídico.

Tratamento não farmacológico

As dislipidemias – Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia com HDL – colesterol baixo são importantes fatores de risco cardiovascular, sendo a base do controle representada por mudanças dietéticas, com redução do consumo de gordura e substituição parcial das gorduras saturadas por mono e poli-insaturadas e redução da ingestão diária de colesterol, além da adoção de hábitos de vida saudáveis.

Tratamento medicamentoso

Os medicamentos devem ser empregados por indicação médica, quando não se tiver atingido os níveis lipídicos desejáveis após o uso das medidas citadas no tratamento não medicamentoso.

2.4 METAS DO CONTROLE CLÍNICO PARA DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E DISLIPIDÊMICOS

A evolução do diabetes e da hipertensão arterial é sabidamente marcada pelo surgimento de agravos, sendo consensual que o controle intensivo do quadro clínico pode reduzir o aparecimento e a velocidade de instalação dessas complicações. Desse modo, o acompanhamento na Atenção Básica deve ser centrado no cliente, enfatizando a educação em saúde, a assistência multiprofissional, o autocuidado e a promoção da qualidade de vida.

O estabelecimento de metas é parte indispensável do plano terapêutico individual e deve ser traçado junto ao cliente.

Controle glicêmico

1.	Glicemia de jejum: <100 mg/dl
2.	Glicemia pós-prandial: (1 a 2 horas depois do início da refeição): < 140 mg/dl tolerável até 160 mg/dl.
3.	Hemoglobina Glicada (H1bA1c): ideal manter <7% em adultos e <8% em idosos. As metas devem ser individualizadas de acordo com: duração do diabetes, idade/expectativa de vida, comorbidades, doença cardiovascular, complicações microvasculares, hipoglicemia não percebida.
4.	<p>Circunferência abdominal (ver Manual de Normas e Rotina, 2012): A I Diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica recomenda: Meta de Corte</p> <ul style="list-style-type: none"> → Mulheres com circunferência abdominal ≥ 88 cm → Homens com circunferência abdominal ≥ 102 cm <p>Obs.: Para Mulheres que tenham circunferência abdominal entre 80-88 cm e Homens entre 94 -102 cm, uma monitorização mais frequente dos fatores de risco para doenças coronarianas</p>
5.	<p>Pressão Arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hipertensos nos estádios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio: < 140 x 90 mm Hg; – hipertensos limítrofes com risco cardiovascular alto: < 130 x 85 mm Hg; – hipertensos limítrofes com risco cardiovascular muito alto: < 130 x 80 mm Hg – hipertensos com nefropatia e proteinúria > 1,0g/L: < 120 x 75 mm Hg <p>Se houver tolerância, recomenda-se atingir valores de pressão arterial menores que as metas mínimas, alcançando, se possível, os graus de pressão arterial aceitos como ótimos (\leq 120/80 mm Hg). Considerar os afetados por diabetes como sendo de risco cardiovascular alto para efeito de estabelecimento de metas de controle da pressão arterial.</p>



Adaptado de:

Fonte: Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellito tipo 2 na Atenção Básica – 2007

Fonte: Algoritmo para o tratamento do Diabetes tipo 2 – Posicionamento Oficial SBD nº3 -2011

Valores de LDL – C e COLESTEROL não HDL de acordo com a classificação de risco			
Classificação de risco		Meta primária (LDL-C)	meta secundária (colesterol não HDL)
1- baixo risco	< 10%	<160	<190
2 - Risco médio	10% a 20%	<130	<160
3 - Risco alto ou diabetes	> 20%	<100	<130
4- Aterosclerose manifesta	>20%	<70%	<100

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007

Recomenda-se, nas situações de baixo risco e risco médio, a orientação de adoção de hábitos de vida saudáveis (nutrição adequada, regularidade na prática de exercícios, interrupção do uso de álcool e do tabaco) por cerca de 90 dias. Depois desse período, se o LDL-C se mantiver em valores \geq 160 mg/dL para o baixo risco, e \geq 130 mg/dL para o risco médio, deve-se associar às providências não-farmacológicas a terapêutica farmacológica.

Nas situações de risco alto, nos diabéticos e nos clientes com aterosclerose manifesta (com manifestações coronarianas e não coronarianas), recomenda-se a instituição da terapêutica farmacológica concomitantemente às mudanças de hábito de vida.

Fonte: Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellito tipo 2 na Atenção Básica- 2008

2.5 Programa Remédio em Casa

O **Programa Remédio em Casa (PRC)** consiste na entrega domiciliar de medicamentos em quantidades suficientes para o período de 90 dias para portadores de doenças/ patologias crônicas; estáveis e controlados clinicamente; em acompanhamento nas Unidades de Saúde.

Objetivo

Garantir aos portadores de diabetes e hipertensão arterial, que estejam em acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, o acesso mais efetivo aos fármacos, por meio de remessa postal para o domicílio além de organizar o atendimento contínuo destes.

Cabe ao enfermeiro, em conjunto com a equipe multiprofissional, realizar ação intermediária prevista para 90 dias, que é acompanhamento realizado de forma individual ou preferencialmente em grupo para identificação de possíveis problemas e principalmente para esclarecimento de dúvidas do cliente, orientações quanto à necessidade de mudança de estilo de vida e checagem da regularidade da entrega anterior. Ocasão em que serão realizadas as verificações de pressão arterial, glicemia capilar e peso corporal, seguindo instruções contidas no Boletim Informativo Nº 07 do **Programa Remédio em Casa** disponibilizado na página eletrônica de SMS – PRC (ANEXO 04).



3

**CÂNCER
DE PRÓSTATA**

3. CÂNCER DE PRÓSTATA – PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE



À Atenção Básica cabe realizar ações contínuas que levem à conscientização da população quanto à promoção à saúde e aos fatores de risco de câncer, sensibilizar a população masculina para a adoção de hábitos saudáveis de vida (dieta rica em fibras e frutas e pobre em gordura animal, atividade física e controle do peso) como uma ação de prevenção de câncer; a promoção da detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e viabilização do acesso a um tratamento equitativo e de qualidade.

A decisão de submeter-se ou não ao rastreamento deve ser do homem, após o devido esclarecimento, com apoio da equipe de saúde, e a decisão anotada em prontuário (ver orientações sobre rastreamento de Câncer de Próstata conforme o Caderno de Atenção Primária nº 29 – MS 2010).

Há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas, e ainda, ressaltar que há de se cuidar da qualidade de vida dos clientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

Ao enfermeiro caberá orientar a população masculina quanto à promoção de saúde e prevenção da doença e o incentivo permanente, desmistificando preconceitos e medos, que a impedem de realizar o exame de toque retal rotineiramente.

3.1 FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA

1. Idade superior a 50 anos
2. História familiar de pai ou irmão com CA próstata antes dos 60 anos
3. Dieta pobre em fibras e frutas
4. Dieta rica em gordura animal
5. Falta de atividade física
6. Não controle do peso
7. Tabagismo e consumo excessivo de álcool

3.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. Orientar – Avaliação médica anual
2. Orientar clientela para a adoção de hábitos de vida saudáveis

3.3 RASTREAMENTO DE CÂNCER DA PRÓSTATA

Por que não recomendar

O câncer de próstata é a segunda causa mais comum de morte por câncer entre os homens no Brasil, representando aproximadamente 1% dos óbitos masculinos, com uma taxa anual de 12 óbitos por 100.000 homens. Esse câncer é raro antes dos 50 anos e a incidência aumenta com a idade.

A história natural do câncer da próstata não é compreendida na sua totalidade. Essa não é uma doença única, mas um espectro de doenças, variando desde tumores muito agressivos àqueles de crescimento lento que podem não causar sintomas ou a morte. Muitos homens com a doença menos agressiva tendem a morrer com o câncer em vez de morrer do câncer, mas nem sempre é possível dizer, no momento do diagnóstico, quais tumores são agressivos e quais são de crescimento lento (SCHWARTZ, 2005; USPSTF, 2008).

Recentemente, há bastante interesse da mídia sobre essa doença, assim como um grande apelo para a introdução de um programa nacional para rastreamento de câncer de próstata. Entretanto, há muitas incertezas em torno do teste do antígeno prostático específico (PSA, na sigla em inglês), do diagnóstico e do tratamento do câncer de próstata detectado em homens assintomáticos. Atualmente, não há evidências concretas de que os benefícios de um programa de rastreamento para esse câncer seriam maiores do que os prejuízos (ILIC, 2007).

O teste de PSA pode identificar o câncer de próstata localizado. Porém existem limitações que dificultam a sua utilização como marcador desse câncer (WATSON, 2002). Suas principais limitações são:

- O PSA é tecido-específico, mas não tumor-específico. Logo, outras condições como o aumento benigno da próstata, prostatite e infecções do trato urinário inferior podem elevar o nível de PSA. Cerca de 2/3 dos homens com PSA elevado NÃO têm câncer de próstata detectado na biópsia;
- Até 20% de todos os homens com câncer de próstata clinicamente significativo têm PSA normal;
- O valor preditivo positivo desse teste está em torno de 33%, o que significa que 67% dos homens com PSA positivo serão submetidos desnecessariamente à biópsia para confirmação do diagnóstico;
- O teste de PSA leva à identificação de cânceres de próstata que não teriam se tornado clinicamente evidentes durante a vida do cliente. O teste de PSA não vai, por si só, distinguir entre tumores agressivos que estejam em fase inicial (e que se desenvolverão rapidamente) e aqueles que não são agressivos.

As diversas agências internacionais de avaliação de tecnologias em saúde referem que os estudos até o momento demonstram que a realização do teste do PSA em homens assintomáticos (rastreamento) leva ao excesso de diagnósticos de câncer de próstata nos grupos rastreados. Elas também destacam que, além de não abordarem questões importantes como a qualidade de vida e o custo, os estudos também não conseguiram demonstrar impacto na mortalidade por câncer da próstata no grupo rastreado (SCHERSTEN, 1999; ILIC, 2007; USPSTF, 2008).

A posição da Organização Mundial de Saúde no tocante ao câncer de próstata é que os principais obstáculos para a implantação de um programa de rastreamento efetivo são a maior frequência de tumores latentes com o aumento da idade (estudos de autópsias indicam prevalência de câncer de próstata histologicamente identificado em 20% de homens com 50 anos de idade e 43% em homens com 80 anos), e uma morbimortalidade significativa relacionada aos procedimentos utilizados até o momento para tratar o câncer de próstata.

Recentemente, os dois maiores ensaios clínicos em andamento sobre o rastreamento de câncer da próstata (*European Study of Screening for Prostate Cancer – ERSPC* e o *Prostate, Lung, Colorectal and Ovary – PLCO*) divulgaram resultados parciais conflitantes. No PLCO, após sete anos de acompanhamento, observou-se aumento de 22% no índice de diagnósticos realizados, mas não houve redução da taxa de mortalidade por câncer da próstata no grupo rastreado (ANDRIOLE, 2009). Já os resultados do ERSPC apontam redução de 20% na taxa de mortalidade por câncer de próstata no grupo rastreado (redução de sete mortes por esse câncer a cada 10.000 homens rastreados). Pesquisadores referem que diferenças no ponto de corte na dosagem do PSA, desenho dos estudos e diferenças raciais possam explicar os diferentes resultados.

Em consonância com as evidências científicas disponíveis e as recomendações da OMS, a organização de ações de rastreamento para o câncer da próstata não é recomendada.

Homens que demandem espontaneamente a realização do exame de rastreamento devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática e posteriormente definirem em conjunto com a equipe de saúde pela realização ou não do rastreamento. Esse tema também foi tratado na seção Dilemas e Incertezas da Prática Clínica.

4

**DOENÇAS
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

4. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas DST quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito.

Os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV às unidades de referência.

As ações na área da prevenção ao HIV e outras DST, entendidas como estratégias para o enfrentamento e controle desses agravos, preveem a ampliação do acesso da população à informação qualificada e aos insumos de prevenção. Sabendo que não é possível transformar comportamentos e práticas em curto espaço de tempo, é fundamental estabelecer um processo de educação permanente que ajude as pessoas a se reconhecerem como responsáveis pela promoção de sua saúde.

No campo das DST/HIV/aids aprendemos que a discussão de temas como cidadania, relação de gênero, sexualidade, uso de drogas, etnia e direitos humanos favorecem a construção de valores e atitudes saudáveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

As ações de prevenção realizadas pelos profissionais da atenção básica, seja na comunidade ou na unidade de saúde, impactam na prevenção e controle dessas doenças, uma vez que estes estarão promovendo maior acesso e adesão das pessoas aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, bem como possibilitando diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos casos.

4.1 As ações da Atenção Básica devem incluir:

a.	Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção das doenças.
b.	Aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência.
c.	Diagnóstico precoce das DST, infecção pelo HIV, hepatites e HTLV.
d.	Tratamento adequado da grande maioria das DST.
e.	Encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto.
f.	Prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV.
g.	Manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.

É fundamental que a organização dos serviços de saúde promova um melhor acesso àqueles que buscam o serviço e que cada profissional incorpore em sua rotina a preocupação de identificar os clientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e resolutivo.

Também se faz necessário o desenvolvimento de ações na comunidade que promovam o aumento da percepção de risco para esses agravos, além de estimular a adoção de práticas seguras para a saúde.

O protocolo específico da Abordagem Sindrômica das DST instrumentaliza as UBS, permitindo realizar durante a primeira consulta do indivíduo, nesse nível de atenção, aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados para cerca de 90-92% das DST.

4.2 ACONSELHAMENTO

Toda a equipe da Atenção Básica deve compreender o processo de aconselhamento, de forma que ele não se reduza a um único encontro entre o profissional de saúde e o cliente. O aconselhamento deverá ser desenvolvido em vários momentos, e ser estendido a grupos. Tanto a dinâmica grupal quanto a individual devem favorecer a percepção pela pessoa de sua vulnerabilidade, a partir do reconhecimento do que sabe e sente e do estímulo à sua participação nos atendimentos subsequentes.

Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids.

Ao enfermeiro caberá o aconselhamento aos clientes e a oferta dos exames de sorologia para Hepatites B e C, Sífilis e HIV.

Para os resultados da sorologia para Hepatites B e C, o enfermeiro realizará a interpretação dos marcadores e, quando necessário, encaminhará para avaliação médica na unidade.

5

**OUTROS
AGRAVOS**

5. OUTROS AGRAVOS

5.1 Escabiose

Doença de pele produzida pela penetração de um ácaro parasita, que provoca irritação e formação de vesículas e/ou pústulas e prurido intenso.

Cuidados de Enfermagem

Orientar:

- | |
|---|
| a. Que a transmissão se dá por contato pessoal, sendo ocasionada por roupas ou objetos de uso pessoal; |
| b. Lavar sempre as roupas de cama e de uso pessoal e passá-las a ferro ou expô-las ao sol por várias horas; |
| c. Tratamento conforme prescrição médica |

Prevenção na família e ou grupo social

- | |
|--|
| a. Observar semelhanças nos sinais e sintomas dos demais componentes do grupo familiar e/ou social |
| b. Alertar frente a possibilidade de ser o mesmo diagnóstico e a necessidade de tratamento |

5.2 Pediculose

A pediculose é uma doença parasitária, causada pelo *Pediculus humanus var. capitis*, vulgarmente chamado de piolho.

O achado comum que fecha o diagnóstico além da presença do *Pediculus humanus* "piolho" é também a presença das lêndeas (ovos de cor esbranquiçada) depositadas pelas fêmeas nos fios de cabelo.

A doença tem como característica principal a coceira intensa no couro cabeludo. Com o ato de coçar as lesões pode ocorrer a infecção secundária por bactérias, levando inclusive ao surgimento de gânglios no pescoço.

Cuidados de Enfermagem

Orientar:

- | |
|---|
| a. Hábitos adequados de higiene; |
| b. Lavar os cabelos pela manhã, secar bem com uma toalha, aplicar uma solução de vinagre morno diluído em partes iguais de água (1:1), deixar agir por 20 a 30 minutos e pentear os cabelos com pente fino, com o objetivo de remover as lêndeas manualmente; |
| c. Lavar as roupas de uso pessoal e de cama, além de escovas, chapéus e bonés; |
| d. Investigar outros casos no núcleo familiar e social e, se for necessário, tratá-los. |

Prescrição Medicamentosa

Pediculose do couro cabeludo

Permetrina 1% (loção capilar): orientar lavar o cabelo com o xampu de uso habitual, enxaguar bem e secar com toalha.

Com o cabelo ainda úmido, aplicar toda a solução de permetrina 1%, de modo a encharcar todo o cabelo e o couro cabeludo, especialmente na nuca e atrás das orelhas. Deixar agir por 10 minutos, enxaguar abundantemente com água morna e retirar as lêndeas com pente fino. Repetir a aplicação após uma semana.

5.3 – Parasitose Intestinal

As parasitoses intestinais se apresentam como importante problema de saúde pública e sua ocorrência refletem as desigualdades no desenvolvimento socioeconômico e as diferenças nas condições de vida da população. As precárias condições de habitação e do saneamento básico favorecem as infecções, inclusive as parasitárias.

Ao enfermeiro caberá, sobretudo, a educação em saúde para a prevenção do agravo, assim como a solicitação de exame laboratorial específico e a prescrição medicamentosa.

Tratamento Medicamentoso

Parasitose	Medicamento	Dose	Duração	OBSERVAÇÃO
Ascaridíase Ancilostomíase	Albendazol	400 mg/dia - via oral	Dose única	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Tricuríase	Albendazol	400 mg/dia - via oral a cada 24 horas	3 dias	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Enterobíase ou Oxiuríase (no tratamento com qualquer uma das medicações - repetir o tratamento após 2 semanas)	Albendazol	400 mg/dia - via oral	Dose única	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Teníase	Albendazol	400 mg/dia - via oral a cada 24 horas	3 dias	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Giardíase	Metronidazol	400 mg/dia - via oral / 3 vezes ao dia	Durante 5 a 7 dias	Administrar com 1 copo d'água durante ou após as refeições Não ingerir bebidas alcoólicas.
	Albendazol	400 mg/dia - via oral	Durante 5 dias	
Amebíase	Metronidazol	750 mg/dose - via oral - 3 vezes ao dia	Para quadros leves e moderados - 5 dias. Para quadros graves - 10 dias	Administrar com 1 copo d'água durante ou após as refeições Não ingerir bebidas alcoólicas.

Fonte – Documento de Atualização dos Protocolos de Enfermagem – SMS - 2007

ANEXOS

Anexo 1 Escore de Framingham: Nos indivíduos sem doença aterosclerótica manifesta, o escore de Framingham é um entre os vários instrumentos que permite a estratificação do risco de evento cardiovascular em 10 anos, o qual pode ser classificado como baixo (probabilidade < 10%), médio (probabilidade entre 10% e 20%) ou alto (probabilidade > 20% .

ESCORE DE FRAMINGHAM											
Estimativa de Risco Cardiovascular em 10 anos para HOMENS					Estimativa de Risco Cardiovascular em 10 anos para Mulheres						
Idade	Pontos	Idade	Pontos		Idade	Pontos	Idade	Pontos			
20-34	-9	55-59	8		20-34	-7	55-59	8			
35-39	-4	60-64	10		35-39	-3	60-64	10			
40-44	0	65-69	11		40-44	0	65-69	12			
45-49	3	70-74	12		45-49	3	70-74	14			
50-54	6	75-79	13		50-54	6	75-79	16			
PONTOS					PONTOS						
Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
< 160	0	0	0	0	0	< 160	0	0	0	0	0
160 -199	4	3	2	1	0	160 -199	4	3	2	1	1
200 -239	7	5	3	1	0	200 -239	8	6	4	2	1
240 -279	9	6	4	2	1	240 -279	11	9	5	3	2
> 280	11	9	5	3	1	> 280	13	10	7	4	2
PONTOS					PONTOS						
	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79		Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
Não Fumante	0	0	0	0	0	Não Fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	5	3	1	1	Fumante	9	7	4	2	1
HDL (mg/dl) - PONTOS					HDL (mg/dl) - PONTOS						
		> 60	-1					> 60	-1		
		50-59	0					50-59	0		
		40-49	1					40-49	1		
		< 40	2					< 40	2		
PA Sistólica (mmHg)	Não Tratada		Tratada			PA Sistólica (mmHg)	Não Tratada		Tratada		
< 120		0		0		< 120		0		0	
120 -129		0		1		120 -129		1		3	
130 -139		1		2		130 -139		2		4	
140 -159		1		2		140 -159		3		5	
> 160		2		3		> 160		4		6	
Total de Pontos	% Risco em 10anos	Total de Pontos	% Risco em 10 anos		Total de Pontos	% Risco em 10anos	Total de Pontos	% Risco em 10 anos			
< 0	< 1	9	5		< 9	< 1	17	5			
0	1	10	6		9	1	18	6			
1	1	11	8		10	1	19	8			
2	1	12	10		11	1	20	11			
3	1	13	12		12	1	21	14			
4	1	14	16		13	2	22	17			
5	2	15	20		14	2	23	22			
6	2	16	25		15	3	24	27			
7	3	> 17	> 30		16	4	>25	>30			
8	4										

Fonte: National Institutes of Health, 2002

ANEXO 2

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTILIPEMIANTES

FÁRMACO SINVASTATINA*

CUIDADOS

Aconselhar o paciente a informar tão logo apareçam sintomas musculares sem causa aparente, o que motivará avaliação médica. Orientar usuário a comunicar ao perceber qualquer efeito adverso – miopatia, rabdomiólise, hepatotoxicidade, elevação de creatinina cinase, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, distúrbios psiquiátricos, sinfome de perna inquietas, distúrbios visuais, infecção respiratória alta, hipotensão, alopecia, exantema e disfunção sexual. Em caso de gravidez, suspender de pronto a sinvastatina e comunicar o médico. Lactação: A sinvastatina está contraindicada. A mudança do estilo de vida é imprescindível no tratamento (redução na ingestão de alimentos com colesterol e gorduras saturadas, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, não consumo de bebidas alcoólicas, tratamento adequado da hipertensão e obesidade)
Orientar à tomada da medicação à noite e em caso de esquecimento de uma dose, usar assim que lembrar, exceto se perto do horário da próxima dose. Nunca usar duas doses juntas.

ANTITIREOIDIANO

FÁRMACO LEVOTIROXINA

CUIDADOS

Orientar usuários quanto aos sintomas do hipertireoidismo: angina, arritmias cardíacas, palpitações, taquicardia, vômitos, diarreia, tremores, excitabilidade, insônia, cefaleia, rubor facial, sudorese, intolerância ao calor, perda de peso, fraqueza muscular, câibras e febre. Menos frequentes: alopecia, alterações no ciclo menstrual, aumento do apetite e irritabilidade. Procurar assistência médica.1
Observação: Normalmente ocorrem em doses excessivas e regridem com a redução da dose ou interrupção temporária do tratamento.1. eações de hipersensibilidade: erupção cutânea, prurido e edema. Procurar assistência médica. Gravidez: Deverá ser feita a monitoria da concentração sérica da tireotrofina (TSH – hormônio estimulante da tireoide) materna - a levotiroxina pode atravessar a barreira placentária e a excessiva concentração materna pode causar dano ao feto. Lactação: a pequena quantidade excretada pelo leite não afeta os testes para hipotireoidismo neonatal.2
Orientar aos usuários:
• Para ingerir com 250 mL de água e com o estômago vazio, 30 minutos antes ou 2 horas após o café da manhã e depois ficar mais 30 minutos sem ingerir alimentos.
• Pode ser necessário de 6 a 8 semanas para o medicamento começar a fazer efeito. Não interromper o tratamento sem falar com o médico.
• A mulher em idade fértil que estiver planejando ficar grávida sobre a importância de estar com o tratamento na dose adequada e realizar exame da tireoide antes da concepção, pois é necessário fazer ajuste terapêutico. Reforçar a importância do acompanhamento pré-natal.

• A paciente que acha que está grávida, não interromper o tratamento e procurar o serviço de saúde.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ANTI-HIPERTENSIVOS

DIURÉTICOS

FÁRMACOS FUROSEMIDA* HIDROCLOROTIAZIDA*

CUIDADOS

A medicação deve ser administrada preferencialmente pela manhã, para não interromper e prejudicar o sono, pode ser administrado alimentos ou leite para aumentar a excreção urinária e evitar desconforto gastrointestinal; Recomenda-se que o cliente verifique o seu peso a cada quinze dias, e que diante de sinais e sintomas de retenção hídrica (inchaço em tornozelos e pés, aumento de peso) fadiga geral, dor muscular ou nas articulações, dor torácica e rash, dor, ou inflamação de garganta, dormência ou formigamento, dor ou fraqueza em mãos e pés, comunique imediatamente o médico. Pode causar tontura, ou sonolência, neste caso recomendar para não dirigir e não realizar atividades que exijam estado de alerta. Orientar dieta rica em potássio (frutas cítricas e banana).

INIBIDOR ADRENERGICOS DE AÇÃO CENTRAL

FÁRMACO METILDOPA**

CUIDADOS

Monitorar de seis a doze semanas a função hepática e diante de febre, disfunção hepática ou icterícia, suspender o uso e comunicar o prescritor. Monitorar também a função hematológica e avaliar principalmente anemia hemolítica.

BETABLOQUEADORES

FÁRMACOS: PROPANOLOL* ATENOLOL*

CUIDADOS

O uso da medicação não deve ser suspenso subitamente, ou sem conhecimento do prescritor. É necessário informar o cliente os sintomas relacionados à suspensão súbita do uso do medicamento (angina e IAM), as doses devem ser reduzidas lenta e gradativamente durante mais de duas semanas. Recomendar evitar substitutos do sal e alimentos que contém altos níveis de potássio ou sódio. Antes da administração monitore periodicamente o pulso radial, e diante de pulso menor que 60 bpm, não administrar a droga. Durante a terapia monitorar a PA (o uso da medicação pode mascarar sinais de choque e hipoglicemia). A medicação deve ser usada cuidadosamente nos casos de ICC e em clientes com broncoespasmo, asma e enfisema.

VASODILATADORES DE AÇÃO CENTRAL

FÁRMACOS: HIDRALAZINA* MINOXIDIL*

CUIDADOS

A última dose do dia deve ser administrada ao deitar-se. Se uma dose for esquecida, ela deve ser administrada tão logo possível, as doses esquecidas não devem ser dobradas, se forem esquecidas mais de duas doses consecutivas, recomendar a comunicação imediata ao médico. O uso da medicação não deve ser suspenso subitamente, as doses devem ser reduzidas lenta e gradualmente, poderá ter aumento abrupto da PA caso haja a suspensão abrupta. Recomende que o cliente verifique seu peso pelo menos duas vezes por semana e que diante de sinais e sintomas de retenção hídrica recomende imediatamente ao prescritor. A medicação deve ser administrada sempre com alimentos para aumentar a absorção da droga. Para o Minoxidil: reação adversa mais frequente é o crescimento de pelos pelo corpo, alopecia e alteração na pigmentação da pele.

INIB. DA ENZIMA CONSERVADORA DE ANGIOTENSINA

FÁRMACOS: CAPTOPRIL* ENALAPRIL*

CUIDADOS

Recomenda-se cautela nos casos de lupus eritematoso e em clientes imunodeprimidos. Os clientes idosos são mais susceptíveis aos efeitos hipotensivos da medicação. Durante a terapia o cliente deverá receber hidratação adequada, evitar lugares quentes e prática de exercícios físicos durante o verão. O medicamento pode causar cefaleia, ou hipotensão postural, principalmente durante os primeiros dias de terapia, recomenda-se que mude de posição, ou levante-se da cama e de cadeiras lentamente para minimizar estes efeitos, pode causar tontura. A medicação deve ser administrada uma hora antes ou duas após a refeição, ou do uso de antibióticos. Reação adversa importante-> tosse seca que pode ser persistente e só cessar após a suspensão da medicação, em caso de maiores problemas o cliente deverá procurar o transcritor. A alteração do paladar desaparece geralmente em oito a doze semanas até mesmo em terapia continuada.

BLOQUEADORES DO CANAL DE CALCIO

FÁRMACOS: NIFEDIPINA* ANLODIPINO*

CUIDADOS

Em caso de associação com betabloqueadores, observar quanto a interação medicamentosa, pois o cliente poderá manifestar sintomas de angina. Durante a terapia: pode causar tontura, recomendar evitar dirigir e outras atividades que requerem estado de alerta; deve ser monitorizadas a PA, alterações pulmonares e cardíacas, diante de qualquer um destes sintomas, comunicar o prescritor.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ANTIPARASITOSE

ECTOPARASITICIDAS

FÁRMACOS PERMETRINA 5% (CREME OU LOÇÃO) PERMETRINA 1% (CREME OU LOÇÃO)

CUIDADOS

Instruir o cliente (familiar ou responsável) a aplicar a medicação exatamente conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico. Informar ao cliente as reações adversas mais frequentes-> prurido, eritema, erupção cutânea, relacionadas ao uso da medicação e, que diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente aquelas incomuns ou intoleráveis, o médico deverá ser comunicado. No caso da escabiose, o prurido pode se manter por semanas, mesmo após o sucesso do tratamento. Recomendar evitar o uso de qualquer outra droga, ou medicação sem o conhecimento médico durante a terapia. **Pediculose** -> orientar a lavar o cabelo e secar com toalha limpa e seca-> aplicar a solução a1% em todo o cabelo, incluindo a nuca e atrás da orelha -> deixar agir por 10 minutos e, e seguida, enxaguar com água abundantemente. **Escabiose** -> Orientar a aplicar a solução a 5% no corpo todo do pescoço para baixo massageando toda a superfície corporal-> deixar agir por 8 a 12 horas e, então, remover com banho. É recomendável (não obrigatório) repetir o tratamento após uma semana. Tratar toda a família e trocar a roupa de cama e de banho no dia do tratamento (também lavá-las).

ANTI-HELMINTICO

FÁRMACO ALBENDAZOL CP MEBENDAZOL CP

CUIDADOS

ALBENDAZOL CP -> Instruir o cliente a plicar a medicação exatamente conforme recomendado e não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico. A medicação não pode ser usada em crianças menores de 2 anos, mulheres em idade fértil, nem durante a gestação, ou lactação. Informar ao cliente as reações adversas como: vertigem, cefaleia, dor epigástrica, boca seca, febre, prurido, vômitos e diarreia. Diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente as incomuns ou intoleráveis, o médico deverá ser comunicado. Devido a possibilidade de tontura, recomendar evitar atividades que requerem estado de alerta. **MEBENDAZOL CP** -> Instruir o cliente a plicar a medicação exatamente conforme recomendado e não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico. A medicação não deve ser usada durante a gestação ou lactação. Informar ao medico as reações adversas que são escassas e de pouca intensidade, mas podem ocorrer como: fadiga incomum, anorexia, epigastralgia, náuseas, erupção cutânea, prurido, febre, diarreia e vômitos. Recomenda-se manutenção de boas normas de higiene pessoal, principalmente quanto à lavagem das mãos e quanto ao saneamento básico. Interações medicamentosas: para os diabéticos que recebem insulina, ou hipoglicemiantes orais, pode potencializar o efeito hipoglicêmico, pois o mebendazol facilita a liberação de insulina. A carbamazepina diminui a concentração plasmática do mebendazol. Os comprimidos podem ser macerados ou mastigados e administrados em com água ou alimentos.

ANTIPROTOZOÁRIOS

FÁRMACO: METRONIDAZOL

CUIDADOS

Informar ao cliente as reações adversas como: cefaleia, irritação gastrointestinal e sabor metálico persistente. Com menor frequência aparecem erupções cutâneas, urina escura e sonolência. É aconselhável a abstenção de álcool durante o tratamento. Orientar a ingerir om medicamento com alimentos. A medicação não deve ser usada durante a gestação lactação.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ANTITÉRMICOS

FÁRMACO PARACETAMOL GOTAS

CUIDADOS

Antes da administração avaliar reação de hipersensibilidade a acido acetilsalicílico e de outros AINES, gestação ou lactação, disfunção hepática, rena e história de alcoolismo. A medicação pode ser administrada com alimentos para evitar desconforto GI. Diabéticos: deve haver cautela na interpretação dos resultados laboratoriais de glicemia, pois o uso de paracetamol interfere com alguns testes laboratoriais para determinação de glicose gerando valores falsamente diminuídos. Interação medicamentosa: Aumento da toxicidade hepática quando associado com barbitúricos, carbamazepina, hidantoína, sulfampirizona zidovudina, ingestão crônica e excessiva de álcool. Rifampicina diminui o efeito analgésico. O paracetamol potencializa o efeito de anticoagulantes cumarínicos. **DIPIRONA GOTAS** Contraindicado para pessoas com condições circulatórias instáveis

CUIDADOS GERAIS

- 1. Tomar a medicação conforme receita médica respeitando dias e horários - não pular horários nem fracionar doses.**
 - 2. Enfatize a importância da mudança dos hábitos de vida, estimule a prática de exercícios regulares e uma dieta adequada.**
 - 3. Informe ao cliente o objetivo da medicação para facilitar tanto a compreensão do seu diagnóstico quanto também a sua colaboração no tratamento. A medicação controla, mas não cura a hipertensão, recomende que o cliente mantenha sempre disponível a medicação necessária, durante fins de semana, feriados e período de férias.**
 - 4. Informe ao cliente as reações adversas mais frequentes relacionadas ao uso da medicação e que, diante da ocorrência de qualquer uma delas, principalmente sinais de toxicidade, o médico deverá ser comunicado imediatamente.**
 - 5. Recomende ao cliente que evite o tabagismo e o consumo de álcool, como também o uso de qualquer outra droga ou medicação sem o conhecimento do médico.**
 - 6. Recomende que o cliente informe o esquema de tratamento anterior ao prescritor.**
- * Medicamentos que não podem ser utilizados durante lactação e gestação.**
- ** Deve ser utilizada com cuidado durante a gestação.**

Observar também:

- 1. Atenção para alterações hepáticas ou renais, hipovolemia, hiponatremia ou terapia diurética concomitante.**
- 2. Clientes com estenose aórtica/ cardiomiopatia hipertrófica, insuficiência cerebrovascular ou cardíaca, pós-cirúrgicos, geriátricos ou hipertensos da raça negra.**

ANEXO 3

PORTARIA 1004/03 - SMS 31.01.2003

PAULO CARRARA DE CASTRO, respondendo pelo expediente da Secretaria Municipal da Saúde e no uso de suas atribuições, que lhe são conferidas por Lei, estabelece os Protocolos de Enfermagem na Atenção ao Ciclo de Vida da Criança, Mulher e Adulto, nos serviços que compõem a atenção básica do Município de São Paulo e,

CONSIDERANDO:

- A atuação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos em sua área de responsabilidade, visando garantir a proteção, promoção, recuperação da saúde e a resolutividade do serviço;
- A importância de instrumentalizar as(os) enfermeiras(os) que atuam na atenção básica para que as mesmas prestem assistência conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde; e
- A necessidade de um documento norteador para atuação das(os) enfermeiras(os) na realização da sistematização da assistência de enfermagem, respaldados pela Lei do Exercício Profissional (LEP) 749.86 e resoluções do COFEN 195.97 e 271.2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer que os protocolos de enfermagem constituem documentos de apoio para a prática do enfermeiro na atenção básica.
- Estes protocolos de enfermagem, complementam as ações já definidas pelos programas do Ministério da Saúde e das áreas temáticas da COGEST.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Diário Oficial da Cidade de São Paulo

Nº 183 – DOM de 27/09/06

SAÚDE

PORTARIA 1535/06-SMS.G A Secretária Municipal da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando:

- a necessidade de garantir maior segurança ao cliente quanto ao processo de dispensação de medicamentos;
- as propostas aprovadas pela I Conferência Municipal de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;
- a Lei Federal 5.081/66, que define as competências dos cirurgiões-dentistas para prescrever medicamentos;
- a Lei Federal 5.991/73, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos;
- o Dec. 74.170/74, que regulamenta a Lei Federal 5.991/73;
- a Lei Federal 7.498/86, que define as competências dos enfermeiros para prescrever medicamentos;
- a Lei Complementar 791/95, que institui o Código de Saúde do Estado de São Paulo;
- a Lei Estadual 10.241/99, que dispõe sobre os direitos dos usuários de serviços de saúde;
- a Port. SVS-MS 344/98, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
- a Resolução SES-SP 114/99, que dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com a denominação genérica dos princípios ativos;
- a Port. 1.054/00-SMS, que dispõe sobre o uso da denominação comum brasileira no âmbito das unidades de saúde sob administração municipal;
- a Port. 2.748/02-SMS, que instituiu a Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal da Saúde, que tem como principal objetivo estabelecer a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);
- a Port. MS 648/06, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

RESOLVE:

Normatizar a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal.

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º. Para o melhor entendimento desta normatização, são adotadas as seguintes definições:

- I - dispensação - ato de fornecimento de medicamentos e correlatos ao cliente, com orientação do uso;
- II - medicamento - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;
- III - medicamentos de uso contínuo - são medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas, os quais o cliente deverá fazer uso ininterruptamente, conforme a prescrição;
- IV - dispensador - é o funcionário que executa a dispensação na farmácia de acordo com as orientações;
- V - validade da receita - período no qual as receitas terão validade, contado a partir da data da prescrição;
- VI - prescritor - é o profissional de saúde habilitado para prescrever medicamentos ao cliente.

DA PRESCRIÇÃO

Art. 2º. A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser norteadora das prescrições de medicamentos nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde sob gestão municipal.

Art. 3º. A prescrição de medicamentos nas unidades do Sistema Único de Saúde municipal deverá:

- a) ser escrita em caligrafia legível, à tinta, datilografada ou digitada, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração do tratamento;
- b) conter o nome completo do cliente;
- c) conter a Denominação Comum Brasileira (DCB), ou seja, a denominação genérica dos medicamentos prescritos;
- d) ser apresentada em duas vias;
- e) conter a data de sua emissão, o nome e assinatura do prescritor, e o número de seu registro no conselho de classe correspondente.

Parágrafo único. A prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial deverá atender ao disposto em legislação específica, conforme disposto na Port. 344/98-SVS/MS.

Art. 4º. Para fins de prescrição de medicamentos, são considerados prescritores os seguintes profissionais: médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros.

Parágrafo único. Ao enfermeiro é permitido prescrever medicamentos conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, através da Coordenação de Atenção Básica, tais como: Port. 3.822 de 16 de outubro de 2002 que aprova o Documento Norteador à implantação do PSF; Port. 295/04 que estabelece o protocolo de enfermagem na atenção à saúde da mulher; o protocolo de enfermagem na atenção à saúde da criança; o protocolo de enfermagem na atenção à saúde do adulto; o protocolo de enfermagem na

atenção à saúde do idoso; o protocolo de prevenção e tratamento de feridas; o Documento Norteador: Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População.

Art. 5º. As prescrições de medicamentos não sujeitos a controle especial (não controlados), destinadas ao tratamento de doenças crônicas, portanto de uso contínuo, poderão ser prescritas em quantidades para até no máximo 180 dias de tratamento.

Art. 6º. A quantidade prescrita dos medicamentos sujeitos a controle especial deverá atender o disposto na Port. 344/98-SVS-MS.

DA VALIDADE DA RECEITA

Art. 7º. As receitas terão validade de 30 dias, contados a partir da data de sua prescrição para retirada do medicamento.

§ 1º. Para os medicamentos de uso contínuo, a validade da receita será de 30 dias para a primeira retirada.

§ 2º. A validade das receitas de medicamentos sujeitos a controle especial deverá atender à legislação específica.

Art. 8º. As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 dias, contados a partir de sua prescrição para a retirada do medicamento.

DA DISPENSAÇÃO

Art. 9º. A dispensação de medicamentos nas unidades do Sistema Único de Saúde Municipal deverá ocorrer mediante a apresentação da receita, do cartão SUS e desde que a receita esteja conforme os arts. 3º e 4º desta Portaria.

Parágrafo único. A dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial deverá atender ao disposto em legislação específica.

Art. 10. O dispensador deverá anotar na receita a quantidade do medicamento que foi atendida, a data e seu nome de forma legível.

§ 1º. A primeira via da receita deverá ser entregue ao usuário e a segunda via deverá ficar retida na farmácia e arquivada pelo prazo de 02 anos, para fins administrativos.

§ 2º. As receitas de medicamentos sujeitos a controle especial deverão atender à legislação específica, sob todos os aspectos.

Art. 11. A quantidade dispensada de medicamentos não sujeitos a controle especial deverá ser suficiente para no máximo 30 dias de tratamento.

§ 1º. Na prescrição de medicamentos para doenças crônicas de uso contínuo, com a mesma receita o medicamento será dispensado a cada 30 dias até no máximo 180 dias de tratamento.

§ 2º. Na prescrição de antimicrobianos por tempo prolongado, a dispensação deverá ser feita conforme disposto no parágrafo anterior, desde que o prescritor expresse essa condição na receita.

Art. 12. A quantidade atendida de medicamentos sujeitos a controle especial, em todos os casos, deverá atender à prescrição, conforme Port. 344/98-SVS-MS.

§ 1º. Com exceção dos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, que poderão ser prescritos por até 180 dias de tratamento, a quantidade dispensada deverá ser a cada 60 dias até no máximo 180 de tratamento.

§ 2º. A farmácia deverá arquivar separadamente as primeiras vias das receitas de medicamentos controlados, que não forem atendidas em sua totalidade, para controle da dispensação,

quando o usuário vier retirar os medicamentos, procedendo as anotações conforme determinado no art. 10.

§ 3º. As receitas que não forem atendidas em sua totalidade serão arquivadas definitivamente, se o usuário não comparecer para retirada do medicamento no prazo de 60 dias, contado a partir da data da última retirada do medicamento.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Nos casos em que a receita esteja em desacordo com o disposto nesta Portaria, são co-responsáveis pela orientação ao cliente, para a resolução da irregularidade da prescrição, o dispensador, o prescritor e a gerência da unidade.

Art. 14. O gerente da unidade de saúde é o responsável pelo cumprimento das normatizações dispostas neste documento.

Art. 15. A responsabilidade pelo fornecimento de receita em duas vias ao usuário é da instituição de procedência da receita.

Art. 16. O modelo de receituário constante do anexo único desta Port. passa a ser o padrão para a prescrição de medicamentos não sujeitos a controle especial e para a prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial em receituário branco.

Parágrafo único. Os modelos de receituários dos demais medicamentos sujeitos a controle especial devem atender à legislação específica.

Art. 17. Fica proibida a dispensação de medicamento cuja receita não obedeça ao disposto nos arts. 3º e 4º desta Portaria.

Art. 18. Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação, ficando revogada a Port. 2.693/03-SMS.

ANEXO 4

Programa Remédio em Casa

Boletim Informativo nº 07

Flexibilização de Validade das Receitas e Número de Entregas

Organização de serviço

Proposta e elaboração: Maio 2007

Maria Eugênia Cury – Farmacêutica ST Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé – CRS Norte

Silvia Regina Analdi da Silva – Farmacêutica CRS Centro Oeste

1ª Revisão - Abril 2010

Silvia Regina Analdi da Silva – Farmacêutica CRS Centro Oeste

2ª Revisão –

Marina Arends Roschel – Enfermeira CRS Sul

Silvia Regina Analdi da Silva – Farmacêutica CRS Centro Oeste

Sueli Ilkiu – Farmacêutica Coordenação Programas Remédio em Casa e Automonitoramento Glicêmico – Atenção Básica SMS SP

CIM – Centro de Informação sobre Medicamentos/ Assistência Farmacêutica SMS - Anexos I – Sinvastatina e Anexo II - Levotiroxina

Objetivo:

Possibilitar que as Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS SP habilitadas para o Programa Remédio em Casa - PRC possam se organizar para o atendimento de prescrições com validade de até 180 dias compreendendo duas entregas para a mesma prescrição.

Observações Importantes:

1 - A prescrição é responsabilidade do profissional médico e a critério do mesmo tem validade por 90 ou 180 dias.

2 - Para o Programa Remédio em Casa não há indicação de prescrição de enfermagem nos protocolos de SMS SP.

3 - A ação intermediária realizada em 90 dias é de acompanhamento, que pode ser realizada através de avaliação individual ou atendimento em grupo multiprofissional, que é o mais adequado, uma vez que estes clientes são de baixo a moderado risco pelos critérios de inclusão inicial; e a ação intermediária é realizada para identificação de possíveis problemas e *principalmente* para esclarecimento de dúvidas do cliente e orientações quanto às necessidades de mudança de estilo de vida.

2 Justificativas:

1 - Adequar as prescrições do Programa à Portaria nº 1535/06:

“Art. 5º As prescrições de medicamentos não sujeitos a controle especial (não controlados), destinadas ao tratamento de doenças crônicas, portanto de uso contínuo, poderão ser prescritas em quantidades para até no máximo 180 (cento e oitenta) dias de tratamento.”

2 – Possibilitar a manutenção dos Clientes Ativos no Programa

Proposta de Organização de Serviço:

1 – Avaliação pelo prescritor médico, dos clientes que poderão ter prescrição válida para 180 dias. O prescritor deverá explicitar na receita que a prescrição terá validade para 180 dias no campo próprio do receituário próprio

(Receita para: _____ dias)

2 – No momento de inclusão das prescrições de receitas para 180 dias, a Unidade deverá:

2.1 – Incluir a prescrição para 90 dias; seguindo as regras do sistema GSS/Remédio em Casa

2.2 – Agendar entre 75-90 dias retorno do cliente para individual ou preferencialmente para atendimento em grupo

Registrar a data desse retorno no verso das duas vias da receita (impresso próprio do Programa Remédio em Casa).

Orientar o cliente de que é necessário que compareça na data agendada para verificação de suas condições clínicas: Pressão arterial; glicemia capilar e peso uma vez que os exames laboratoriais devem ser solicitados e avaliados pelo médico prescritor de acordo com os protocolos de SMS SP nas consultas médicas específicas e individuais.

A verificação dos parâmetros: Pressão arterial, glicemia capilar e peso deverão atender o Manual de Enfermagem – Saúde do Adulto da SMS SP, com os devidos registros em prontuário.

3 – Na data agendada, após as verificações; também averiguar se o cliente está devidamente orientado e ciente de como tomar seus medicamentos, bem como se recebeu a remessa anterior de forma correta e adequada.

Qualquer reclamação referente ao recebimento dos medicamentos deverá ser anotada e os encaminhamentos efetuados através das Interlocuções das Supervisões Técnicas para averiguação.

3.1 – Para clientes que estejam mantendo as condições de estabilidade pelo Protocolo de Tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes melito na Atenção Básica SMS SP, registrar no verso da receita (via do cliente e via da Unidade) os sinais vitais e observações; anotar no prontuário e **encaminhar a**

3 prescrição gerada por ocasião da consulta médica, para inclusão no sistema.

Para as prescrições com os medicamentos: Sinvastatina e Levotiroxina a orientação é que se realize avaliação de possíveis riscos associados (Anexos I e II), *uma vez que as avaliações de exames laboratoriais estão sob responsabilidade dos prescritores médicos.*

Observações importantes:

3.1.1 - Estas prescrições como têm validade ampliada e serão incluídas duas vezes no sistema, terão dois números (com intervalos de 75-90 dias); sendo que estes números devem ser anotados; pois são eles que possibilitam o rastreamento rápido no sistema informatizado em casos de problemas.

3.1.2 – Será sempre utilizada a prescrição médica original sem nenhuma alteração.

3.2 – Para clientes que não estejam nas condições de estabilidade determinados pelo Protocolo de Tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes melito na Atenção Básica para manutenção da mesma prescrição, deverá ser agendada consulta médica individual. O cliente deverá ser orientado a respeito e a condição e/ou impossibilidade que impede a manutenção no programa condição essa que deve ser anotada em prontuário.

4. A Unidade deverá manter controle rigoroso sobre a agenda de retorno, realizando contato com os clientes faltosos.

5. A Gerência da Unidade deverá organizar monitoramento sobre a efetivação da reinclusão das prescrições no sistema;

6. A Supervisão Técnica de Saúde, através do Interlocutor do Programa Remédio em Casa, deverá acompanhar e avaliar conjuntamente com os gerentes das Unidades, identificando eventuais problemas e encaminhando soluções; bem como realizando os procedimentos necessários de Educação Permanente de todos os profissionais das Unidades sob sua Interlocução

7. A CRS, através do Interlocutor do Programa Remédio em Casa, deverá acompanhar e avaliar conjuntamente com interlocutores das Supervisões, identificando eventuais problemas e soluções, bem como mantendo canal de informação permanente com a gerência do Programa em SMS e o Coordenador de Saúde.

4 Referências:

Todas as Referências podem ser acessadas nas páginas eletrônicas das áreas:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>

- Manual de Enfermagem – Saúde do Adulto – SMS SP

- Manual de Assistência Farmacêutica – SMS SP

- Protocolo de Tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes melito na Atenção Básica SMS SP

- Programa Remédio em Casa - Boletim Nº 09 – Agenda 2012 Dislipidemia – SMS SP

- Programa Remédio em Casa - Boletim Nº 12 – Levotiroxina Hipotireoidismo – SMS SP

PROGRAMA REMÉDIO EM CASA
Boletim Informativo nº 07
Flexibilização de Validade das Receitas e Número de Entregas
Organização de serviço

Proposta e elaboração: Maio 2007

Maria Eugênia Cury – Farmacêutica ST Santana/Tucuruvi/Jaçanã/Tremembé – CRS Norte

Sílvia Regina Ansaldi da Silva – Farmacêutica CRS Centro Oeste

1ª Revisão - Abril 2010

Sílvia Regina Ansaldi da Silva – Farmacêutica CRS Centro Oeste

2ª Revisão –

Marina Arends Roschel – Enfermeira CRS Sul

Sílvia Regina Ansaldi da Silva – Farmacêutica CRS Centro Oeste

Sueli Ilkiu – Farmacêutica Coordenação Programas Remédio em Casa e Automonitoramento Glicêmico – Atenção Básica SMS SP

CIM – Centro de Informação sobre Medicamentos/ Assistência Farmacêutica SMS - Anexos I – Sinvastatina e Anexo II -

Levotiroxina

Objetivo:

Possibilitar que as Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS SP habilitadas para o Programa Remédio em Casa - PRC possam se organizar para o atendimento de prescrições com validade de até 180 dias compreendendo duas entregas para a mesma prescrição.

Observações Importantes:

- 1 - A prescrição é responsabilidade do profissional médico e a critério do mesmo tem validade por 90 ou 180 dias.
- 2 - Para o Programa Remédio em Casa não há indicação de prescrição de enfermagem nos protocolos de SMS SP.
- 3 - A ação intermediária realizada em 90 dias é de acompanhamento, que pode ser realizada através de avaliação individual ou atendimento em grupo multiprofissional, que é o mais adequado, uma vez que estes clientes são de baixo a moderado risco pelos critérios de inclusão inicial; e a ação intermediária é realizada para identificação de possíveis problemas e *principalmente* para esclarecimento de dúvidas do cliente e orientações quanto às necessidades de mudança de estilo de vida.

2 Justificativas:

1 - Adequar as prescrições do Programa à Portaria nº 1535/06:

"Art. 5º As prescrições de medicamentos não sujeitos a controle especial (não controlados), destinadas ao tratamento de doenças crônicas, portanto de uso contínuo, poderão ser prescritas em quantidades para até no máximo 180 (cento e oitenta) dias de tratamento."

2 - Possibilitar a manutenção dos Clientes Ativos no Programa

Proposta de Organização de Serviço:

1 - Avaliação pelo prescritor médico, dos clientes que poderão ter prescrição válida para 180 dias. O prescritor deverá explicitar na receita que a prescrição terá validade para 180 dias no campo próprio do receituário próprio (Receita para: _____ dias)

2 - No momento de inclusão das prescrições de receitas para 180 dias, a Unidade deverá:

2.1 - Incluir a prescrição para 90 dias; seguindo as regras do sistema GSS/Remédio em Casa

2.2 - Agendar entre 75-90 dias retorno do cliente para individual ou preferencialmente para atendimento em grupo. Registrar a data desse retorno no verso das duas vias da receita (impresso próprio do Programa Remédio em Casa).

Orientar o cliente de que é necessário que compareça na data agendada para verificação de suas condições clínicas: Pressão arterial; glicemia capilar e peso uma vez que os exames laboratoriais devem ser solicitados e avaliados pelo médico prescritor de acordo com os protocolos de SMS SP nas consultas médicas específicas e individuais.

A verificação dos parâmetros: Pressão arterial, glicemia capilar e peso deverão atender o Manual de Enfermagem – Saúde do Adulto da SMS SP, com os devidos registros em prontuário.

3 - Na data agendada, após as verificações; também averiguar se o cliente está devidamente orientado e ciente de como tomar seus medicamentos, bem como se recebeu a remessa anterior de forma correta e adequada.

Qualquer reclamação referente ao recebimento dos medicamentos deverá ser anotada e os encaminhamentos efetuados através das Interlocuções das Supervisões Técnicas para averiguação.

3.1 - Para clientes que estejam mantendo as condições de estabilidade pelo Protocolo de Tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes melito na Atenção Básica SMS SP, registrar no verso da receita (via do cliente e via da Unidade) os sinais vitais e observações; anotar no prontuário e **encaminhar a prescrição gerada por ocasião da consulta médica**, para inclusão no sistema.

Para as prescrições com os medicamentos: Sinvastatina e Levotiroxina a orientação é que se realize avaliação de possíveis riscos associados (Anexos I e II), *uma vez que as avaliações de exames laboratoriais estão sob responsabilidade dos prescritores médicos.*

Observações importantes:

3.1.1 - Estas prescrições como têm validade ampliada e serão incluídas duas vezes no sistema, terão dois números (com intervalos de 75-90 dias); sendo que estes números devem ser anotados; pois são eles que possibilitam o rastreamento rápido no sistema informatizado em casos de problemas.

3.1.2 - Será sempre utilizada a prescrição médica original sem nenhuma alteração.

3.2 - Para clientes que não estejam nas condições de estabilidade determinados pelo Protocolo de Tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes melito na Atenção Básica para manutenção da mesma prescrição, deverá ser agendada consulta médica individual. O cliente deverá ser orientado a respeito e a condição e/ou impossibilidade que impede a manutenção no programa condição essa que deve ser anotada em prontuário.

4. A Unidade deverá manter controle rigoroso sobre a agenda de retorno, realizando contato com os clientes faltosos.

5. A Gerência da Unidade deverá organizar monitoramento sobre a efetivação da reinclusão das prescrições no sistema;

6. A Supervisão Técnica de Saúde, através do Interlocutor do Programa Remédio em Casa, deverá acompanhar e avaliar conjuntamente com os gerentes das Unidades, identificando eventuais problemas e encaminhando soluções; bem como realizando os procedimentos necessários de Educação Permanente de todos os profissionais das Unidades sob sua Interlocução

7. A CRS, através do Interlocutor do Programa Remédio em Casa, deverá acompanhar e avaliar conjuntamente com interlocutores das Supervisões, identificando eventuais problemas e soluções, bem como mantendo canal de informação permanente com a gerência do Programa em SMS e o Coordenador de Saúde.

Referências:

Todas as Referências podem ser acessadas nas páginas eletrônicas das áreas:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>

- Manual de Enfermagem – Saúde do Adulto – SMS SP ; - Manual de Assistência Farmacêutica – SMS SP;- Protocolo de Tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes melito na Atenção Básica SMS SP;- Programa Remédio em Casa - Boletim Nº 09 – Agenda 2012 Dislipidemia – SMS SP ; - Programa Remédio em Casa - Boletim Nº 12 – Levotiroxina Hipotireoidismo – SMS SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI; ECKEL; GRUNDY; ZIMMET; CLEEMAN; DONATO; FRUCHART; JAMES; LORIA; SMITH. **Harmonizing the metabolic syndrome**: A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 120:1640-5, 2009.

ARAUJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das Drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Lei Nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 jul. 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 18 maio 2001. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Câncer da próstata**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF: MS, 2002b. (Cadernos da Atenção Básica, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A política da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília, DF: MS, 2005a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas – CEBRID. OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade, o guia alimentar para a população brasileira, o guia de alimentos regionais brasileiros**. Brasília, DF: MS, 2006a. (Cadernos da Atenção Básica, 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília, DF: MS, 2006b. (Cadernos da Atenção Básica, 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: MS, 2006c. (Cadernos da Atenção Básica, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: MS, 2006d. (Cadernos da Atenção Básica, 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2006e. (Cadernos da Atenção Básica, 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: MS, 2006f. (Cadernos da Atenção Básica, 18).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF: MS, 2010. (Cadernos da Atenção Primária, 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Técnica de Saúde dos Trabalhadores. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de gestão e gerenciamento**. Brasília, DF: MS, 2006g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional**. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 20 mar. 2011.

CARLINI, E.A. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Arq. Méd. ABC.**, Supl.2, p.4-7, 2006.

DE MICHELI, D. et al. Estudo da efetividade a intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 50, n.3, p. 305-13, 2004.

HALLFORS, D. D.; SAXE, L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. **Am. J. Public Health.**, v.83, n.9,p.1300-1304, 1993. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694983/?page=5>>. Acessos em: 10 ago. 2010 e 15 set. 2010.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD. S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr./jun.2000.

LACKS, V.; JULIÃO, A. Transtornos relacionados ao uso de drogas: avaliação diagnóstica e uso de instrumentos de avaliação psiquiátrica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LINDSTRO, A.A.J.; TUOLMILEHTO, J.A.A.K.O. **Diabetes Care**. The Diabetes Risk Score. A practical tool to predict type 2 diabetes risk. Adapt. FINDRISK, VOL. 26, N 3, p. 725–731. Philadelphia, march, 2003.

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas - II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005. **Instituição responsável:** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas , **Instituição Executora:** Centro Brasileiro de Informação sobre drogas –

CEBRID. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. **ASSIST - Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias:** guia para uso na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: OMS, 2004. Versão Preliminar, 2004.

RIBEIRO, M.; MARQUES A. C. P. R.; NATASY H. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos**. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes brasileiras de hipertensão VI. **Revista Hipertensão**, v.13, n.1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2010.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção à saúde do adulto:** protocolo de enfermagem. São Paulo: SMS, 2003.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de tratamento da hipertensão arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica**. São Paulo: SMS, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Norma técnica do programa de imunização**. São Paulo: SES, 2008.

SCHWARZ P.E., LI J, REIMANN M et.al. The Finnish Diabetes Risk Score is Associated with Insuline Resistance and Progression towards Diabetes type 2. *U Clin Endocrinol Metab* 94: 920 – 926. 2009.

VERDECCHIA, P. et al. Usual *versus* tight control of systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension (Cardio-Sis): an open-label randomised trial. **Lancet**, v.374, n.9689, p.525-533, 2009.

VIANNA, F.C. Psicoterapia: Um enfoque fenomenológico existencial. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

S
A
Ú
D
E

D
O

A
D
U
L
T
O



Coordenação da
Atenção Básica



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA