



Atenção à Saúde do Adulto

Protocolo de Enfermagem



PROTÓCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003

Protocolo de Enfermagem

Atenção à Saúde do Adulto

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARTA SUPPLY

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
DR^º EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

**COORDENADORA DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA**
DR^ª ANNA MARIA CHIESA

VICE - COORDENADORA
DR^ª KARINA BARROS CALIFE BATISTA

ELABORAÇÃO TÉCNICA

ENFERMEIRAS:
Glória Mityo Schulze
Ivonete Cássia Barbosa
Naira Regina dos Reis Fazenda
Patrícia Luna
Vera Helena Martinez Milanezzi
Giselli Cacherick

COLABORAÇÃO
Enf^ª Regina Tereza Capelari - UBS Vila Formosa
Dr^º Carlos Alberto Machado - Sociedade Brasileira de Cardiologia



APRESENTAÇÃO

- **A coordenação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo apresenta o Protocolo de Enfermagem na Atenção ao Ciclo de Vida do Adulto, respondendo à demanda institucional de respaldar e subsidiar a prática assistencial destes profissionais.**
- **A elaboração deste material é fruto de intenso trabalho do Grupo Técnico, composto a partir do Seminário dos Enfermeiros do PSF promovido em junho de 2002, e contou com discussões junto às áreas temáticas afins da Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada - COGest, tendo inclusive sido apreciado e aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN-SP.**

APRESENTAÇÃO

- **A elaboração deste material é fruto de intenso trabalho do Grupo Técnico, composto a partir do Seminário dos Enfermeiros do PSF promovido em junho de 2002, e contou com discussões junto às áreas temáticas afins da Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada - COGest, tendo inclusive sido apreciado e aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN-SP.**

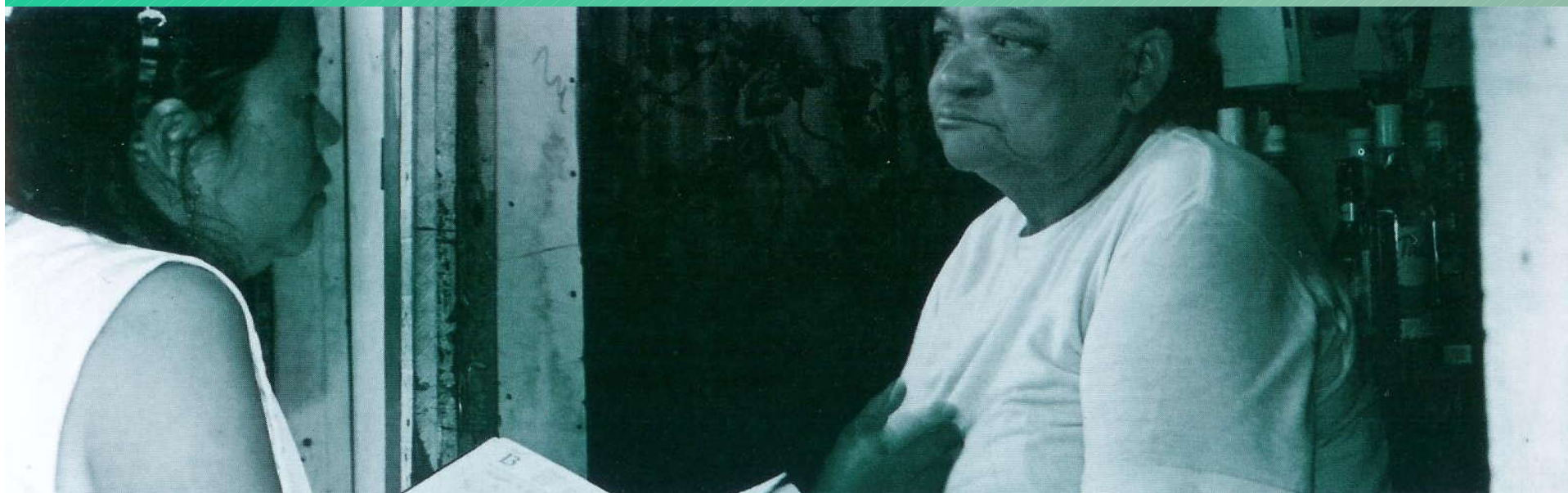
APRESENTAÇÃO

- **Esperamos que este protocolo possa contribuir para a melhoria da prática assistencial dos enfermeiros, com a ressalva de que foi elaborado na perspectiva de complementar outras publicações existentes.**

São Paulo, 10 de janeiro de 2003.

DRA. ANNA MARIA CHIESA

COORDENADORA - PSF - SMS



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

PROTÓCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003

I - INTRODUÇÃO

- **Este material tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na atenção à saúde do adulto com ênfase na assistência às pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, uma vez que a principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares.**

I - INTRODUÇÃO

- A equipe de saúde da família 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, visando prevenir complicações agudas e crônicas e mediante ações educativas de promoção à saúde na **população de risco**.

I - INTRODUÇÃO

- A fim de instrumentalizar a(o) enfermeira(o) para desenvolver estas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, surgiu a necessidade da elaboração deste protocolo.
- Este documento não tem a intenção de abordar todos os aspectos relativos a este assunto, mas constitui-se como um norteador importante para a prática diária da(o) enfermeira(o), respaldado pela LEP 7498/86 e Resoluções do COFEN 195/97 e 271/2002.

II - ANAMNESE DO ADULTO

(anexo 1)

1 - FAIXA ETÁRIA 20 a 60 ANOS:

O que deve ser avaliado:

- **Riscos familiares (obesidade, hipertensão, diabetes, etc.);**
- **Nível pressórico;**
- **Hábitos e vícios (sexual, alimentar, tabaco, álcool, drogas, etc.);**
- **Medicação: orientação, revisão do uso e transcrição;**
- **Perfil psicológico (ansiedade, depressão, estresse, etc.);**

II - ANAMNESE DO ADULTO

(anexo 1)

1 - FAIXA ETÁRIA 20 a 60 ANOS:

O que deve ser avaliado:

- **Colpocitologia oncótica (feminino);**
- **Mamografia a partir dos 40 anos de idade (ver antecedentes familiares);**
- **Próstata (a partir dos 40 anos de idade, exame clínico e laboratorial);**
- **Colesterol, triglicérides e glicemia de jejum.**

II - ANAMNESE DO ADULTO

(anexo 1)

O que orientar:

- **Atividade física regular;**
- **Alimentação com calorias adequadas e balanceadas (anexo 2);**
- **Fotoproteção solar;**
- **Vacinação;**
- **Sexo seguro;**
- **Hábitos e vícios (abandono).**

II - ANAMNESE DO ADULTO

(anexo 1)

2 - FAIXA ETÁRIA > 60 ANOS:

O que deve ser avaliado:

- **Riscos familiares (obesidade, hipertensão, infarto do miocárdio, artrose e diabetes, etc.);**
- **Atividades da vida diária (higiene, alimentação, vestuário, locomoção, trabalho);**
- **Nível pressórico;**

II - ANAMNESE DO ADULTO

(anexo 1)

- **Hábitos e vícios (sexual, alimentar, tabaco, álcool, drogas, etc.);**
- **Perfil psicológico (ansiedade, depressão, estresse, etc.);**
- **Risco para câncer de mama, colo de útero, pele, cavidade oral e próstata;**
- **Deficiência sensoriais (auditiva, visual), funcional, cognitiva (memória, atenção), linguagem;**
- **Distúrbio de equilíbrio e risco de queda;**
- **Medicação: orientação, revisão do uso e transcrição;**
- **Colesterol, triglicérides e glicemia de jejum.**

II - ANAMNESE DO ADULTO

(anexo 1)

O que orientar:

- **Atividade física regular;**
- **Hábitos e vícios (abandono);**
- **Alimentação com calorias adequadas e balanceadas;**
- **Adequação para a segurança ambiental;**
- **Fotoproteção solar;**
- **Medicamentos: só fazer uso dos prescritos, evitar a polifarmácia;**
- **Vacinação;**
- **Sexo seguro.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

1 - CONCEITO

Ocorre quando a pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmHg e a diastólica é igual ou maior que 90 mmHg, segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.



III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

2 - CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

PAS mmHg	PAD mmHg	Classificação
<120	<80	Ótimo
<130	<85	Normal
130 - 139	85 - 89	Limítrofe
140 - 159	90 - 99	Hipertensão leve (estágio 1)
160 - 179	100 - 109	Hipertensão moderada (estágio 2)
180	110	Hipertensão grave (estágio 3)
>140	<90	Hipertensão sistólica isolada

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

3 - RECOMENDAÇÕES PARA SEGUIMENTO

(prazos máximos para reavaliação)*

Pressão Arterial inicial (mmHg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
<130	<85	Reavaliar em 1 ano
130 - 139	85 - 89	Reavaliar em 6 meses***
140 - 159	90 - 99	Reavaliar em 2 meses***
160 - 179	100 - 109	Confirmar em 1 mês***
≥180	≥ 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana***

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

*** Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.**

**** Se as pressões sistólica ou diastólica forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível pressórico.**

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



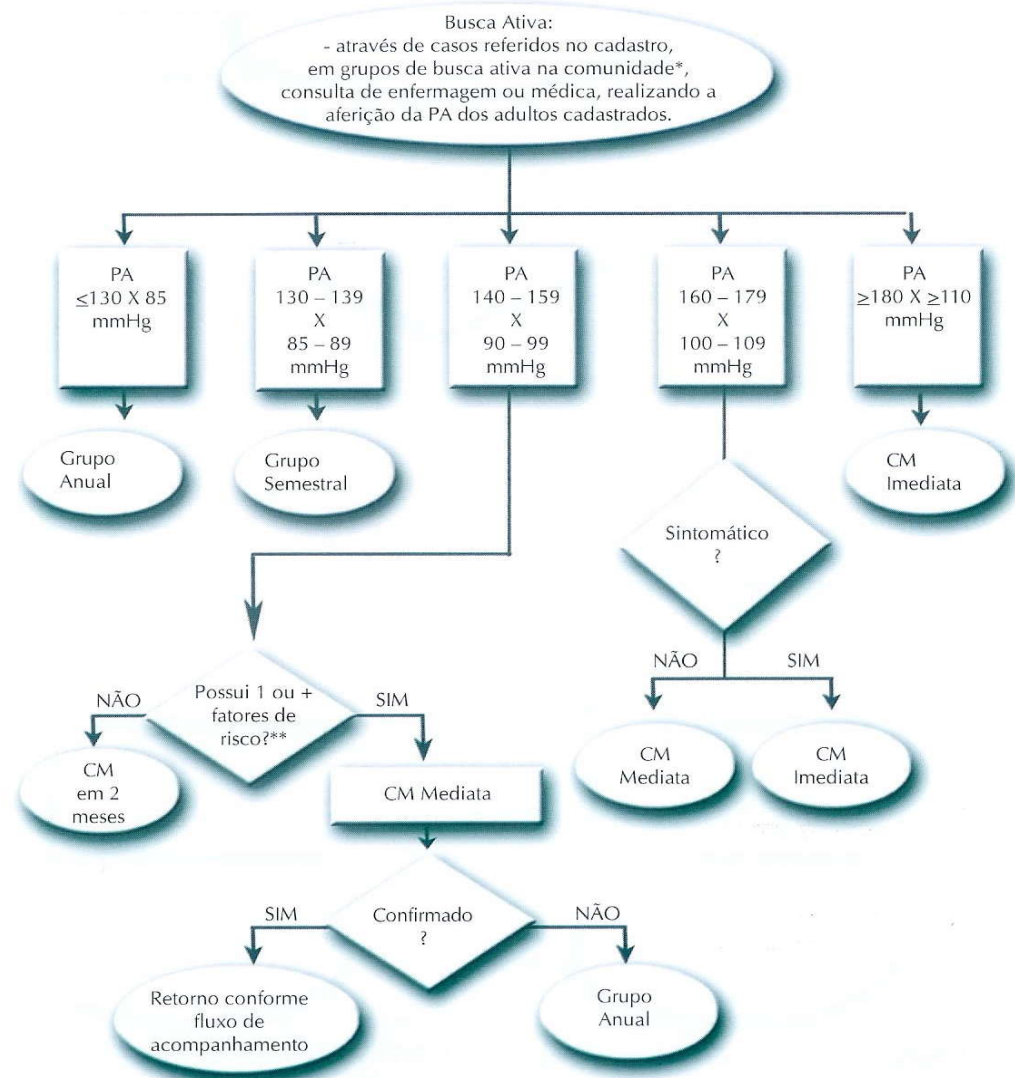
PROCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

4 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A - FLUXOGRAMA DE BUSCA ATIVA

* Os grupos de busca ativa devem contar com profissional médico ou enfermeira(o).

** Fatores de risco: tabagismo, dispilidemias, diabetes mellitus, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos.



III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

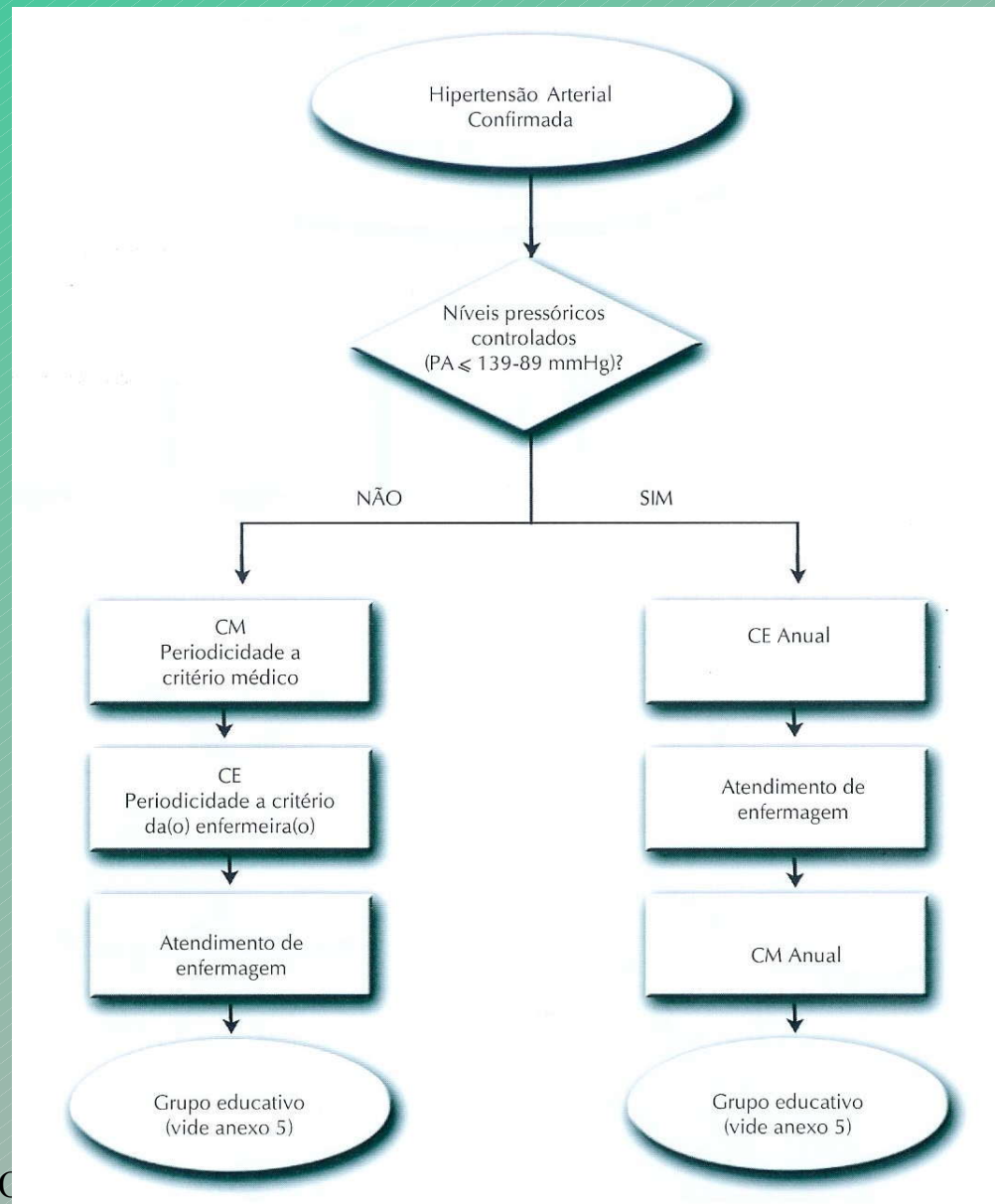
4 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

A - FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO

Obs.: O atendimento de enfermagem é realizado pelo Auxiliar de Enfermagem para verificação de pressão arterial e orientações sobre o tratamento.

A periodicidade deve ser estabelecida pelo médico/enfermeira(o) da equipe.

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



III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Anamnese:

- **Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e profissão;**
- **Identificar conhecimento sobre sua doença e os riscos que ela acarreta;**
- **História atual e pregressa:**
 - **duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios;**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Sintomas de doença arterial coronária;
- Sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca;
- Doenças vasculares encefálicas;
- Insuficiência vascular das extremidades;
- Doença renal;
- Gota e
- Diabetes mellitus.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco:**
 - **Dislipidemia;**
 - **Tabagismo;**
 - **Sobrepeso e obesidade;**
 - **Atividade sexual;**
 - **Doenças pulmonares obstrutivas crônicas;**
 - **Sedentarismo.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Antecedentes familiares:**
 - Acidente vascular encefálico;
 - Doenças arteriais coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos);
 - Morte prematura e súbita de familiares próximos.
- **Perfil psicossocial:** fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e cafeína;**
- **Uso de medicamentos (anticoncepcionais, corticosteróide, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos, etc.);**
- **Atividade física.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Exame físico geral e específico (anexo 1):

* Avaliar:

- **Peso, altura, estabelecer IMC, pressão arterial e frequência respiratória;**
- **Fácies que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireóide, supra-renal e hipófise);**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Pescoço para pesquisa de sopro em carótidas;**
- **Ausculata cardíaca com possível presença de arritmias, sopros e frequência cardíaca;**
- **Ausculata pulmonar: estertores, roncos e síbilos;**
- **Examinar no abdômen massas palpáveis e ruídos hidroaéreos;**
- **Avaliação de eventual edema**
- **Estado neurológico e fundo de olho.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

* **Verificação da PA nas consultas:**

- **Em cada consulta deverão ser realizados no mínimo duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre si;**
- **Caso as pressões diastólicas obtidas apresentem diferenças superiores a 5 mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a esse valor.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- De acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas.
- As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores.
- As posições recomendadas na rotina para a medida de pressão arterial são sentada e/ou deitada.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

B – CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

- Exame físico.
- Avaliar os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente;
- Adequar se necessário os cuidados de enfermagem.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

B – CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

- Exame físico.
- Avaliar os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente;
- Adequar se necessário os cuidados de enfermagem.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

*B – AVALIAÇÃO LABORATORIAL**

Solicitar anualmente:

- **Creatinina, potássio, glicemia de jejum, colesterol total e frações (HDL, LDL, VLDL), triglicérides e urina I.**
- * **Outros exames complementares, tais como ECG, fundo de olho e Raio-X de tórax PA/P, podem ser solicitados de acordo com a rotina interna da unidade.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

B – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

B – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Tratamento Não-Medicamentoso

A(o) enfermeira(o) como os demais membros da equipe de saúde da família atua na sensibilização do cliente para intervir em fatores de riscos cardiovasculares associados à hipertensão como: tabagismo, obesidade, sedentarismo e dislipidemia (vide anexo 2 e 4).

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

B – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Tratamento Medicamentoso

Os anti-hipertensivos são classificados em seis:

- **Diuréticos,**
- **Inibidores adrenérgicos,**
- **Vasodilatadores diretos,**
- **Inibidores da enzima conversora de angiotensina,**
- **Antagonistas dos canais de cálcio, e**
- **Antagonistas do receptor da angiotensina II.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

B – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Tratamento Medicamentoso

A indicação do anti-hipertensivo deverá ser a critério médico, sendo de competência da(o) enfermeira(o) a transcrição do medicamento durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes com a pressão arterial controlada.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

6 – SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Crianças:

A determinação da pressão arterial em crianças é recomendada como parte integrante de sua avaliação clínica.

Critérios a serem observados:

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

6 – SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço.
2. O comprimento da bolsa do manguito deve envolver 80% a 100% da circunferência do braço.
3. A pressão diastólica deve ser determinada na fase V de Korotkoff (apenas diminuição da intensidade dos sons, pois nem sempre ocorre o seu desaparecimento total).

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

6 – SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Idosos:

Na medida da pressão arterial do idoso, existem dois aspectos importantes:

- 1. Maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito.**

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

6 – SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

2. Pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria continuar palpável após esse procedimento, o paciente é considerado Osler positivo.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

6 – SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Gestantes:

Devido às alterações na medida da pressão arterial em diferentes posições, atualmente recomenda-se que a medida da pressão arterial em gestantes seja feita na posição sentada. A determinação da pressão diastólica deverá ser considerada na fase V de Korotkoff.

Eventualmente, quando os batimentos arteriais permanecerem audíveis até o nível zero, deve-se utilizar a fase IV para registro da pressão arterial diastólica.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

6 – SITUAÇÕES ESPECIAIS DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Obesos:

Em pacientes obesos deve-se utilizar manguito de tamanho adequado à circunferência do braço. Na ausência deste, pode-se:

- Corrigir a leitura obtida com manguito padrão (13cm x 24cm);
- Colocar o manguito no antebraço e auscultar a artéria radial, sendo esta a forma menos recomendada.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

7 – DIMENSÕES RECOMENDADAS DA BOLSA DO MANGUITO

A tabela abaixo apresenta os diferentes tamanhos de manguito, de acordo com a circunferência do braço.

Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura da bolsa (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

8 – ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

A aferição da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos.

Alguns estudos têm mostrado que na prática clínica nem sempre a aferição da pressão arterial é realizada de forma adequada. Os erros, no entanto, podem ser evitados com o preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada de medida da pressão arterial e equipamento calibrado.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

8 – ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientar que não fale e deixar que descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento para atenuar o efeito do avental branco.
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

8 – ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

8 – ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

8 – ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa cubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

III - HIPERTENSÃO ARTERIAL

8 – ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

9. Determinar a pressão sistólica no momento de aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica zero.

IV – DIABETES MELLITUS

1 – CONCEITO

A Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas.



IV – DIABETES MELLITUS

2 – TIPOS DE DIABETES MAIS FREQUENTES

Os tipos de diabetes mais freqüentes são:

2.1 – Tipo1: também chamado diabetes infanto-juvenil, instável ou insulino-dependente (IDDM – sigla americana). Ocorre predominantemente em crianças e jovens, mas também pode ser observado menos freqüentemente em pacientes adultos (início tardio de diabetes tipo 1 do adulto). Pacientes com este tipo de diabetes necessitam serem tratados pelo o uso diário de insulina exógena.

IV – DIABETES MELLITUS

2 – TIPOS DE DIABETES MAIS FREQUENTES

2.2 – Tipo2: também chamado diabetes do adulto ou da maturidade, estável ou não insulino-dependente (NIDDM – sigla americana). Ocorre principalmente em adultos e particularmente os obesos. Além dos subtipos obeso e não-obesa, existe outro pouco freqüente 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.

Atualmente foram descritos seis tipos de diabetes Tipo MODY, conforme o defeito genético: MODY 1, MODY 2, MODY 3, MODY 4, MODY 5, MODY 6.

IV – DIABETES MELLITUS

2 – TIPOS DE DIABETES MAIS FREQUENTES

2.3 – Outros tipos específicos:

- **Defeitos genéticos funcionais da célula beta;**
- **Defeitos genéticos na ação da insulina;**
- **Doenças do pâncreas exócrino;**
- **Endocrinopatias;**
- **Induzidos por fármacos e agentes químicos;**
- **Infecções;**
- **Outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes.**

2.4 – Diabetes gestacional: aparece na gravidez, persistindo ou não após o parto

IV – DIABETES MELLITUS

DIFERENÇAS ENTRE O DIABETES TIPO 1 E TIPO 2

	TIPO 1* infanto juvenil Instável insulino-dependente	TIPO 2* adulto Estável Não insulino-dependente
Idade de Aparecimento	Crianças e jovens**	Mais de 40 anos
Aumento de peso (obesidade)	Raro	Comum
Níveis de Insulina	Baixos	Normais ou elevados
Viroses como Desencadeantes	Freqüentes	Raros

IV – DIABETES MELLITUS

DIFERENÇAS ENTRE O DIABETES TIPO 1 E TIPO 2

	TIPO 1* infanto juvenil Instável insulino-dependente	TIPO 2* adulto Estável Não insulino-dependente
Anticorpos anticélulas beta-pancreáticas	Freqüentemente presentes	Incomum
Hereditariedade	Incomum	Freqüente
Tendência à cetoacidose	Freqüente	Rara
Necessidade de insulina	Freqüente	Ao redor de 30%

IV – DIABETES MELLITUS

DIFERENÇAS ENTRE O DIABETES TIPO 1 E TIPO 2

	TIPO 1* infanto juvenil Instável insulino-dependente	TIPO 2* adulto Estável Não insulino-dependente
Resistência periférica à ação da insulina	Incomum	Freqüente
Aumento do glucagon	Absoluta	Relativa
Prevalência (população afetada)	0,1-0,3%	7,6%***
Incidência/100.000 Habitantes (novos casos por ano)	0,5 a 35	100 a 150

PROTÓCOLOS DE

ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO

Fonte: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Ministério da Saúde, 2002.

IV – DIABETES MELLITUS

DIFERENÇAS ENTRE O DIABETES TIPO 1 E TIPO 2

* Denominação moderna. Foram mantidas as outras denominações apenas para efeito didático.

** e 8% dos adultos maiores de 30 anos.

*** população brasileira de 30 a 69 anos.

IV – DIABETES MELLITUS

3 – CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Pode ser feita nas seguintes situações:

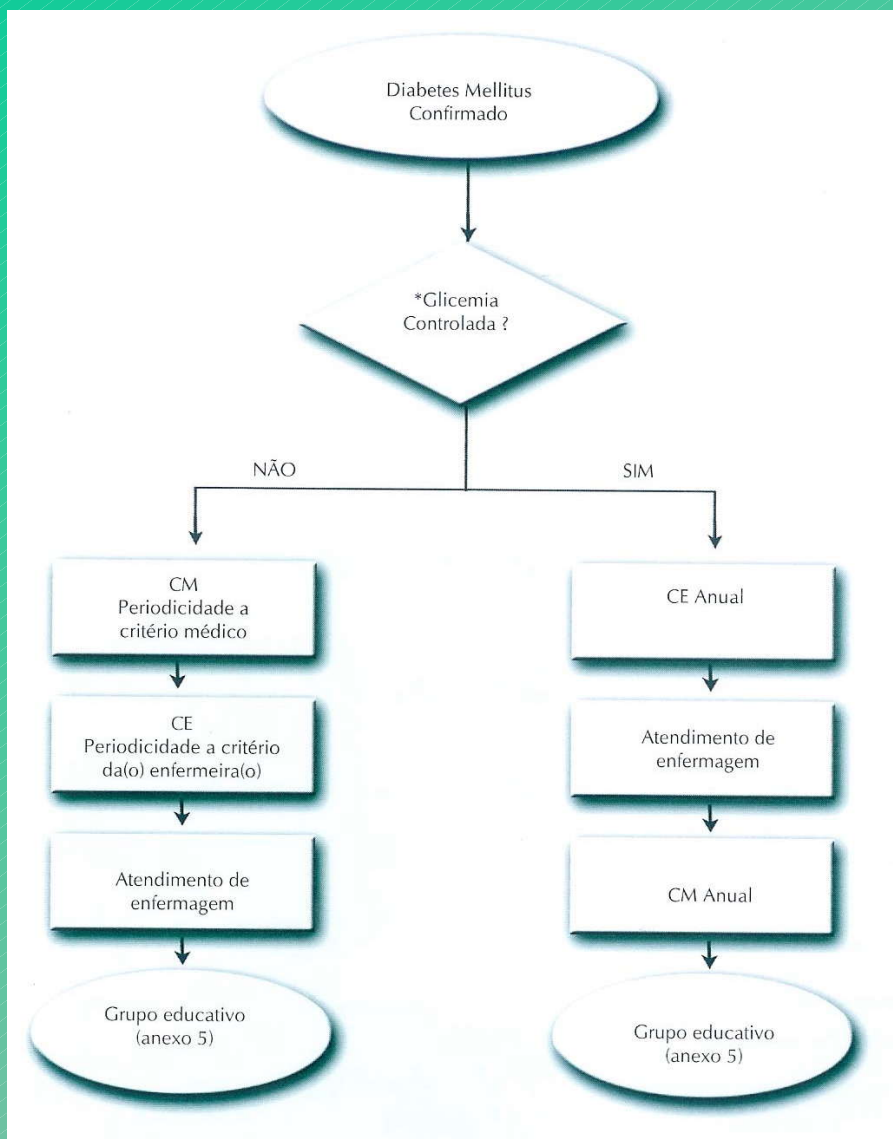
- Sintomas clássicos de DM e valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl;
- Sintomas clássicos de DM e valores de glicemia realizada em qualquer momento do dia, iguais ou superiores a 200 mg/dl;
- Indivíduos assintomáticos, porém com níveis de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl, em mais de uma ocasião.

4 – FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO

Obs.: O atendimento de enfermagem é realizado pelo Auxiliar de Enfermagem para verificação da glicemia capilar prescrita pelo médico ou enfermeira(o) e orientações sobre o tratamento.

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

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



* Para o controle glicêmico, deve-se procurar atingir os valores mais próximos ao normal, aceitando-se valor de glicose plasmática em jejum até 126 mg/dl e de duas horas pós-prandial até 160 mg/dl. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO

IV – DIABETES MELLITUS

5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Questionar sobre:

ANAMNESE

- **O conhecimento do cliente em relação a diabetes mellitus;**
- **Sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento), apresentação inicial, evolução estado atual, tempo de diagnóstico;**
- **Exames laboratoriais anteriores;**
- **Padrões de alimentação, estado nutricional, evolução do peso corporal;**
- **Tratamento(s) prévio(s) e resultados;**

IV – DIABETES MELLITUS

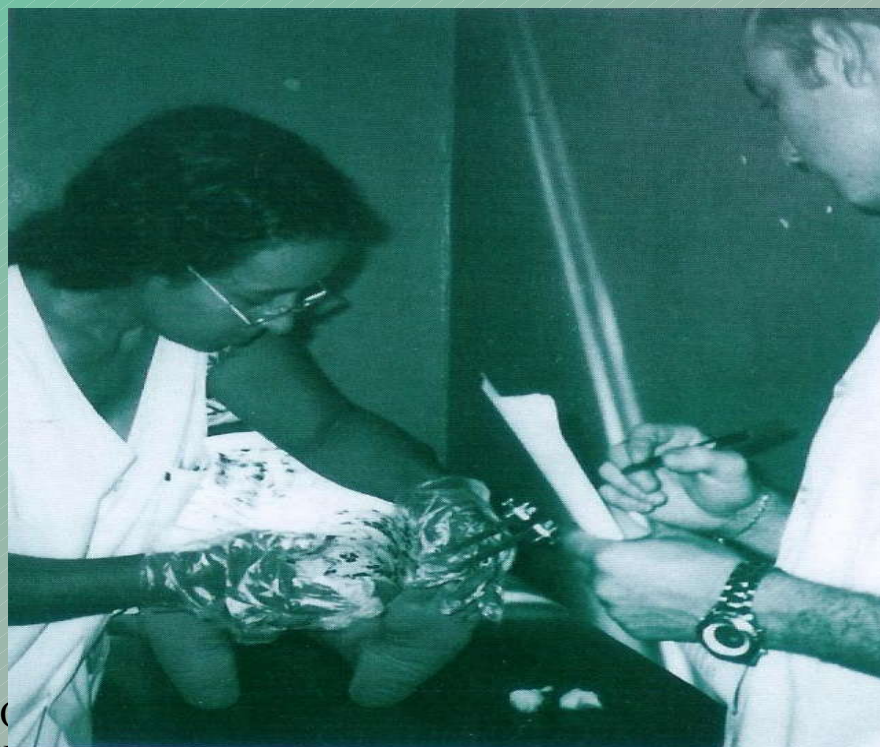
5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Prática de atividade física;
- Intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia);
- Infecções de pés, pele, dentária e geniturinária;
- Úlceras de extremidades, parestesias, distúrbios visuais;
- Infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular encefálico (AVE) no passado;
- Uso de medicações que alteram a glicemia;

IV – DIABETES MELLITUS

5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Fatores de risco para aterosclerose (hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar);
- História familiar de DM ou outras endocrinopatias;
- Histórico gestacional;
- Passado cirúrgico.



IV – DIABETES MELLITUS

5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO

- Peso e altura: excesso de peso tem forte relação com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica. 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/m².

IV – DIABETES MELLITUS

5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Índice de Massa Corporal:

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

Classificação	IMC	Risco de co-morbidade
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30 – 34,9	Moderado
Obeso classe II	35 – 39,9	Grave
Obeso classe III	>40	Muito grave

PROTÓCOLOS DE

*Organização Mundial da Saúde, 1998
SAÚDE, MAM SMS SÃO PAULO

2003

IV – DIABETES MELLITUS

5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Palpação da tireóide;**
- **Circunferência da cintura e do quadril para cálculo da RCQ – Relação Cintura-Quadril (RCQ normal: homens até 1cm,mulher até 0,80mm);**
 - **Técnica de medida: paciente em pé, sem roupa, fita métrica inelástica; medir entre o rebordo costal e crista ilíaca.**

Sexo	Aumentado	Muito aumentado
Masculino	94cm	102cm
Feminino	80cm	88cm

IV – DIABETES MELLITUS

5 – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Exame da cavidade oral (gengivite, problemas odontológicos, candidíase);
- Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de MMII;
- Exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades;
- Exame neurológico: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, táctil e vibratória e doloroso;
- Medida de PA.

IV – DIABETES MELLITUS

6 – AVALIAÇÃO LABORATORIAL*

Os exames laboratoriais necessários para o segmento são:

- **Glicemia de jejum;**
- **Hemoglobina glicada;**
- **Colesterol total e frações;**
- **Triglicérides;**
- **Creatinina;**
- **Uréia;**
- **Urina I; e**
- **Proteinúria de 24 horas.**

* Outros exames complementares, tais como ECG e fundo de olho, podem ser solicitados de acordo com a rotina interna da unidade.

IV – DIABETES MELLITUS

7 – METAS DO TRATAMENTO

- **Glicose plasmática:**
 - Jejum: 110 mg/dl (até 126)
 - 2 horas pós-prandial: 140 mg/dl (até 160).
- **Hemoglobina glicada:** até um ponto percentual acima do limite superior do método utilizado.
- **Colesterol:**
 - Total < 200mg/dl
 - HDL > 45mg/dl
 - LDL < 100 mg/dl

IV – DIABETES MELLITUS

7 – METAS DO TRATAMENTO

- Triglicérides <150mg/dl
- Pressão Arterial:
 - Sistólica < 135 mmHg
 - Diastólica < 80mmHg
- IMC: 20 – 25 Kg/m²



*“ Ninguém educa
ninguém...*

*Ninguém educa
a si mesmo.*

*As pessoas se
educam entre si,
mediatizadas pelo
Mundo.”*

Paulo Freire

IV – DIABETES MELLITUS

8 – CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQÜENTE

Anamnese:

- Avaliação da aderência à medicação atual;
- Identificar aderência à atividade física;
- Hábitos (fumo, álcool, alimentares, etc.).

Exame físico geral:

Peso, altura, pressão arterial, avaliação da cavidade oral.

IV – DIABETES MELLITUS

8 – CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQÜENTE

Exame físico específico:

- **Avaliação de riscos dos membros inferiores: sensibilidade térmica, tátil, dolorosa e vibratória;**
- **Identificar:**
 - **Uso do sapato adequado;**
 - **Corte das unhas; deformidades, calosidades;**
 - **Diminuição ou ausência de pulso;**
 - **Dores, câimbras, parestesia, sensação de queimação.**

IV – DIABETES MELLITUS

9 – *TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO*

Compete a(o) enfermeira(o) a transcrição das medicamentos durante a realização da sistematização da assistência de enfermagem.

O tratamento do DM inclui a sensibilização do cliente para modificações do estilo de vida, educação, reorganização dos hábitos alimentares e aumento da atividade física (anexo 4).

IV – DIABETES MELLITUS

10 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os medicamentos anti-diabéticos 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.

IV – DIABETES MELLITUS

10 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os medicamentos indicados são:

- insulina em caso de diabetes tipo 1,
- os anti-diabéticos orais como: sulfoniluréias, metformina, ascarbose e tiazolodonedionas;
- alguns pacientes diabéticos tipo 2 irão necessitar de terapia insulínica logo após o diagnóstico e muitos ao longo do tratamento.

IV – DIABETES MELLITUS

11 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS

- *Prevenção das complicações*

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-medicamentosos, como descrito anteriormente.

IV – DIABETES MELLITUS

11 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS

- *Prevenção das complicações*

As complicações crônicas podem ser divididas em três grupos principais:

Microangiopatia: retinopatia e nefropatia;

Neuropatia: autonômica e/ou periférica;

Macroangiopatia: aterosclerose coronariana, cerebral e periférica dos membros inferiores.

IV – DIABETES MELLITUS

11 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS

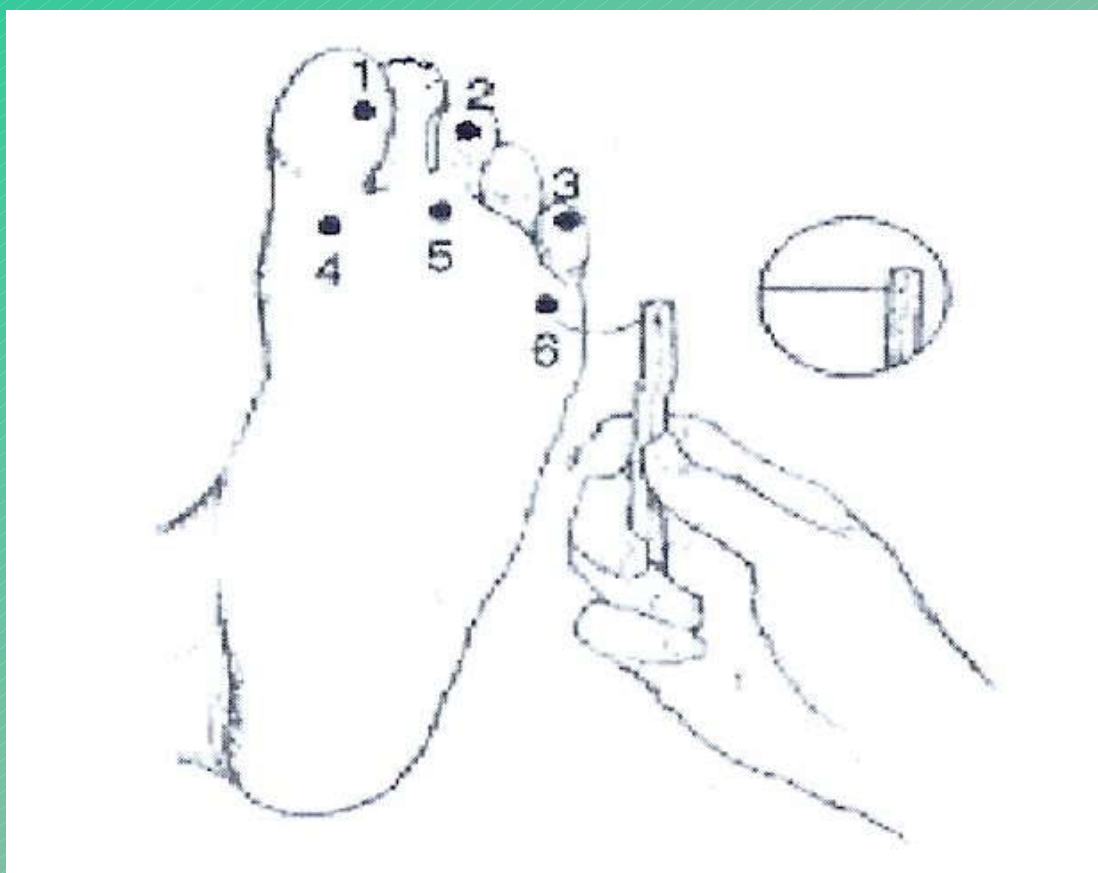
- *Classificação do risco no pé do diabético, abordagem e seguimento clínico*

Neuropatia ausente	Risco 0	Grupo educativo Avaliação anual
Neuropatia presente, sem deformidades	Risco 1	Grupo educativo Uso de calçados adequados Avaliação semestral
Neuropatia presente, deformidades Presente	Risco 2	Grupo educativo Uso de calçados adequados/ especiais, palmilhas, órteses. Avaliação trimestral
Úlcera/ Amputação prévia	Risco 3	Grupo educativo Uso de calçados adequados/ especiais, palmilhas, órteses. Avaliação bimestral

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

A) Teste de sensibilidade (Realizar com monofilamento de 10 gramas)



Perda da sensibilidade protetora:

Insensível em pelo menos 2 dos 6 pontos

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

B) Classificação da Úlcera Neuropática em MMII (pé do diabético)

Grau 0 doença vascular periférica ou neuropática, deformidades dos pés e unhas, sem lesão

Grau 1 úlcera superficial

Grau 2 úlcera profunda (tendão, ligamentos e/ou articulações)

Grau 3 infecção localizada

Grau 4 gangrena local (dedo, antepé ou calcanhar)

Grau 5 gangrena extensa (todo o pé)

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

C) Problemas mais freqüentes:

- **Bolhas/calos;**
- **Verrugas plantares;**
- **Infecção por micose interdigital**
- **Pequena infecções nas unhas;**
- **Unhas encravadas;**
- **Pequenos ferimentos; e**
- **Fissuras.**

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- **Bolhas serosas:**
 - **Medidas preventivas;**
 - **Não perfurar as bolhas;**
 - **Bolhas perfuradas: AGE+Hidrocolóide**

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- Calos:
 - Hidratação: 15 minutos em água morna com óleo mineral
 - Lubrificação AGE: Hidratante (lanolina ou uréia)+Óleos vegetais;
 - Colocar protetores ou palmilhas vazadas;
 - Banhar os pés com água morna;
 - Remoção cirúrgica ou desbridamento mecânico, por profissional capacitado;
 - Não recortar com tesouras ou alicates.

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- Fissuras:
 - Hidratação
 - Lubrificação } AGE+
Óleos vegetais
- Medidas preventivas;
- Atentar para sinais de infecção;
- Indicar o uso de pomada com vitamina A e D para prevenção.

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- Micose interdigital:
 - Manter dedos secos
 - Avaliação médica

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- Unhas com micose:
 - Avaliação médica
 - Cuidados locais: se tratamento tópico coadjuvante (lixar unhas para melhor absorção).
 - Manter local ventilado;
 - Usar meias de algodão;
 - Secar os pés após o banho.

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- Lesões queratósicas:
 - Banhar com água morna;
 - Lubrificação {
 - AGE
 - Óleos vegetais

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

D) Tratamento:

- Infecção:
 - Avaliação médica;
 - Controle glicêmico.

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

CUIDADOS COM OS PÉS

- Lavar com água morna e sabão neutro.
- Evitar água muito quente.
- Secar com os pés, especialmente entre os dedos.
- Utilizar um hidratante, não passando entre os dedos.
- Cortar as unhas de forma reta e horizontal, sem cortar os cantos, podendo ser aparados com uma lixa fina de unha.
- Não remover calos nem tentar corrigir unhas encravadas.
- Usar sapatos que não apertem, preferencialmente de couro e sem costuras em cima.

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7) **CUIDADOS COM OS PÉS**

- **Não usar sapatos sem meias (de lã no inverno e algodão no verão).**
- **Comprar os sapatos novos no final do dia e deverão ser usados primeiro em casa, durante 2 horas, para amaciar.**
- **Evitar o uso do mesmo sapato todos os dias.**
- **Não usar calçados muito largos, pois favorecem o atrito e formação de bolhas.**
- **Examinar os pés diariamente e, se detectar alguma alteração, procurar a equipe de saúde.**

IV – DIABETES MELLITUS

12 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOS PÉS (ANEXO 7)

CUIDADOS COM OS PÉS

- Evitar andar descalço ou de chinelos.
- Não é recomendável o corte e o uso de substâncias químicas para remoção de calos e calosidades.
- A confecção de calçados especiais poderá ser indicada nos casos de deformidades, especialmente a de Charcot.



PROTÓCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003

IV – DIABETES MELLITUS

13 – AUTOMONITORAMENTO

É a parte fundamental do controle glicêmico e seu teste de referência é a glicemia capilar. No entanto, razões de ordem psicológica, econômica ou social dificultam ou impedem a realização desta técnica.

Nestes casos, a medida da glicose, especialmente pós-prandial, pode ser uma alternativa para os paciente portadores de diabetes tipo 2.

IV – DIABETES MELLITUS

13 – AUTOMONITORAMENTO

Convém lembrar que testes de glicose urinária são métodos indiretos de avaliação do controle glicêmico e testes negativos não permitem a distinção entre hipoglicemia, euglicemia ou hiperglicemia leve ou moderada.

Os resultados devem ser revisados juntamente com a equipe de saúde e os clientes orientados sobre os objetivos do tratamento e as providências a serem tomadas.

IV – DIABETES MELLITUS

13 – AUTOMONITORAMENTO

Clientes em uso apenas de insulina, ou durante a gestação, ou durante intercorrências clínicas, devem realizar medidas freqüentes pelo menos 4 vezes ao dia (jejum, antes das refeições e ao deitar). Devem ser feitas também sempre que houver suspeita de hipoglicemia.

IV – DIABETES MELLITUS

13 – AUTOMONITORAMENTO

Clientes usuários de dose noturna de insulina e medicamentos orais durante o dia, ou apenas medicamentos orais, medidas de glicemia capilar antes do café e antes do jantar são suficientes.

À medida em que os níveis glicêmicos permanecem estáveis, avaliações da glicemia capilar podem ser realizadas apenas uma vez por dia, em diferentes horários.

IV – DIABETES MELLITUS

14 – TÉCNICA RECOMENDADA PARA COLETA DE SANGUE CAPILAR

- Lavar bem as mãos com água e sabonete;
- Fazer movimento com os dedos ou esfrega-los para que fiquem avermelhados ou menos pálidos. Outro método é deixar o braço caído por 30 segundos;
- Passar o chumaço de algodão com pouco álcool na face lateral da ponta do dedo. Esperar secar;

IV – DIABETES MELLITUS

14 – TÉCNICA RECOMENDADA PARA COLETA DE SANGUE CAPILAR

- Puncionar a face lateral da ponta do dedo (pele mais fina e dói menos) com lanceta, agulha de insulina, qualquer outra agulha desde que esteja esterilizada ou lancetadores;
- Pressionar levemente o dedo, da base para a ponta, para que saia a gota de sangue suficiente para cobrir toda área da fita;

IV – DIABETES MELLITUS

14 – TÉCNICA RECOMENDADA PARA COLETA DE SANGUE CAPILAR

- Com a região do dedo puncionada, voltada para baixo, colocar a gota de sangue na superfície de toda a área da fita ou em locais designados para tal, conforme a fita e aparelho empregado;
- Exatamente no momento em que o sangue toca a fita iniciar a marcação do tempo. Nos aparelhos modernos não há necessidade de marcar tempo.

IV – DIABETES MELLITUS

14 – TÉCNICA RECOMENDADA PARA COLETA DE SANGUE CAPILAR

Indicação do Monitoramento na Unidade Básica de Saúde através da Glicemia Capilar

- Suspeita de hiperglicemia ou hipoglicemia;
- Ajuste de dose e/ou alteração de medicação;
- Busca ativa de indivíduos de grupo de risco.

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia ocorre quando o valor glicêmico é inferior a 60mg/dl.

CAUSAS DA HIPOGLICEMIA

- Alimentação insuficiente, atraso no horários ou esquecimento de alguma refeição;
- Excesso de exercício (esporte e trabalhos pesados) ou falta de planejamento para a realização de exercícios;

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

CAUSAS DA HIPOGLICEMIA

- Excesso de insulina;
- Vômitos ou diarreia;
- Ingestão de bebidas alcoólicas, principalmente de estômago vazio.

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

SINAIS E SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA

Leve

- Tremores, fraqueza, suor intenso, palpitação, palidez, ansiedade e fome.

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

SINAIS E SINTOMAS DE HIPOGLICEMIA

Moderada

- Tontura, diplopia, esquecimento, incapacidade de concentração, dor de cabeça, irritabilidade, choro, rebeldia, fala confusa, perda de coordenação motora;

Grave

- Sonolência, convulsão e inconsciência.

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

TRATAMENTO

Nas hipoglicemias leves e moderadas

- **Verificar a glicemia: se menor que 60 mg/dl tomar um copo natural de frutas ou refrigerante normal ou 3 colheres (chá de açúcar ou de geléias normal;**
- **Esperar 15 minutos e verificar novamente a glicemia ou a regressão dos sintomas;**

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

TRATAMENTO

Nas hipoglicemias leves e moderadas

- Se a glicemia continuar menor que 60 mg/dl ou persistirem os sintomas, repetir tratamento;
- 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).

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

TRATAMENTO

Nas hipoglicemias mais graves

- **Se o paciente estiver sonolento e sem vontade de ingerir alimentos ou líquidos e/ou já estiver apresentando convulsões, administrar glicose hipertônica, 30 a 40 ml/EV ou glucagon 01 ampola (1ml) SC ou conforme prescrição médica ou transferis ao proto-socorro.**

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

PREVENÇÃO

- Alimentar-se em quantidades adequadas e em horários regulares, conforme recomendado;
- Verificar a glicemia capilar com regularidade;
- Ingerir alimentos habituais antes da realização dos exercícios;

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

PREVENÇÃO

- 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;
- Reconhecer e tratar rapidamente os sintomas;

IV – DIABETES MELLITUS

15 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPOGLICEMIA

PREVENÇÃO

- **Certificar-se de que a dose de insulina corresponde com a prescrição;**
- **Carregar sempre algum alimento (recomendado para o tratamento) e um cartão de identificação “sou portador de diabetes”;**
- **Ensinar a comunidade sobre hipoglicemia.**

IV – DIABETES MELLITUS

16 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPERGLICEMIA

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

CAUSAS DE HIPERGLICEMIA

- Excesso de alimentação;
- Inatividade física ou redução na atividade física habitual;
- Quantidade insuficiente de insulina, esquecimento da aplicação, aplicação em local incorreto ou uso de insulina vencida;

IV – DIABETES MELLITUS

16 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPERGLICEMIA

CAUSAS DE HIPERGLICEMIA

- Prática de exercício físico com glicemia elevada e presença de cetonúria;
- Estresse emocional intenso;
- Uso de drogas hiperglicemiantes;
- Presença de doenças febris e traumáticas agudas.

IV – DIABETES MELLITUS

16 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPERGLICEMIA

SINAIS E SINTOMAS DE HIPERGLICEMIA

- Polidipsia;
- Xerostomia;
- Poliúria;
- Hálito cetônico;
- Dor abdominal;
- Rubor facial;
- Perda de peso;
- Náusea e vômitos;
- Respiração rápida e profunda;
- Cefaléia;
- Visão turva;
- Fadiga;
- Alteração do humor;
- Sonolência e prostração.

IV – DIABETES MELLITUS

16 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPERGLICEMIA

TRATAMENTO

- Verificar a glicemia capilar e, se maior que 250 mg/dl, realizar orientações de enfermagem e referir para o atendimento médico.
- Orientações de Enfermagem:
 - Plano alimentar;
 - Uso correto da medicação prescrita;
 - Atividade física;
 - Ingerir pequenas quantidades de água a cada 20 ou 30 minutos.

IV – DIABETES MELLITUS

16 – RECONHECIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE HIPERGLICEMIA

PREVENÇÃO

- Incentivar a participação do cliente e familiares nos grupos educativos;
- Visita domiciliar mensal do ACS;
- Estimular a participação nos grupos de caminhada;
- Planejar com o cliente uma alimentação adequada.



PROCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003

IV – DIABETES MELLITUS

17 – TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA

1. Lave bem as mãos.
2. Separe a seringa de insulina e algodão embebido em álcool.
3. Misture a insulina, girando levemente o frasco entre as mãos. Nunca agite o frasco rapidamente.
4. Limpe bem a tampa de borracha do frasco da insulina com algodão embebido em álcool. Espere secar.
5. 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 tomar (faça isso com a agulha protegida).

IV – DIABETES MELLITUS

17 – TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA

6. Tire o protetor da agulha. Injete essa quantidade de ar dentro do franco, pressionando o êmbolo da seringa.
7. 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 tomar.
8. 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.

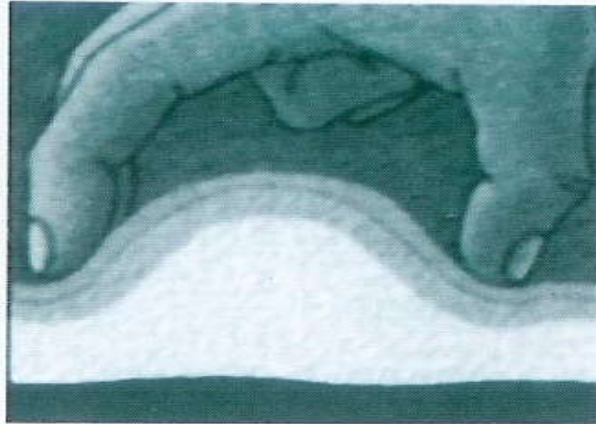
IV – DIABETES MELLITUS

17 – TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA

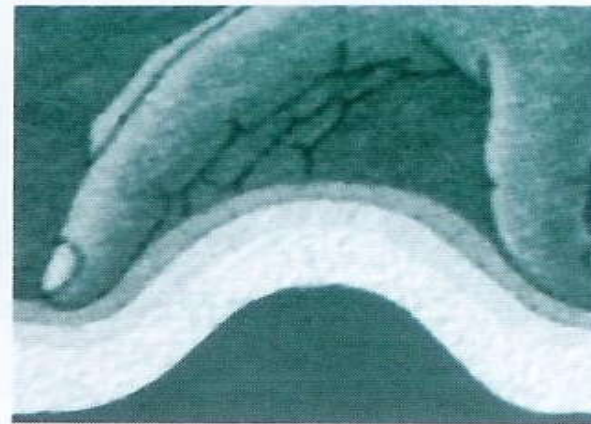
9. Utilizando agulhas 13x4,5mm, faça a prega cutânea, pressionando entre os dedos polegar e indicador uma camada de pele e gordura de mais ou menos 5 cm.
10. Limpe o local a ser aplicado com algodão embebido em álcool e espere secar.
11. Faça a prega cutânea, introduza a agulha e injete a insulina. Aguarde cinco segundos ainda com a agulha na pele para garantir que toda a insulina foi aplicada.
12. Retire a agulha e passe um algodão com álcool sobre o local.
13. Após a aplicação, coloque a seringa ou agulha no coletor de materiais perfuro cortantes.

IV – DIABETES MELLITUS

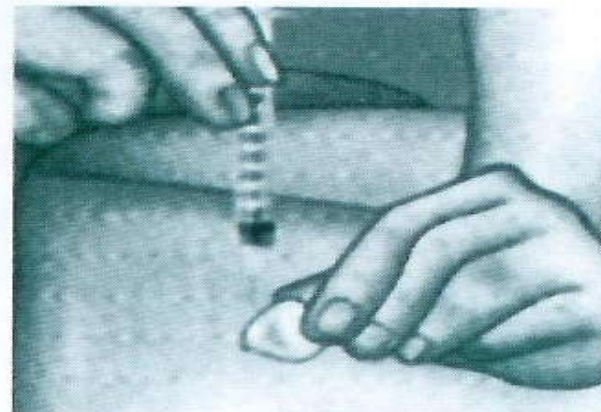
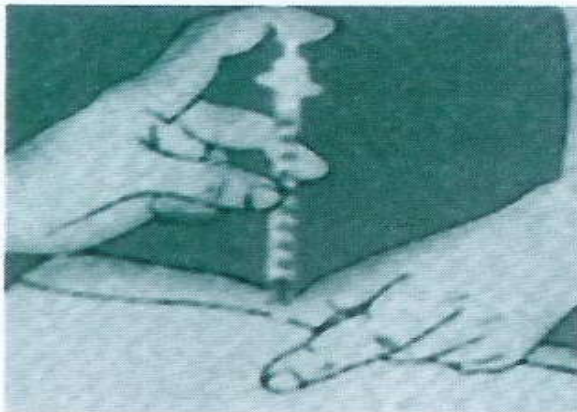
17 – TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA



Correta



Incorreta



IV – DIABETES MELLITUS

18 – CONSERVAÇÃO DA INSULINA

1 – *Recomendações quanto à temperatura*

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.

- 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 deve ser evitado.

IV – DIABETES MELLITUS

18 – CONSERVAÇÃO DA INSULINA

1 – Recomendações quanto à temperatura

- 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.

IV – DIABETES MELLITUS

18 – CONSERVAÇÃO DA INSULINA

2 – *Recomendações quanto ao transporte*

- Durante o transporte de curta duração, a insulina pode ser mantida em condições não refrigeradas, desde que não exposta ao calor excessivo. Nunca deixar a insulina exposta ao Sol;
- Durante o transporte de longa duração, retirar a insulina da geladeira e conservá-la em recipiente de isopor sem gelo, recolocar a insulina na geladeira logo que chegar ao destino;

IV – DIABETES MELLITUS

18 – CONSERVAÇÃO DA INSULINA

2 – *Recomendações quanto ao transporte*

- **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.**

V – DISLIPIDEMIA

1 – 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.**

V – DISLIPIDEMIA

2 – CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

Dislipidemias primárias: origem genética.

Dislipidemias secundárias a doenças: causadas por outras doença como: hipotireoidismo, diabetes mellitus tipo 2, síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, etc.

V – DISLIPIDEMIA

2 – CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

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.

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.)



PROCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003

V – DISLIPIDEMIA

3 – VALORES DE REFERÊNCIA DOS LÍPIDES PARA INDIVÍDUO > 20 ANOS DE IDADE

Colesterol Total

Categoria	Ótimo	Limítrofe	Alto
Valores (mg/dl)	<200	200-239	≥240

LDL - Colesterol

Categoria	Ótimo	Desejável	Limítrofe	Alto	Muito Alto
Valores (mg/dl)	<100	100-129	≥240	160-189	≥190

V – DISLIPIDEMIA

3 – VALORES DE REFERÊNCIA DOS LÍPIDES PARA INDIVÍDUO > 20 ANOS DE IDADE

HDL - Colesterol

Categoria	Baixo	Alto
Valores (mg/dl)	<40	>60

Triglicérides

Categoria	Ótimo	Limítrofe	Alto	Muito Alto
Valores (mg/dl)	<150	150-199	200-499	≥500

V – DISLIPIDEMIA

4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

As dislipidemias – Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia com HDL – colesterol baixo são importantes fatores de risco cardiovascular, e a base do controle é representada por mudanças dietéticas, com redução do consumo de gordura e substituição parcial das gorduras saturadas por mono e poliinsaturadas e redução da ingestão diária de colesterol.

V – DISLIPIDEMIA

5 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

As vastatinas ou estatinas são os medicamentos de escolha para se reduzir o LDL-C em adultos e também elevam o HDL-C de 5% para 15% e reduzem os TG de 70% para 30%, podendo assim também ser utilizados nas hipertrigliceridemias leves e moderadas.

Destacamos que a indicação do uso de medicamentos deverá estar a critério do médico da equipe ou se necessário, de outros serviços.

VI – ANEXOS

ANEXO 1

PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO ADULTO

I) NOME _____ SEXO _____
IDADE _____ PROFISSÃO _____ DATA ____/____/____

II) ANTECEDENTES PESSOAIS:

() HIPERTENSÃO ARTERIAL () DIABETES MELLITUS () TABAGISMO () ETILISMO
() OBESIDADE () CARDIOPATIA () D. INFECTO CONTAGIOSA () CIRURGIA
ANTERIOR _____ () OUTRAS DOENÇAS _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

III) HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: VACINAÇÃO: _____

ATIVIDADE FÍSICA: TIPO _____ FREQUÊNCIA _____

EXAMES ANTERIORES _____

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: _____

HÁBITOS ALIMENTARES: _____

IV) EXAME FÍSICO: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ PA: _____ DUM: _____
Circunferência Abdominal: _____

PELE E ANEXOS: _____

CABEÇA: COURO CABELUDO _____ OLHOS _____
NARIZ _____ OUVIDO _____ BOCA _____

SISTEMA LINFÁTICO _____

TÓRAX: MAMAS/MAMILOS _____ AUSCULTA PULMONAR _____

AUSCULTA CARDÍACA _____

ABDÔMEN: () PLANO () GLOBOSO () RÍGIDO () FLÁCIDO () TIMPÂNICO
() DISTENDIDO () DOLOROSO À PALPAÇÃO

GENITÁLIA: _____ ÂNUS _____

MEMBROS: MMSS _____ MMII _____

DOR: LOCAL _____ TIPO _____ INTENSIDADE _____

V) DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: _____

VI) PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM _____

ASSINATURA COREN: _____

VI – ANEXOS

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

Na educação alimentar, alguns itens devem ser considerados em todas as atividades de informação, educação e comunicação:

- **Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais;**
- **Promover o peso saudável através de mensagens positivas;**
- **Promover a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis;**
- **Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados;**

VI – ANEXOS

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

- **Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente;**
- **Esclarecer que a alimentação saudável não é cara;**
- **Garantir a sustentabilidade das atividades de informação, educação e comunicação;**
- **Não reforçar padrões estéticos.**

VI – ANEXOS

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

Os dez passos para a manutenção do peso saudável:

1º Passo: Coma frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes ao dia.

2º Passo: Consuma feijão pelo menos quatro vezes por semana.

3º Passo: Evite alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras.

4º Passo: Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango.

VI – ANEXOS

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

5º Passo: Nunca pule refeições, faça três refeições e um lanche por dia. No lanche, escolha uma fruta.

6º Passo: Evite refrigerantes e salgadinhos.

7º Passo: Faça as refeições com calma e nunca na frente da televisão.

8º Passo: Aumente a sua atividade física diárias. Ser ativo é se movimentar. Evite ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar.

VI – ANEXOS

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

9º Passo: Suba escadas ao invés de usar o elevador; caminhe sempre que possível e não passe longos períodos sentado assistindo TV.

10º Passo: Acumule trinta minutos de atividade física todos os dias.

VI – ANEXOS

ANEXO 3 – DIETA HIPOSSÓDICA

Alimentos a serem evitados:

- **Salsicha, lingüiça, mortadela, salame, presunto, chouriço, carne seca.**
- **Alimentos em conserva como: ervilha, sardinha, palmito, etc.**
- **Toucinho defumado, bacalhau, camarão seco, maionese industrializada.**
- **Queijos salgados.**

VI – ANEXOS

ANEXO 3 – DIETA HIPOSSÓDICA

Alimentos a serem evitados:

- **Molhos prontos (tipo inglês, soja, catchup, mostarda).**
- **Bolachas salgadas.**
- **Margarina e manteiga com sal.**
- **Salgadinhos.**
- **Sopas e temperos industrializados.**

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

- **Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia**

O tratamento não-medicamentoso tem como objetivo principal diminuir a morbidade e mortalidade por meio de modificações no estilo de vida. Dentre essas modificações citamos:

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

1. Exercício físico regular

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

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

1. Exercício físico regular

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.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

1. Exercício físico regular

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

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

2. Redução do peso corporal

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 25Kg/m² e circunferência abdominal (homens inferior a 102cm e mulheres inferior a 88cm).

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

3. Princípios da terapia dietética estão apresentados abaixo:

- **Respeitar a dieta hipocalórica balanceada, evitando o jejum ou as dietas “milagrosas”.**
- **Manter o consumo diário de colesterol inferior a 300mg.**
- **Substituir gorduras animais por óleos vegetais (mono e poliinsaturados).**

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

3. Princípios da terapia dietética estão apresentados abaixo:

- Reduzir o consumo de sal a menos de 6 g/dia (1 colher de chá).
- Evitar açúcar e doce.
- Preferir ervas, especiarias e limão para temperar os alimentos.
- Ingerir alimentos cozidos, assados, grelhados e refogados.
- Utilizar alimentos integrais, hortaliças e legumes, preferencialmente.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

4. Redução na ingestão de sal/sódio

O sal (Cloreto de Sódio – NaCl) tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial.

Os estudos mostram a forte correlação entre ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

4. Redução na ingestão de sal/sódio

Alguns até mostram a relação entre a redução salina e a diminuição da mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE) e redução da hipertrofia ventricular esquerda.

Desta forma, a restrição de sal na dieta é recomendada para a população de modo geral.

A ingestão de sal deve ser em torno de 100 mEq/dia (6g de sal=1 colher de chá).

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

4. Redução na ingestão de sal/sódio

Deve-se evitar a ingestão de alimentos processados industrialmente, tais como enlatados, conservas, embutidos e defumados.

Orientar os pacientes a utilizar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, além de evitar o uso do saleiro à mesa durante as refeições.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

5. Abandono ou redução do consumo de bebidas alcoólicas

O consumo excessivo de bebida alcoólica eleva a pressão arterial, variabilidade pressórica, prevalência da hipertensão e é causa de resistência anti-hipertensiva.

Além disso, cada ml de álcool fornece 7 calorias, o que interfere no controle do peso corpóreo.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

5. Abandono ou redução do consumo de bebidas alcoólicas

Para homens o consumo máximo diário de álcool/etanol não deve ultrapassar 30ml, o que corresponde a 60ml de bebida destilada (uísque, aguardente) ou 240ml de vinho ou 720ml de cerveja.

Em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso, a ingestão alcoólica não deve ultrapassar 15ml de etanol/dia.

Lembramos que os indivíduos devem ser estimulados a abandonar o álcool.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

6. Abandono do Tabagismo

O tabagismo é um poderoso fator de risco de doença cardiovascular. Cada cigarro fumado é acompanhado de um aumento significativo da pressão arterial.

A interrupção do tabagismo deve ser acompanhada de recomendações de restrição calórica e do aumento da atividade física, para evitar o ganho de peso.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

7. Medidas antiestresse

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

Algumas medidas podem ser adotadas para se lidar com estresse:

- Alimentação rica em legumes, verduras e frutas.
- Utilizar-se de técnicas de relaxamento.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

7. Medidas antiestresse

- Realizar atividades físicas (andar pelo bairro, passear nas praças, subir escadas).
- Repouso, sono apropriado às necessidades.
- Lazer e diversão.
- Psicoterapias e medicação, se necessário.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

8. Controle do Diabetes Mellitus

Para o controle alimentar, nos casos de diabetes, é necessário que não sejam consumidos açúcares (refinado, mascavo ou cristal), mel, melado, caldo de cana, doces em geral, refrigerantes e sucos adoçados com açúcar.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

8. Controle do Diabetes Mellitus

Os produtos dietéticos poderão ser usados com moderação, após análise cuidadosa dos rótulos, para se ter certeza que não existe nenhum produto contra-indicado.

- Alimentos *diet* = isentos de sacarose, quando destinados a indivíduos diabéticos, mas que podem ter valor calórico elevado, por seu teor de gorduras ou outros componentes.

- Alimentos *light* = de valor calórico reduzido, em relação aos alimentos convencionais

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

9. Controle das dislipidemias

Medidas para o controle das dislipidemias:

a. Aumentar o conteúdo de fibras da dieta: as fibras alimentares são importantes para retardar o tempo de esvaziamento gástrico e diminuir a absorção de colesterol e de glicose, favorecendo assim o controle da colesterolemia e da glicemia, além de aumentar a sensação de saciedade, contribuindo assim para a normalização do peso corpóreo.

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

9. Controle das dislipidemias

- b. Substituir os carboidratos simples (açúcar, mel e doces) pelos complexos (massas, cereais, frutas, grão, raízes e legumes).**
- c. Restringir bebidas alcoólicas.**
- d. Aumentar atividade física.**
- e. Abandonar o tabagismo.**
- f. Reduzir a ingestão de gorduras saturadas utilizando preferencialmente gorduras mono e poliinsaturadas na dieta.**

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

10. Evitar drogas que podem elevar a pressão arterial

- **Anticoncepcionais orais.**
- **Antiinflamatórios não esteróides.**
- **Anti-histamícos descongestionantes.**
- **Antidepressivos tricíclicos.**
- **Corticostecoróides, esteróides anabolizantes.**
- **Vasoconstritores nasais.**
- **Carbenoloxona.**
- **Ciclosporina.**

VI – ANEXOS

ANEXO 4 – TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

10. Evitar drogas que podem elevar a pressão arterial

- Inibidores da monoaminoxidase (IMAO).
- Chumbo, cádmio, tálio.
- Moderadores do apetite.
- Hormônios tireoideanos (altas doses).
- Antiácidos ricos em sódio.
- Eritropoetina.
- Cocaína.
- Cafeína.

VI – ANEXOS

ANEXO 5 – AÇÕES EM GRUPOS

Atividades educativas e terapêuticas, desenvolvidas com grupos de pacientes e seus familiares, sendo adicionais às atividades individuais, estimulam a relação social, troca de informação e apoio mútuo.

A-Busca Ativa

População Alvo: cadastramento maiores de 20 anos, especialmente aqueles com história familiar.

Objetivos: captação de casos novos.

Nº de participantes: máximo de 30.

VI – ANEXOS

ANEXO 5 – AÇÕES EM GRUPOS

Metodologia:

- Apresentação da equipe completa.
- Proposta do grupo, ênfase na importância epidemiológica da hipertensão arterial e diabetes mellitus e prevenção.
- Verificação de peso, estatura, IMC, PA, glicemia capilar (no caso de busca para Diabetes)
- Encaminhamento de acordo com fluxo do programa.

Periodicidade: variando de acordo com a realidade da UBS.

VI – ANEXOS

ANEXO 5 – AÇÕES EM GRUPOS

OBS.: Se glicemia capilar:

>126 mg/dl - solicitar glicemia de jejum;

≥200 mg/dl - com sintomas clássicos, iniciar tratamento.

B-Grupo Educativo

População Alvo: *aberto a todos os usuários.*

Objetivos: estimular aderência ao tratamento, conhecimento sobre a patologia, prevenção de complicações e abordar temas de interesse do grupo, como: atividade física, auto-estima, alimentação adequada, etc.

VI – ANEXOS

ANEXO 5 – AÇÕES EM GRUPOS

Nº de participantes: máximo de 20.

Metodologia: da problematização, proporcionando troca de experiência entre os participantes. Convite por meio de cartazes, divulgação nas VDS e consultas, etc.

Periodicidade: de acordo com a UBS, garantindo no mínimo 2 ao ano.



VI – ANEXOS

ANEXO 6

SUGESTÃO DE FICHA DE EVOLUÇÃO DOS DADOS

Nome _____ Micro _____ Família _____ Patologia _____

Data																				
Dados																				
Peso																				
Altura																				
IMC																				
Cir. Abd.																				
Tabagismo																				
Etilismo																				
Dieta																				
Ativ. Física																				
HB / Ht																				
Glic.																				
Hb glicada																				
U / C																				
Na / K																				
Ac. Úrico																				
Colt. total																				
HDL																				
LDL																				
VLDL																				
Trigl.																				
TSH																				
PSA																				
Urina I																				
RX Tórax																				
ECCG																				
ECO																				
Fundoscopia																				
CCO																				
Mamografia																				
Outros																				

VI – ANEXOS

ANEXO 7 – SUGESTÃO DE FICHA DE AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Preencha com “S” ou “N” as ocorrências encontradas abaixo:

	Pé Direito	Pé Esquerdo
Existe um histórico de ulcerações nos pés?		
O pé apresenta uma forma anormal?		
Existe uma deformação dos dedos?		
As unhas são grossas ou encravadas?		
Existem calos?		
Existe edema?		
O cliente apresenta uma elevação de temperatura da pele?		
Existe fraqueza muscular?		
O cliente pode avaliar as plantas de seu pé?		
O cliente utiliza sapatos adequados?		
Há presença de amputações?		

VI – ANEXOS

ANEXO 7 – SUGESTÃO DE FICHA DE AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Indique o nível de sensibilidade nos círculos.

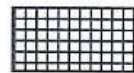
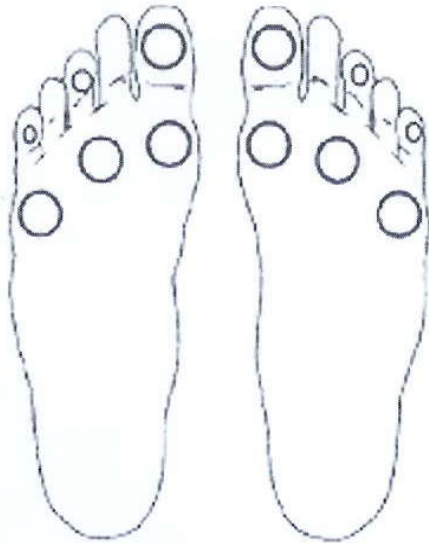
(+) Pode perceber o monofilamento de 10 gramas

(-) Não pode perceber o monofilamento de 10 gramas

Indique no desenho locais que possuam:

Pé direito

Pé esquerdo



CALOS



PRÉ – ULCERAÇÃO



ULCERAÇÃO

CLASSIFICAR A ÚLCERA NEUROPÁTICA
/ PÉ DIABÉTICO _____

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CÉSPEDES, TOMÁS E DORCA, ADELINA. *Pie diabético - Conceptos Actuales y Bases de Actuacion*. Madrid, España. Ediciones Diaz de Santos S.A. 1996.

5º CONGRESSO BRASILEIRO MULTIPROFISSIONAL EM DIABETES. *Diabetes Clínica – Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas*. Julho de 2000.

COSTA, ARUAH AUGUSTO E NETO, JOÃO SÉRGIO DE. *Manual de diabetes: alimentação, medicamentos e exercícios* - 3ª edição. São Paulo. SARVIER, 1998.

Diabetes Clínica – Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas. Atlântica Editora, vol. 4, nº 1, 2000.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos de Jordão, BG Cultural, 2002.

LERÁRIO, A. C. “Nova Classificação e Critérios para o Diagnóstico do Diabetes Mellitus”. *Diabetes & Metabolismo*. São Paulo, 1, 1997, pp. 65-67.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Enfermagem*. Programa Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): Protocolo*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

PSF/QUALIS SANTA MARCELINA. *Protocolo Saúde do Adulto*. São Paulo, 2001.

PSF/QUALIS SANTA MARCELINA. *Protocolo de Feridas*. São Paulo, 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Manual de Normas e Recomendações para o Tratamento do Diabetes*. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Consenso de Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Vol. 77, Suplemento III, novembro de 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. “Consenso Brasileiro de Diabetes”. In: *Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes*, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES PARA A PRÁTICA CLÍNICA. “Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o Diabetes Mellitus”. In: *Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para a Prática Clínica*, 1997.

VAISMAN, M & TENRICH, M. *Diabetes Mellitus na Prática Clínica*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1994.

PARTICIPARAM DESTA EDIÇÃO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

COORDENADORA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANNA MARIA CHIESA

VICE - COORDENADORA

KARINA BARROS CALIFE BATISTA

ASSESSORES

CLÉLIA NEVES DE AZEVEDO

IRMÃ MONIQUE BOURGET

MARIA FÁTIMA DE SOUSA

ROSA MARIA MARÓTTA

TACIANA LÚCIA GUERRA NÓBREGA

INTERLOCUTORES REGIONAIS

ANA REGINA WILLY CAMPOS

ISAMARA GRAÇA CYRINO DE GOUVEIA

MÁRCIA WALTER DE FREITAS

MARIA ANGÉLICA CREVELIM

MARILDA DE CÁSSIA CASTRO

MARIA DO CARMO PORTERO DA SILVA

GRUPO DE CAPACITAÇÃO

ANA MARIA BARA BRESSOLIN

LAÍS HELENA RAMOS

NAIRA REGINA DOS REIS FAZENDA

OTILIA SIMÕES GONÇALVES

PATRÍCIA PEREIRA DE SALVE

ASSESSORIA JURÍDICA

PAULO MELO DE ALMEIDA BARROS

APOIO TÉCNICO

MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA

MARIA DE FÁTIMA FARIA DUAYER

NEIVA MARIA ROGIÉRI

VALÉRIA PANIZZA NADOR

APOIO FINANCEIRO

MARCIA ELISABETH W. PADOVANI

SANDRA REGINA DE OLIVEIRA ASSEN

VERA LÚCIA NOGUEIRA MARTINS

APOIO ADMINISTRATIVO

AMÉLIA ROSSI BALTAZAR

FLÁVIO BARBOSA COELHO

FRANCILENE WANDERLEY DA SILVA

MARIA DA PENHA OLIVEIRA

MARIA DE LOURDES LOPES

MÔNICA ELUF

COORDENADORA DE COMUNICAÇÃO E ARTE

HELMA KÁTIA SENA DA SILVA

CRIAÇÃO E PRODUÇÃO

OLHO DE BOI COMUNICAÇÕES

www.olhodeboi.com

Programa Saúde da Família

Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Vila Buarque - São Paulo/SP

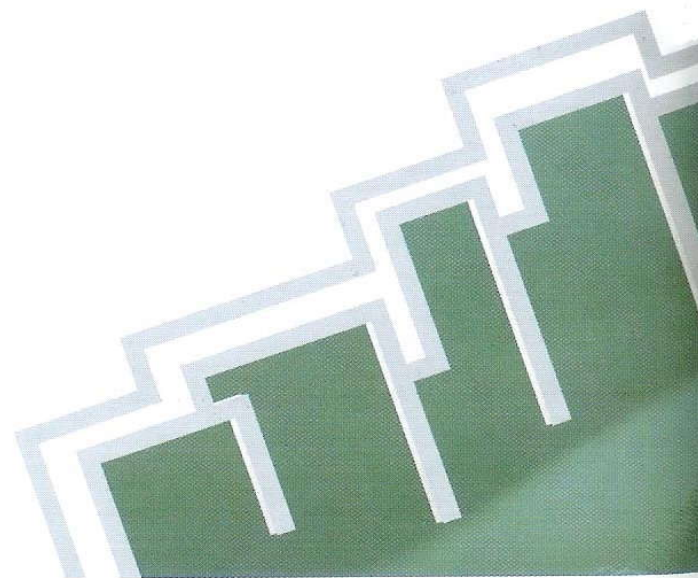
CEP 01223-010 - Fone 55 11 3218-4062/3218-4045

SUS

Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de São Paulo

 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**


UNESCO



PROCOLOS DE
ENFERMAGEM SMS SÃO PAULO
2003