

MANUAL DE ENFERMAGEM SAÚDE DO ADULTO SMS/SP-4ªed.

ORGANIZAÇÃO

Leni Aparecida Gomes Uchôa
Marisa Beraldo
Patrícia Luna

ELABORAÇÃO

Andréa Lutten Leitão
Arthur Vieira Castilhana Neto
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
Karina Mauro Dib
Leni Aparecida Gomes Uchoa
Linda Ezawa
Maria Inez Bariani Silveira
Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas
Maria de Fátima de Araújo Del Carlo

Maria Inez Bariani Silveira
Marisa Beraldo
Marli Murakami
Patrícia Luna
Priscila de Oliveira Arruda Candido
Rhavana Pilz Canônico
Roberta Melão
Thais Tiemi Yamamoto
Rosa Maria Bruno Marcucci
Sandra Keiko Odashima
Silmara Alves dos Santos
Soraia Rizzo
Rosa Maria Bruno Marcucci

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 / ÁREAS TÉCNICAS SMS-SP

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

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

CRS SUL
CRS CENTRO OESTE
CRS NORTE
CRS SUDESTE
CRS LESTE

FOTOS

Heloisa M^a 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

COLABORAÇÃO COVISA

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; Glória 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. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2012.

76 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

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de São Paulo traz em sua história de consolidação, o papel fundamental da Atenção Básica. A Secretaria Municipal de Saúde definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O Atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

O presente trabalho é fruto da iniciativa dos profissionais da enfermagem da SMS/SP, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

É com satisfação e reconhecimento que a Coordenação da Atenção Básica/SMS apresenta a presente publicação: **“Série Manuais de Enfermagem – SMS/SP”** composta por sete manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/do homem; Saúde da Pessoa Idosa; Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem; Risco biológico – Biossegurança na Saúde e Manual para Técnico e Auxiliar de Enfermagem, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

A SMS-SP coordenou o Grupo Técnico de trabalho, responsável pela revisão e atualização dos Manuais, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias Regionais de Saúde, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, das Áreas Temáticas e Redes de Atenção, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Instituições Parceiras e Universidades.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem serão uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica.

Rejane Calixto Gonçalves
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

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	10
1.2.2 Abandono /redução do consumo de bebidas alcoólicas	11
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	19
1.5.1 Ações educativas em Grupo	19
1.5.2 Roteiro Sugerido para Acompanhamento de Grupos – Hipertensão e Diabetes	21
1.6 Acolhimento e Captação	23

Capítulo 2

2 – PRÉ NATAL DO HOMEM	24
2.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	25
2.2 Fluxograma Sugerido para o Pré-Natal do Homem na Atenção Básica	25

Capítulo 3

3 - DOENÇAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	28
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS	29
3.1.1 Fatores de Risco HAS	30
3.1.2 Rastreamento de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS	31
3.1.3 Fluxograma de Acompanhamento HAS	33
3.1.4 Consulta de Enfermagem HAS	34
3.2 Diabetes Melito – DM	39
3.2.1 Fatores de Risco DM	40
3.2.2 Rastreamento de Diabetes	40
3.2.3 Fluxograma de Acompanhamento DM	44
3.2.4 Consulta de Enfermagem DM	46
3.2.5 Vacinação DM	49
3.2.6 Classificação de risco no pé do diabético	49
3.2.7 Programa de automonitoramento glicêmico - AMG	51
3.2.8 Reconhecimento, tratamento e prevenção da hipoglicemia	52
3.2.9 Reconhecimento, tratamento e prevenção da hiperglicemia	53
3.2.10 Técnica de aplicação de insulina	54
3.3 Dislipidemia	56
3.4 Metas para controle clínico para diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos	57

Capítulo 4

4 - CÂNCER DE PRÓSTATA	60
4.1 Fatores de Risco	60
4.2 Cuidados de enfermagem	60
4.3 Rastreamento do Câncer de Próstata	60

Capítulo 5

5 - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	63
5.1 Ações na Atenção Básica/DST	63
5.2 Aconselhamento/DST	63

Capítulo 6

6 - OUTROS AGRAVOS	65
6.1 Escabiose	65
6.2 Pediculose	65
6.3 Parasitose intestinal	65

ANEXOS

1. ESCORE DE FRAMINGHAM	68
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA	69
3. PORTARIA 1004 E PORTARIA 1535	73
4. GRAUS DE RECOMENDAÇÃO	75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
-----------------------------------	-----------

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 aos 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, contendo protocolos, tem como proposta instrumentalizar o Enfermeiro para desenvolver as ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação 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 pela Portaria Municipal 915/2015 e 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 e/ou agravos da saúde.

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 Básica 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 básica 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 CRST – Centro de Referência de Saúde do trabalhador
 - Notificação dos casos mediante instrumentos do setor saúde (Portaria GM/MS 777/2004)



- **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 (Unidades de Saúde da Atenção Básica SMS – SP)

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 das mãos precária ou ausente.
- 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.

A compreensão sobre o efeito multiplicador dos fatores de risco quando associados, nos evidencia a necessidade de que a abordagem das pessoas que procuram o serviço de saúde deve ser feita por meio de uma avaliação global do risco de desenvolverem as doenças, e não de forma estanque, pensando-se isoladamente nos problemas e patologias.

Nesse sentido, é importante buscar no histórico de enfermagem (na anamnese e no exame físico), dados que compoñam um quadro de risco, por exemplo, gênero, idade, tabagista ou não, história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) prematura e assim por diante. Quanto mais fatores associados, maiores os riscos e mais intensiva deve ser a recomendação quanto às mudanças de estilo de vida e metas a serem alcançadas.

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 para pessoas saudáveis com mais de dois anos de idade.

Oriente o usuário a escolher aquela orientação que lhe pareça mais fácil, interessante ou desafiadora e o estimule a segui-la todos os dias. Não é necessário que ele 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 contém 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 usuário 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 usuário começa a fumar, por um número de horas predeterminado a cada dia. Ao começar a fumar em cada dia, o usuário 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 usuário 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 usuários com escore de Framingham alto (anexo 1) ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade.

Usuários 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 usuário 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 podem 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 inferiores a 102cm e mulheres inferiores 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 insulinemia, 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/m ²)
Desnutrição grau III (grave)	< 16
Desnutrição grau II (moderada)	16 - 16,9
Desnutrição grau I (leve)	17 - 18,9
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

Fonte – Organização Mundial de Saúde (OMS), 1998

Circunferência Abdominal

	Valores de Circunferência da Cintura
Mulheres	< 88,0 cm
Homens	< 102 cm

Fonte: Brasil, 2012

Os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000).

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.

Rastreamento de Obesidade

Recomenda-se o rastreamento de todos os usuários adultos para obesidade e a oferta de intervenções de aconselhamento e de mudança de comportamento para sustentar a perda de peso.

A obesidade está relacionada com doença coronariana, hipertensão arterial, DM II, acidente vascular cerebral, alguns tipos de câncer e com apneia do sono. Além disso, é associada à menor qualidade de vida devido ao estigma social e à menor mobilidade. A avaliação antropométrica deve incluir o IMC e a circunferência abdominal.

1.3 IMUNIZAÇÃO 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.

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 usuários 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
• Pessoas em situação de rua	

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 dos 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 dos 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 usuários que perderam alguns ou todos os dentes, que usem ou não próteses devem ser orientados quanto à higiene bucal e à dieta. Usuários adultos ou pessoas idosas 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 usuários que usam próteses devem ser orientados a ficar sem a prótese por pelo menos 8 horas, preferencialmente enquanto dormem.

Quando pensamos na Saúde Bucal não podemos esquecer que devemos promover acesso da população em situação de rua a esse serviço, pois, assim estaremos exercendo os princípios doutrinários do SUS – da Universalidade, Equidade e Integralidade, que na prática terá múltiplos efeitos na vida dessa parcela da população. As ações de saúde bucal estão além do cuidado com a boca; pois promovem também o resgate da autoestima dessa população bem como o fortalecimento do vínculo às Unidades Básicas de Saúde levando em consequência melhor adesão aos tratamentos dos agravos de saúde.

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

· 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	· Usar água de abastecimento público fluoretada (uso racional do flúor)
· Usar cremes dentais fluoretados (uso racional do flúor)	· Ter uma alimentação equilibrada com consumo racional de açúcares
· Evitar consumo de álcool e tabaco	· 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 usuário, 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 usuários 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 usuários ou a usuários 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 visitas domiciliares e consultas, ou outros meios.

1.5.2 ROTEIRO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS

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 hipotensão arterial • Tratamento da hipotensão 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

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 • Hidratação • 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 ao usuário, 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 básica, 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 usuários 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

Pré-Natal do Homem

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – EIXO PATERNIDADE RESPONSÁVEL – O PRÉ-NATAL DO HOMEM

Conceitos

As ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os quadros se agravem, com alguma intervenção possível somente nas fases mais avançadas da doença. A PNAISH, formulada para promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina em seus diversos contextos, foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria MS nº 1944, de 28 de agosto de 2009. Com o princípio de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, tem o objetivo de facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde.

Ocupa destaque, na formulação da PNAISH, a preocupação com a participação e inclusão do homem nos cuidados do pré-natal e do parto, na perspectiva da paternidade responsável, presente e cuidadora. O cuidado é expressão de uma potencialidade humana que, ao ser conectado pelos homens, pode facilitar sua libertação dos papéis estereotipados determinados pelas concepções de gênero, e recuperando e estimulando sua capacidade de exercer o autocuidado. A prática de uma paternidade mais próxima implica numa revalorização pelos homens das tarefas de cuidar e na integração destas à representação de masculinidade e de paternidade. Neste contexto, e de igual relevância no âmbito das ações propostas para o pré-natal masculino, destaca-se a abordagem dos parceiros sexuais das grávidas nas estratégias dirigidas à eliminação/redução da transmissão vertical da sífilis e do HIV.

O pré-natal do homem na Atenção Básica

É na rede de Atenção Básica que a mulher tem acesso aos exames confirmatórios da gravidez, e é acompanhada durante toda a gestação. Ao receber o resultado positivo do teste imunológico para a gravidez e durante a consulta de enfermagem, na ocasião da solicitação de exames para a mulher, deve se oportunizar a inclusão do homem no processo, sensibilizando a mulher (ou o homem, se presente) quanto à importância da adesão do parceiro ao pré-natal, explicando como será sua participação, estimulando-o a comparecer às consultas, realizar os exames solicitados (sorologias para sífilis, HIV e hepatites), receber tratamento quando indicado e acompanhar a mulher no hospital no momento do parto. Orienta-se que sejam seguidas as orientações para a coleta de exames contidas no capítulo do ATENDIMENTO À GESTANTE.

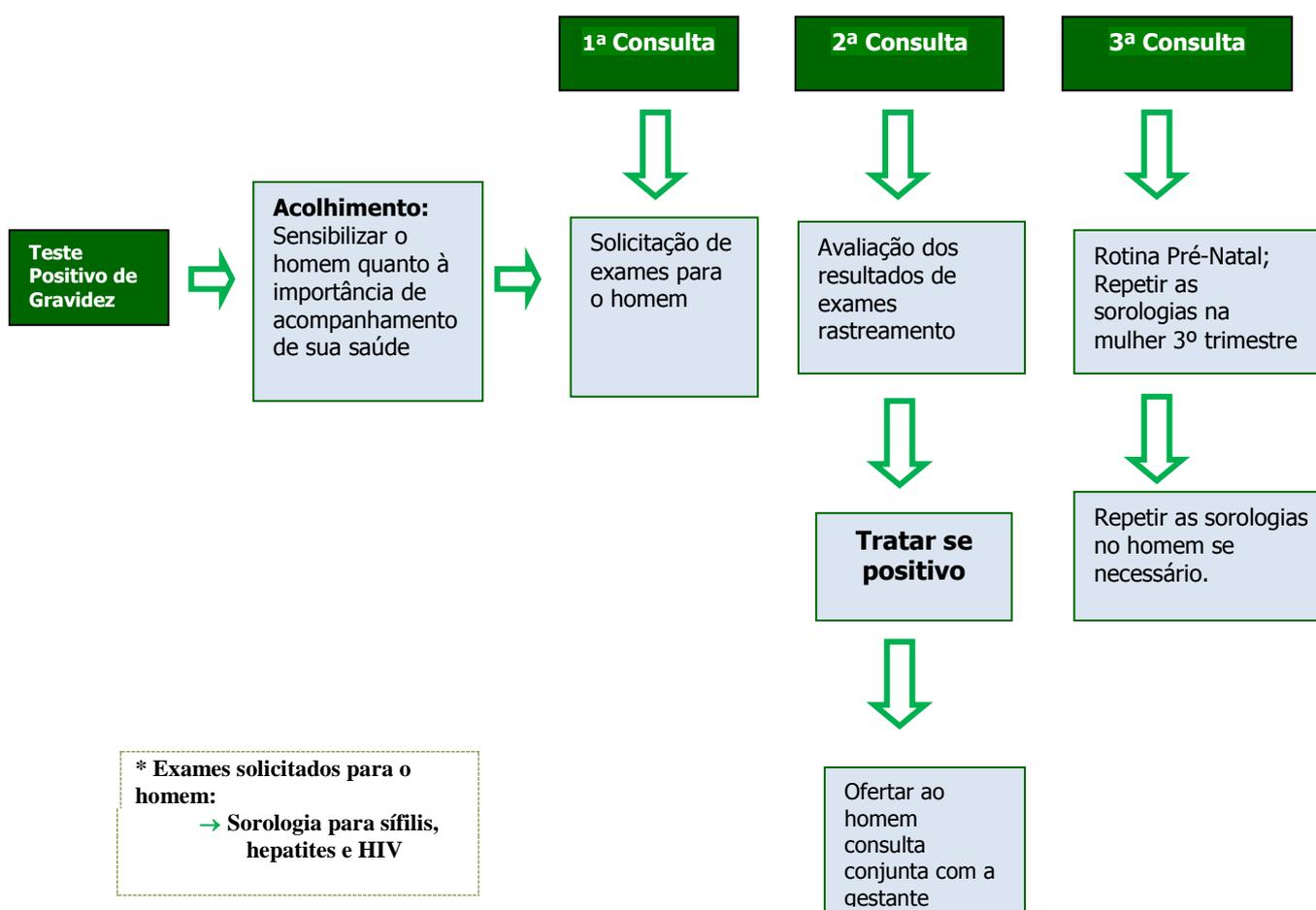
Neste momento é possível buscar informações sobre quem é esse homem (faixa etária, escolaridade, condições de vida, profissão, situação conjugal), qual sua história reprodutiva, qual a perspectiva frente ao resultado do teste de gravidez, o que sabe de paternidade e cuidado, se conhece métodos contraceptivos (quais usa), como também os modos de se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis, se tem conhecimento dos serviços oferecidos pela unidade de saúde. Também é o momento de atualizar o cartão de vacinas do adulto. É recomendado que seja realizada a abordagem com ambos sobre a temática das vulnerabilidades, no âmbito da vida sexual e reprodutiva, ou do uso de drogas ilícitas, e questões de aconselhamento.¹

¹ *Aconselhamento é uma abordagem onde o usuário pode expressar o que sabe, pensa e sente acerca das DST/AIDS e o profissional de saúde, ao escutá-lo, pode contribuir para avaliação de suas vulnerabilidades e para a identificação de medidas preventivas viáveis, segundo as possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento (MS/2010).*

Percebe-se, com esta abordagem, a oportunidade de vincular o homem às atividades individuais ou em grupo nas unidades de saúde, com as quais ele será incentivado a refletir sobre temas relacionados à masculinidade e saúde, gênero, paternidade e cuidado, hábitos saudáveis de vida, prevenção de violência e acidentes, direitos legais dos pais e parceiros.

Deve ficar claro que a presença do homem é bem-vinda em todas as consultas de pré-natal, assim como nas atividades em grupo desenvolvidas com as gestantes, valorizando sua capacidade como cuidador, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio e incentivando-os a cuidar da própria saúde.

FLUXOGRAMA SUGERIDO PARA O PRÉ-NATAL DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA



→ **Caso as sorologias da grávida resultarem em positividade, a partir do 3º trimestre, propõe-se a busca ativa do parceiro sexual para verificação de sorologias.**

3

**DOENÇAS E
AGRAVOS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

3. 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.



3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

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 usuário em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao usuário hipertenso.

É importante lembrar, que um grande contingente de usuários 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.

3.1.1 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**

* Considerar como condições clínicas associadas às seguintes: doença cerebrovascular (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva), doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca), doença renal (nefropatia diabética, déficit importante de função - clearance < 60 ml/min), retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema, doença arterial periférica.

3.1.2 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.

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.

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada (**Grau de Recomendação A – Anexo 4**).

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.

→ A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços.

→ O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

→ 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 usuário (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 pelo médico.

→ Considerar que 20% dos usuários 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.

→ O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentarem diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

RECOMENDAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO COM BASE NA AFERIÇÃO DA PA INICIAL E NA PRESENÇA DE OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR (DCV)*:

PRESSÃO ARTERIAL INICIAL (mmHg)		CLASSIFICAÇÃO	SEGUIMENTO
Sistólica	Diastólica		
<120	<80	Ótima	Reavaliar em 2 anos
< 130	< 85	Normal	Reavaliar em 1 ano nas pessoas sem outros fatores de risco para DCV Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas na presença de outros fatores de risco para DCV
130 - 139	85 - 89	Limítrofe	
140 - 159	90 - 99	Hipertensão Estágio 1	Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas na presença de outros fatores de risco para DCV
160 - 179	100 - 109	Hipertensão Estágio 2	Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas nas pessoas sem sintomatologia de crise hipertensiva Consulta médica nas pessoas com sintomatologia de crise hipertensiva
≥ 180	≥ 110	Hipertensão Estágio 3	CONSULTA MÉDICA
≥ 140	< 90	Hipertensão sistólica isolada	Reavaliar em 1 ano nos adultos jovens sem outros fatores de risco para DCV Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas nos adultos jovens na presença de outros fatores de risco para DCV Consulta médica nos indivíduos idosos

***Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV:**

Baixo risco/Intermediário

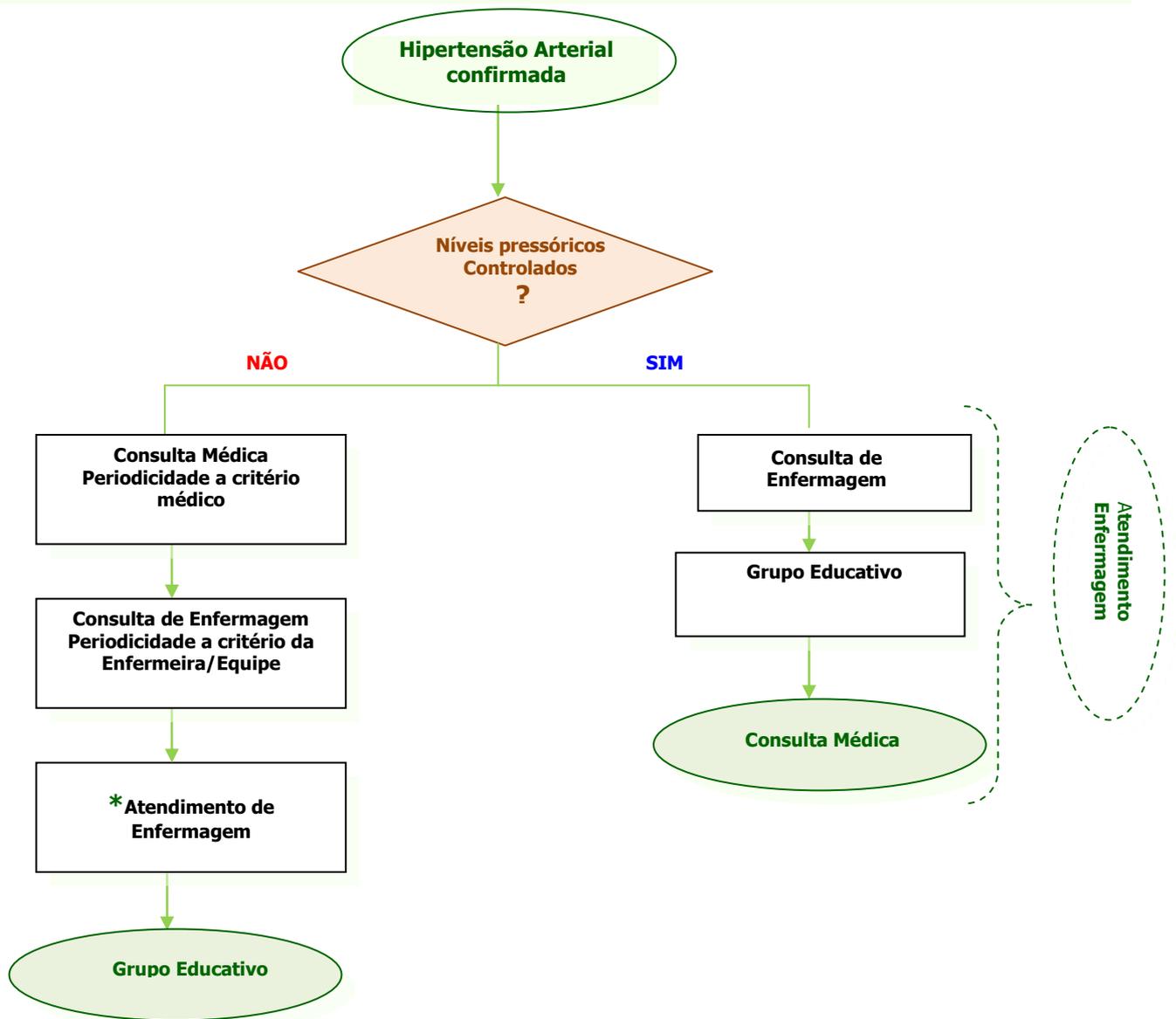
- Tabagismo
- Hipertensão
- Obesidade
- Sedentarismo
- Sexo masculino
- História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos)
- Idade >65 anos

Alto risco:

- Acidente vascular cerebral (AVC) prévio
- Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio
- Lesão periférica – Lesão de órgão-alvo (LOA)
- Ataque isquêmico transitório (AIT)
- Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)
- Nefropatia
- Retinopatia
- Aneurisma de aorta abdominal
- Estenose de carótida sintomática
- Diabetes mellitus

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013.

3.1.3 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/médico.

O usuário portador de hipertensão arterial não controlada deverá passar por consulta Médica e de enfermagem e a periodicidade depende do plano de cuidado.

No domicílio: o usuário impossibilitado de ir à unidade básica de saúde deverá ter um Cuidador ou familiar que participará dos grupos educativos.

➔ É importante considerar o usuário na sua integralidade, não focando somente na hipertensão.

3.1.4 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 usuário, 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, investigação de uso de substâncias psicoativa e álcool (Drogas lícitas e ilícitas).
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 (DM)

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.

LUINA, 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 usuário informações em relação a doenças e à prevenção das complicações
2. Estimular a adesão ao tratamento:
a. Estabelecendo objetivos/metast junto com o usuário
b. Através do vínculo com o usuário e familiares
c. Considerando e adequando crenças, hábitos e cultura do usuário
d. Realizando visita domiciliar para sensibilizar os familiares na adesão ao tratamento
e. Através de busca de faltosos
f. Incentivando a participação do usuário 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 de enfermagem** seguirão as orientações contidas no Caderno de Atenção Básica 37, 2013, p. 46 do Ministério da Saúde.

Segundo esta publicação, o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo.



Rotina complementar mínima para pessoa com HAS

Os exames laboratoriais, listados abaixo, poderão ser solicitados uma vez no decorrer de cada ano (médico/enfermeiro), considerando o acompanhamento médico, metas de cuidado, risco cardiovascular e as complicações existentes do(a) referido(a) usuário(a).

1. Eletrocardiograma
2. Glicemia de jejum
3. Dosagem de colesterol total
4. Dosagem de colesterol HDL
5. Dosagem de triglicerídeos
6. Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos ÷5)
7. Dosagem de creatinina
8. Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1)
9. Dosagem de potássio.
Obs.: Exceto Fundoscopia

Fonte: DAB/SAS/MS.

Consulta de Enfermagem Subsequente

Avaliar metas estabelecidas em conjunto com o usuário

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 pressão arterial real
3. Avaliar os cuidados prescritos, metas estabelecidas e resultados obtidos conjuntamente com o(a) usuário(a)
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 oncológica
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 linguíça, 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 a 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 usuário 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 usuário, para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Na terapêutica da obesidade, Hipertensão Arterial, 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, cerebral e renal.

Associada às recomendações de nutrição e de adoção de hábitos de vida saudáveis, o uso de fármacos deve não só reduzir os graus pressóricos, como também a ocorrência de eventos fatais e não fatais, preservando a qualidade de vida do usuário.

A não adesão ao tratamento se caracteriza como um fator importante na incidência de complicações cardiovasculares, cabendo ao enfermeiro, nas ações educativas individuais ou em grupo:

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

O tratamento medicamentoso também poderá fazer parte do plano terapêutico desenvolvido para cada usuário, sendo assim, a descontinuidade do mesmo poderá ser prejudicial ao acompanhamento da hipertensão.

Portanto, durante a consulta de enfermagem ao hipertenso, poderão ser prescritas as medicações anti-hipertensivas contidas na REMUME dando continuidade ao plano terapêutico proposto a este usuário.

Obs.: Considerando o parecer do COREN (abaixo), na rede da Atenção Básica SMS-SP, o Enfermeiro deve realizar, não somente uma avaliação, e, sim, uma Consulta de Enfermagem e, avaliar se o paciente está respondendo bem ou não a medicação pela avaliação de pressão, exame físico e presença de sintomas e, encaminhar ao médico se controle da hipertensão não estiver adequado, prescrever o quantitativo medicamentoso até a próxima consulta médica, não ultrapassando 180 dias conforme PORTARIA Nº 338/2014-SMS.G.

PARECER COREN-SP 058/2013

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os serviços de saúde estabelecem Normas Técnicas para assegurar a dispensação de medicamentos de uso contínuo.

Assim, por meio de Protocolos Institucionais, o paciente que comprove não ter conseguido a consulta no período que compreende o vencimento da receita e a nova reavaliação, terá sua receita validada até o dia da nova consulta. A validação pode ser feita pelo Enfermeiro ou Farmacêutico, de acordo com a norma instituída, entretanto, não se trata de transcrição da receita e sim de validação por período estendido ao prescrito inicialmente.

IMPORTANTE!

"....Recomenda-se ainda o estabelecimento de padrão definido de retorno às consultas médicas, de acordo com a classificação de risco cardiovascular, de duas vezes ao ano para os pacientes de risco baixo e médio, e de quatro vezes ao ano para os pacientes de risco alto e muito alto. As intervenções dos demais profissionais das equipes de saúde também devem seguir padrão preestabelecido, de acordo com as necessidades apontadas pelo quadro clínico e possibilidades das unidades de saúde. Saliente-se que essas são recomendações gerais, que devem ser adaptadas localmente de acordo com a capacidade dos serviços, e sempre respeitando a necessidade da abordagem individual."

Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito tipo 2 na Atenção Básica/SMS/SP 2008

3.2 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.



3.2.1 Fatores de risco para Diabetes Mellito

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 elevadas	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), macrosomia e abortos de repetição.	

3.2.2 RASTREAMENTO DE DIABETES

A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco.

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos:

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

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

OU

Idade \geq 45 anos;

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver **Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para DCV** apresentados acima)

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013, e Caderno de Atenção Básica, nº 37 MS 2013 Hipertensão Arterial Sistêmica.

As pessoas com fatores de risco para DM deverão ser encaminhados para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia. Não existem evidências para a frequência do rastreamento ideal. Alguns estudos apontaram que as pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas a cada 3 a 5 anos (**Grau de Recomendação E – Anexo 4**) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévia, podem ser testados mais frequentemente, por exemplo, anualmente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

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

Segundo o Caderno de Atenção Básica 36, Diabetes, 2013, do Ministério da Saúde, os objetivos da consulta de rastreamento são:

- Conhecer a história pregressa da pessoa;
- Realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC;
- Identificar os fatores de risco para DM;
- Avaliar as condições de saúde e
- Solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

OS TIPOS DE DIABETES MAIS FREQUENTES SÃO:

Diabetes Mellito (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento:

DM Tipo1 (DM1):



Outrora denominado diabetes infanto-juvenil, instável ou insulino dependente.

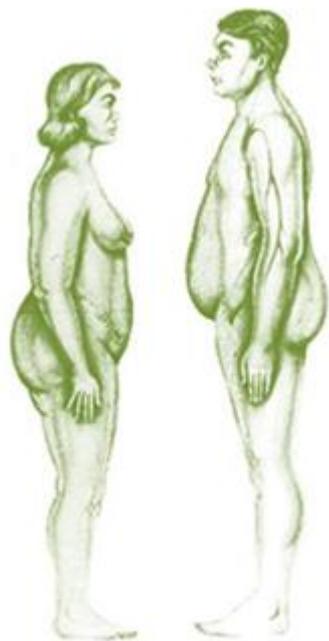
Ocorre principalmente em crianças e adolescentes sem excesso de peso (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos.

O termo "tipo 1" indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose.

A destruição das células beta é na maioria dos casos causada por processo autoimune e em geral é rapidamente progressiva.

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. Usuários com este tipo de diabetes necessitam ser tratados pelo uso diário de insulina exógena

DM Tipo2 (DM2):



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

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes tipo 2 em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.

O termo "tipo 2" é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1.

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos.

Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave.

Outros tipos específicos de DM: são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM.

DM gestacional: é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Merece destaque devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto.

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 manual 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, tias, tios, primos 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
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.		
< 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

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O PRÉ-DIABETES OU RISCO AUMENTADO DE DIABETES

- **glicemia de jejum ≥ 100 a ≤ 125 mg/dL** (Condição anteriormente denominada "glicemia de jejum alterada").

= ou =

- **glicemia 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose (teste de tolerância à glicose): ≥ 140 a ≤ 199 mg/dL** (Condição anteriormente denominada "tolerância diminuída à glicose").

= ou =

- **A1C $\geq 5,7\%$ a $\leq 6,4\%$** (O teste deve ser realizado através de método rastreável ao método do DCCT e devidamente certificado pelo *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP) (<http://www.ngsp.org/certified.asp>).

Importante: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.

Crítérios adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2014. Adaptado de: American Diabetes Association. Standards of medical Care in Diabetes – 2014. Diabetes Care. 2014;37(Suppl 1):S14-S80.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O DIABETES

- **A1C \geq 6,5%** (O teste deve ser realizado através de método rastreável ao método do DCCT e devidamente certificado pelo *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP) (<http://www.ngsp.org/certified.asp>)

ou;
- **glicemia de jejum \geq 126 mg/dL** (O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas)

ou;
- **glicemia 2 hs após sobrecarga com 75 g de glicose: \geq 200 mg/dL** (Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose anidra, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL)

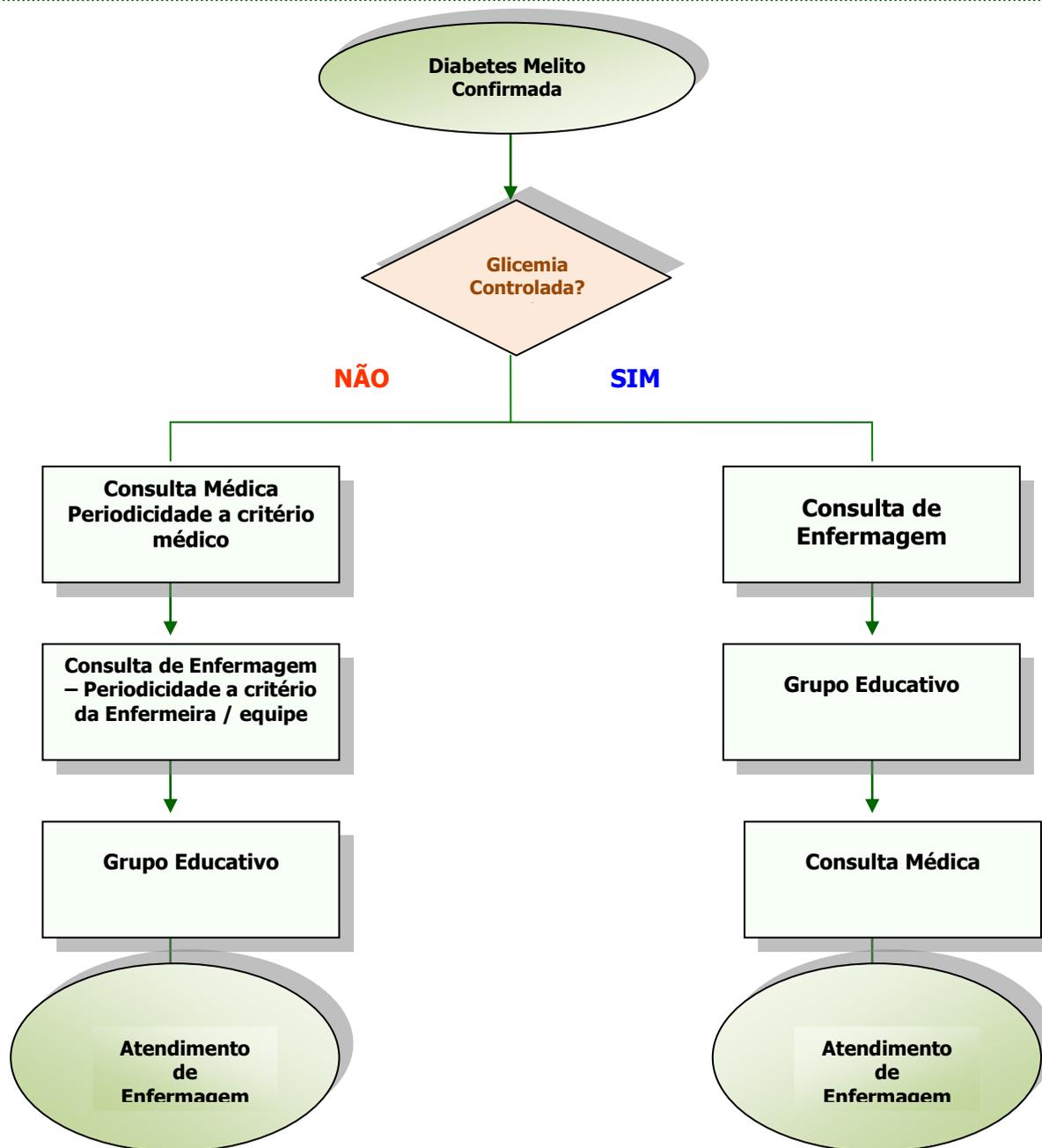
ou;
- **glicemia ao acaso \geq 200 mg/dL** (Em usuário com sintomas clássicos de hiperglicemia - poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso - , ou em crise hiperglicêmica)

Importante: A positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes.

Crêterios adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2014. Adaptado de: American Diabetes Association. Standards of medical Care in Diabetes – 2014. Diabetes Care. 2014; (Suppl 1):S14-S80.

3.2.3 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 médica e de enfermagem e a periodicidade depende da avaliação individual.

É importante considerar o usuário na sua integralidade, não focando somente no diabetes.

No domicílio: o usuário impossibilitado de ir à unidade básica de saúde deverá ter um Cuidador ou Familiar que participará dos grupos educativos.

Rastreamento de Diabetes Melito 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 glicada em torno de 7% em adultos e 8% em idosos sendo que a meta deve ser individualizada de acordo com: duração do diabetes, idade/expectativa de vida, comorbidades, doença cardiovascular, complicações microvasculares, hipoglicemia não percebida.

***Caderno de Atenção Primária – Rastreamento – nº 29 – MS 2010
Caderno de DM, 2013 - MS e diretrizes SBD, 2013 /2014.***

3.2.4 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, investigação de uso de substâncias psicoativa e álcool (Drogas lícitas e ilícitas).
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

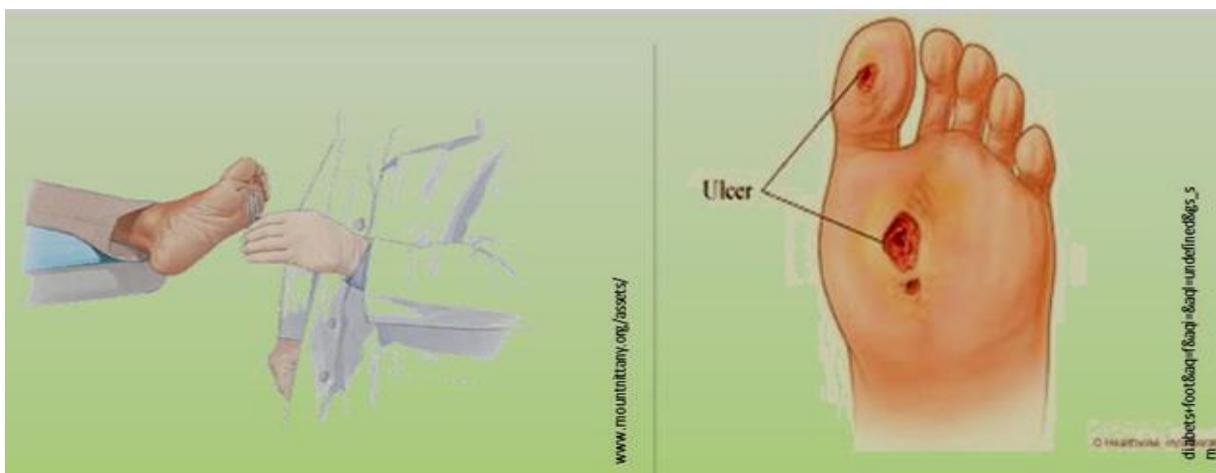


Coleta de Dados:

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

EXAMES -> Laboratorial e Complementares

Rotina mínima para pessoa com Diabetes

Os exames laboratoriais solicitados pelo enfermeiro são os mesmos listados na Rotina Mínima para Pessoas com HAS, **inclusive a hemoglobina glicada**, que poderá ser solicitada pelo enfermeiro, uma vez no decorrer de cada ano, considerando o acompanhamento médico, metas de cuidado, risco cardiovascular e as complicações existentes do usuário.

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 à realização dos exames anualmente e sensibilizar o usuário e os familiares quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Tratamento - Orientações



O tratamento medicamentoso também poderá fazer parte do plano terapêutico desenvolvido para cada usuário, sendo assim, a descontinuidade do mesmo poderá ser prejudicial ao acompanhamento do diabetes.

Portanto, durante a consulta de enfermagem ao portador de diabetes, poderá ser prescrito as medicações anti - diabéticas, COM **EXCEÇÃO DA INSULINA**, contidas na REMUME dando continuidade assim ao plano terapêutico proposto a este usuário.

Atenção: esta prescrição terá validade por apenas 30 dias.

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 usuários 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 e em se tratando da população em situação de rua, devido à dinâmica de vida e vulnerabilidade dessas pessoas, o simples fato de apresentar tosse já justifica a investigação basiloscópic.

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.

3.2.5 Vacinação para o portador de Diabetes Melito

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 usuários > 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

3.2.6 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 durante as consultas.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PÉ DIABÉTICO		
RISCO	CATEGORIA	ACOMPANHAMENTO/FREQUÊNCIA
Neuropatia ausente	0	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Avaliação dos pés anual
Neuropatia presente, sem deformidades	1	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Uso de calçados adequados♦ Avaliação dos pés 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 dos pés trimestral
Úlcera / Amputação prévia	3	<ul style="list-style-type: none">♦ Grupo educativo♦ Uso de calçados adequados/especiais, palmilhas, órteses.♦ Avaliação dos pés 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

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

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
5. Presença de lesões.

Orientações

O enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde atuam na sensibilização do usuário 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 usuário, 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.	Usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuário e da família.

Fonte – Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellito tipo 2 – SMS 2007.

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

3.2.7 PAMG – 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 à atividade física e a variabilidade glicêmica.

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

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



→ 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 usuário, 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	<ul style="list-style-type: none"> → Orientar a higienização das mãos, secando-as bem (não é necessário uso do álcool) → Orientar a utilização do monitor conforme orientação do fabricante. → Fazer a leitura do resultado, anotar, acompanhado das condições gerais (alimentação, exercício físico, insulina, estresse, etc.). → Descartar a lanceta e a tira diretamente na caixa coletora. → Analisar valor apontado para que sejam tomadas as medidas necessárias.

3.2.8 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

Verificar a glicemia:

1. 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 de 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 usuários bem controlados) e sempre junto com as refeições
5. Orientar quanto à 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.

3.2.9 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 usuário e familiares nos grupos educativos.
2. Visita domiciliar mensal do agente comunitário de saúde no caso das ESF para orientações.
3. Estimular a participação nos grupos de caminhada/ prática de exercícios físicos/ Lian Gong e outros.
4. Planejar com o usuário uma alimentação adequada.

3.2.10 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.

3.3 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.

RASTREAMENTO DE DISLIPIDEMIAS

Rastreamento em homens

- Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos ou mais. Grau de recomendação A.
- Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana. Grau de recomendação B.
- Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos se eles não estiverem em grupo alto risco cardiovascular. Grau de recomendação C.

Rastreamento em mulheres

- Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 45 anos ou mais. Grau de recomendação A.
- Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 a 45 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana. Grau de recomendação B.

Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 anos ou mais se elas não estiverem em grupo alto risco cardiovascular. Grau de recomendação C.

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.

3.4 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 usuário, 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 usuário.

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 (HbA1c): 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:</p> <p>→ Mulheres com circunferência abdominal ≤ 88 cm → Homens com circunferência abdominal ≤ 102 cm</p> <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 (≤ 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: 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

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

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 ≥160 mg/dL para o baixo risco, e ≥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 usuários com aterosclerose manifesta (com manifestações coronarianas e não coronarianas), recomenda-se a instituição da terapêutica farmacológica concomitantemente às mudanças de hábito de vida.

4

**CÂNCER
DE PRÓSTATA**

4. 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 usuários 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.

4.1 FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA

1. Idade superior a 50 anos
2. História familiar de pai ou irmão com câncer 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.

4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

4.3 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 usuário. 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.

Caderno de Atenção Primária – Rastreamento – nº29 – MS – 2010

5

DOENÇAS

SEXUALMENTE

TRANSMISSÍVEIS

5. 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.

5.1 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.
h.	Monitoramento dos seguimentos dos usuários em situação de alta vulnerabilidade

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 usuários 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 Síndrômica das DST instrumentaliza as UBS, permitindo realizar durante a primeira consulta do indivíduo, nesse nível de atenção, aconselhamento, diagnóstico e tratamentos adequados para cerca de 90-92% das DST.

5.2 ACONSELHAMENTO

Toda a equipe de profissionais 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 usuário. 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 usuários, em especial atenção às pessoas em situação de rua, bem como a oferta e solicitação dos exames de sorologia para Hepatites B e C, Sífilis e HIV.

Para estes resultados, o enfermeiro realizará a interpretação dos resultados monitorando-os e, quando necessário, encaminhará para avaliação médica.

6

**OUTROS
AGRAVOS**

6. OUTROS AGRAVOS

6.1 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 bem quente ou expô-las ao sol por várias horas; Os artigos não laváveis devem ser fechados em saco plástico durante pelo menos 72 horas. |

Prescrição Medicamentosa

Escabiose

1ª Opção: Permetrina 5% (loção): Orientar a aplicação de 30 ml da solução no corpo todo, do pescoço para baixo, massageando toda a superfície corporal, exceto mucosas. Realizar uma única aplicação. Aplicar antes de dormir e deixar agir por 8 a 12 horas, retirar no banho em água abundante.

É recomendável (não obrigatório) repetir o tratamento após uma semana. Tratar toda a família.

2ª Opção: Ivermectina 6 mg (população de alta vulnerabilidade): Em dose única, VO, obedecendo à escala de peso corporal (15 a 24 kg - 1/2 comprimido; 25 a 35 kg - 1 comprimido; 36 a 50 kg - 1 1/2 comprimidos; 51 a 65kg – 2 comprimidos; 65 a 79 kg - 2 1/2 comprimidos; 80 kg ou mais, 3 comprimidos ou 200 mg/kg), a dose pode ser repetida após reavaliação entre uma a duas semanas.

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 à possibilidade de ser o mesmo diagnóstico e a necessidade de tratamento. |

6.2 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. |

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 à possibilidade de ser o mesmo diagnóstico e a necessidade de tratamento. |

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.

6. 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	Albendazol	400 mg/dia - via oral	Dose única	Administrar durante as refeições. Evitar o uso de bebidas alcoólicas.
Ancilostomíase				
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
	Albendazol	400 mg/dia - via oral	Durante 5 dias	Não ingerir bebidas alcoólicas.
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.

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

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**ANTIPIEMIANTES****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 quinase, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, distúrbios psiquiátricos, síndrome das pernas 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.

Observação: Normalmente ocorrem em doses excessivas e regridem com a redução da dose ou interrupção temporária do tratamento. 1. Reações 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.

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.
- Mulher em idade fértil que estiver planejando ficar grávida - orientar 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.

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 com 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 monitorize 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 comunique 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 prescritor. 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; devem ser monitorizadas a PA, alterações pulmonares e cardíacas, diante de qualquer um destes sintomas, comunicar o prescritor.

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, sulfimpirizona 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

ANEXO 3

PORTARIA Nº 915/2015-SMS.G

O Secretario Municipal da Saúde no uso de suas atribuições legais, e:

Considerando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Considerando a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde e dá outras providências;

Considerando a Resolução COFEN nº. 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõem sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde;

Considerando a importância de instrumentalizar as(os) Enfermeiras(os) e equipes de enfermagem que atuam na atenção básica para que as mesmas prestem assistência conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de um documento norteador para atuação das(os) enfermeiras(os) na realização da sistematização da assistência de enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer os Manuais de Enfermagem/2015, contendo Protocolos de Enfermagem, como documentos de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nos serviços que compõem a Atenção Básica do Município de São Paulo;

Art. 2º -

I - Os Manuais, contendo protocolos de Enfermagem – SMS, 2015, são apresentados em sete volumes:

- 1) Atenção à Saúde da Criança e Adolescente;
- 2) Atenção à Saúde da Mulher;
- 3) Atenção à Saúde do Adulto;
- 4) Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;
- 5) Normas e Rotinas de Enfermagem;
- 6) Risco Biológico – Biossegurança na Saúde;
- 7) Técnico/Auxiliar de Enfermagem

II – Os Manuais de Enfermagem estão de acordo com a Legislação vigente para o Exercício Profissional, alinhado com as diretrizes técnicas e referências das Áreas Técnicas e Programas Prioritários da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Programas do Ministério da Saúde.

III - O conteúdo destes Manuais deverá ser divulgado no sítio eletrônico da Prefeitura da Cidade de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições da Portaria SMS nº 1004, de 31 de janeiro de 2003.

Graus de Recomendação

O grau de recomendação é um parâmetro, com base nas evidências científicas, aplicado a um parecer (recomendação), que é emitido por uma determinada instituição ou sociedade. Esse parecer leva em consideração critérios como viabilidade, custos, questões políticas, características de uma população, além das evidências científicas. Por isso o grau de recomendação pode variar amplamente entre as diversas instituições. Existem algumas instituições que são internacionalmente reconhecidas e respeitadas, que produzem recomendações para a implementação, ou não, de medidas preventivas nos serviços de saúde.

Uma delas é a Força-Tarefa Americana para Serviços Preventivos – *U.S. Preventive Service Task Force* (www.ahrq.gov/CLINIC/uspstfix.htm) e outra que podemos dar como exemplo é a Força-Tarefa Canadense – *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (www.canadiantaskforce.ca).

Esses grupos buscam a imparcialidade na avaliação das tecnologias e condutas, por meio da revisão crítica e sistemática da literatura disponível.

A vantagem de se ter como referência essas instituições é que se reduz o viés das corporações e associações médicas, que costumam ter recomendações fundamentadas em consensos e práticas de especialistas. Tais consensos sofrem forte influência do mercado e do complexo industrial farmacêutico, bem como das práticas dos especialistas focais, que não são prontamente aplicáveis às atividades da Atenção Primária à Saúde. Por isso, optou-se por adotar, neste material, os graus de recomendação da Força-Tarefa Americana para Serviços Preventivos, que graduou suas recomendações em cinco classificações (A, B, C, D e I) que refletem a força da evidência e a magnitude do benefício líquido (benefícios menos os danos). Ver quadro a seguir.

Grau	Definição do grau	Sugestão para a prática
A	O USPSTF recomenda que se ofereça o serviço, pois existe extrema certeza de que o benefício é substancial.	Oferecer/prover esse serviço
B	O USPSTF recomenda que se ofereça o serviço, pois existe moderada certeza de que os benefícios variam de substanciais a moderados.	Oferecer/prover esse serviço.
C	O USPSTF recomenda contra a oferta rotineira do serviço. Pode-se considerar a oferta do serviço para usuários individuais. Existe de substancial a moderada evidência de que o benefício é pequeno.	Oferecer/prover esse serviço somente se tiver outras considerações que suportam a sua oferta para usuários individuais.
D	O USPSTF recomenda contra a oferta do serviço. Existe de moderada a muita certeza de que o serviço não trás benefício ou que os danos superam os benefícios.	Desencorajar a prática desse serviço
I	O USPSTF concluiu que a atual evidência é insuficiente para avaliar os benefícios e danos de se adotar o serviço. A evidência está faltando, é de má qualidade ou conflituosa e, desse modo, impossível de determinar os benefícios e danos da sua adoção.	Caso seja oferecida, o usuário deveria ser informado e estar ciente das incertezas sobre os danos e benefícios da intervenção.

Fonte: (AHRQ, U.S. Preventive service task force, 2010)

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.

ARAÚJO, 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. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: MS, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, 37).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para cuidado da pessoa com doença Crônica **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: MS, 2013. (Caderno da Atenção Básica nº 36).

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://bvsms.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 Mellito 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.