

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Diabetes e Hipertensão

Atenção Primária à Saúde

Porto Alegre - 2024



Prefeitura de
Porto Alegre
SECRETARIA DE SAÚDE

AUTORES

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

GESTÃO 2018-2020

DIRETORIA Presidente Enf^o Daniel Menezes de Souza Conselheira

Secretária Enf^a Nelci Dias da Silva

Conselheira Tesoureira Técnica de Enfermagem Sandra Maria Gawlinski

CONSELHEIROS(AS) EFETIVOS(AS)

Cecília Maria Brondani - COREN-RS 036.170 - ENF

Daniel Menezes de Souza - COREN-RS 105.771 - ENF

Lionel Wirth - COREN-RS 100.795 - TE

Nelci Dias da Silva - COREN-RS 054.423 - ENF

Nilza Lourenço da Silva - COREN-RS 122.365 - TE

Ricardo Arend Haesbaert - COREN-RS 035.011 - ENF

Sandra Maria Gawlinski - COREN-RS 079.040 - TE

Silvete Maria Brandão Schneider - COREN-RS 052.114 - ENF

Úrsula Adriana Sander Stüker - COREN-RS 032.284 - TE

CONSELHEIROS(AS) SUPLENTE

Adriana Aparecida Paz - COREN-RS 108.883 - ENF

Carine Amabile Guimarães - COREN-RS 114.044 - ENF

Cristiane Cabral Correa - COREN-RS 191.911 - AE

Fernando Brambila Mengue - COREN-RS 320.424 - TE

João Carlos da Silva - COREN-RS 030.181 - ENF

Luiz Carlos Moraes - COREN-RS 089.768 - AE

Michele Neves Meneses - COREN-RS 188.760 - ENF

Rodrigo Carolo Sulzbach - COREN-RS 089.085 - ENF

PORTARIA COREN-RS N.º 336/2020

INTEGRANTES COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS

Carlíce Maria Scherer COREN-RS 100.967 - ENF

Daniel Soares Tavares COREN-RS 436.129 - ENF

Fábio Meller da Motta COREN-RS 129.510 - ENF

Janilce Dorneles de Quadros COREN-RS 350.203 - ENF

Maristela Michelon COREN-RS 088.637 - ENF

Nelci Dias da Silva COREN-RS 54.423 - ENF

Pâmela Leites de Souza Steffen COREN-RS 285.667 - ENF

Tainá Nicola COREN-RS 218.641 - ENF

Thais Mirapalheta Longaray COREN-RS 152.625 - ENF

Vanessa Romeu Ribeiro COREN-RS 122.366 - ENF

COORDENAÇÃO Thais Mirapalheta Longaray

Departamento de Fiscalização

ORGANIZAÇÃO Coren-RS

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

Diagramação (versão Coren/RS): Vanessa Lagemann Drehmer

Setor de Comunicação e Eventos



COMISSÃO DE ADAPTAÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE GT HIPERTENSÃO E DIABETES

Leonardo Rodrigues - Enfermeiro

Vanessa do Canto Severo Coffy - Enfermeira

Karen W. Del Mauro - Enfermeira

Lucas Pontes - Enfermeiro

Tábitha Dahmer - Farmacêutica

Marcelo Machado – Enfermeiro

Carla Mayer - Enfermeira

Rafael Brum - Enfermeiro

Juliana Feijó- Enfermeira

Felipe Adonai - Enfermeiro

Tamara Ferreira de Oliveira – Téc. Enfermagem

Annelise Krause – Nutricionista

Cintia Costa - Nutricionista

Eveline Rodrigues - Enfermeira

Loren Seibel – Médica

Wellington Cesar – Enfermeiro

Paula Picon – Pediatra

Fernanda Hartmann – Médica

PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Sebastião Melo

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fernando Ritter

DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vânia Frantz

DIRETORA ADJUNTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eveline Rodrigues

RT DE ENFERMAGEM DA APS

Leonardo Rodrigues

Areas Técnicas: CPPS/DAPS - CAIST/DAPS - REMAPS/POA

ABREVIATURAS

AMPA - Automedida da Pressão Arterial	DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1 DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2
APS - Atenção Primária à Saúde	DMG - Diabetes Mellitus Gestacional DRC - Doença Renal Crônica
AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool	PAM - Pressão Arterial Média PAS - Pressão Arterial Sistólica
AVC - Acidente Vascular Cerebral	ECG - Eletrocardiograma
BMJ - British Medical Journal	EQU - Exame Qualitativo de Urina
CA - Circunferência Abdominal	ER - Estratificadores de Risco
CIAP-2 - Classificação Internacional de Atenção Primária	ERG - Escore de Risco Global
CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem	FC - Frequência Cardíaca
CKD-EPI - Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration	FCRV - Fatores de Risco Cardiovascular
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem	FICA ou HOPE - Acrósticos que denominam instrumentos utilizados para realização de anamnese espiritual
COREN-RS - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul	FR - Fatores de Risco
CV - Cardiovascular	GJ - Glicemia de Jejum
DAC - Doença Aterosclerótica	GRADE – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
DAP - Doença Arterial Periférica	HA - Hipertensão Arterial HbA1c - Hemoglobina Glicada
DASC - Doença Aterosclerótica Subclínica	HDL - High Density Lipoproteins ou Lipoproteínas de alta densidade
DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension	HELLP - Síndrome Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas, Baixa contagem de plaquetas
DC - Doenças Crônicas	HGT - Hemoglicoteste
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	HJB - Hipertensão do Jaleco Branco
DCV - Doenças Cardiovasculares	HM - Hipertensão Mascarada
DE - Diagnóstico de Enfermagem DM - Diabetes Mellitus	PN - Pré-Natal
HVE - Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo IAM - Infarto Agudo do Miocárdio	PND - Polineuropatia Diabética
IECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina	POP - Procedimento Operacional Padrão
IG - Idade Gestacional	PSP - Perda de Sensibilidade
IMC - Índice de Massa Corporal	Protetora RAS - Redes de Atenção à Saúde
INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia	RD - Retinopatia Diabética RS - Rio Grande do Sul
ITB - Índice Tornozelo-braço	SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
LDL - Low Density Lipoproteins ou Lipoproteínas de baixa densidade	SAHOS - Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
LOA - Lesão em Órgão-alvo	SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul SM - Síndrome Metabólica
MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial	SOAP - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano SUS - Sistema Único de Saúde
MEV - Mudanças de Estilo de Vida	TFG - Taxa de Filtração Glomerular TG - Triglicérides
MRPA - Monitoramento Residencial da Pressão Arterial	TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose 75 g UH - Urgência Hipertensiva
NANDA-I - North American Nursing Diagnosis Association International ND - Neuropatia Diabética	UPD - Úlcera do Pé Diabético US - Unidade de Saúde
NPH - Neutral Protamine Hagedorn OMS - Organização Mundial da Saúde	VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
PA - Pressão Arterial	WHO - World Health Organization
PAD - Pressão Arterial Diastólica	PE - Processo de Enfermagem

SUMÁRIO

ABREVIATURAS	4
SUMÁRIO.....	5
FERRAMENTAS DE APOIO ÀS(AOS) ENFERMEIRAS(OS).....	13
GLOSSÁRIO DE PRÁTICAS.....	14
ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS	15
QUADRO 1 – NÍVEL DE EVIDÊNCIA SEGUNDO O SISTEMA GRADE.....	15
QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (A)	16
QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (B)	17
QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (C)	18
QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (D)	19
QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (E)	20
APRESENTAÇÃO	21
INTRODUÇÃO.....	22
CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL	22
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	24
QUADRO 3 - REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM – SOAP	25
1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	27
2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DA ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - HEARTS.....	28
QUADRO 4 – MÓDULOS DO PACOTE DE MEDIDAS TÉCNICAS HEARTS	30
QUADRO 5 –ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR SEGUNDO O MODELO HEARTS/OPAS (2020).....	31
FLUXOGRAMA 1 - MANEJO A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR HEARTS	32
QUADRO 6 - GRÁFICO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV) - LABORATORIAL.....	33
QUADRO 7 - GRÁFICO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV) – NÃO LABORATORIAL.....	34
QUADRO 8 - ILUSTRAÇÃO DE COMO USAR O GRÁFICO DE RCV - LABORATORIAL.....	35
QUADRO 9 - ILUSTRAÇÃO DE COMO USAR O GRÁFICO DE RCV – NÃO LABORATORIAL	36
2.1. PRINCIPAIS EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	37
QUADRO 10 - PRINCIPAIS EXAMES PARA RASTREAMENTO DE SAÚDE DO ADULTO	37

	6
FLUXOGRAMA 2 – REGISTRO NO PEC E-SUS ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - RCV.....	46
2.2. MANEJO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	47
2.2.1. MANEJO DAS ALTERAÇÕES LIPÍDICAS	47
FIGURA 1 – VALORES REFERENCIAIS E DE ALVO TERAPÊUTICO CONFORME RISCO CARDIOVASCULAR ESTIMADO EM ADULTOS ACIMA DE 20 ANOS.	49
FLUXOGRAMA 3 - AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E SEUS COMPONENTES	50
2.2.2. OBESIDADE.....	51
QUADRO 11 - MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE (A).....	51
QUADRO 11 - MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE (B).....	52
2.2.3. SEDENTARISMO.....	53
QUADRO 12 – REGISTRO DO MANEJO DO SEDENTARISMO	53
QUADRO 13 - MANEJO DO SEDENTARISMO	54
2.2.4. HÁBITOS ALIMENTARES	55
QUADRO 14 – REGISTRO DO MANEJO DOS HÁBITOS ALIMENTARES.....	55
QUADRO 15 - MANEJO DE HÁBITOS ALIMENTARES.....	56
2.2.5. ABUSO DE ÁLCOOL	57
QUADRO 16 – REGISTRO DO MANEJO DO USO NOCIVO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES E ADULTOS	57
QUADRO 17 - MANEJO DO USO NOCIVO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES E ADULTOS	58
2.2.6. TABAGISMO.....	58
QUADRO 18 - MANEJO DO TABAGISMO EM ADOLESCENTES E ADULTOS.....	59
2.2.7. ESTRESSE PSICOSSOCIAL	60
QUADRO 19 – REGISTRO DO MANEJO DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL.....	60
QUADRO 20 - MANEJO DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL (B).....	61
2.2.8. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	61
QUADRO 21 - ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM SAÚDE	62
3. FREQUÊNCIA DE CONSULTAS	63
QUADRO 22 - PERIODICIDADE DE CONSULTAS CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	63
4. RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	64
QUADRO 23 - CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA DRC SEGUNDO TFG E EXCREÇÃO URINÁRIA DE ALBUMINA.....	65

	7
QUADRO 24 - MANEJO DO RASTREAMENTO A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA DRC.....	66
5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS).....	67
QUADRO 21 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	67
FLUXOGRAMA 4 – HIPERTENSÃO ARTERIAL	67
FLUXOGRAMA 5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HA	68
5.1. RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	69
5.1.1 RASTREAMENTO DA HA EM ADULTOS	69
QUADRO 25 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	69
ROTEIRO: CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O RASTREAMENTO DA HA	70
QUADRO 26 – CONDUTAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO.....	70
QUADRO 27 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIÇÃO NO CONSULTÓRIO A PARTIR DE 18 ANOS DE IDADE.....	71
QUADRO 28 – REGISTRO DO RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS	71
QUADRO 29 - MONITORIZAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS	72
QUADRO 30 - HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS	73
QUADRO 31 - PRINCIPAIS CAUSAS DE HA SECUNDÁRIA E SEUS SINAIS/SINTOMAS	73
QUADRO 32 - CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DA HA EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS	74
5.1.2. RASTREAMENTO DA HA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	75
5.1.3. RASTREAMENTO DA HA NA GESTAÇÃO	75
QUADRO 33 – DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	76
QUADRO 34 - MANEJO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO (A).....	77
QUADRO 34. MANEJO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO (B).....	78
PROFILAXIA DE PRÉ ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA NA GESTAÇÃO	79
5.2. ROTEIRO: CONSULTA DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM HAS	80
QUADRO 35 - COLETA DE DADOS/ ENTREVISTA:	80
QUADRO 36 – EXAME FÍSICO DA PESSOA COM HAS:	81
5.3. ROTEIRO: CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE DA PESSOA COM HAS	82
QUADRO 37 – METAS E CONDUTAS NA CONSULTA SUBSEQUENTE	82
6. ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM HA	83

FLUXOGRAMA 6 – ACOMPANHAMENTO DE PESSOA COM HA	83
QUADRO 38. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM HA	84
QUADRO 39. PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM HA	85
6.1. CLASSIFICAÇÃO DA HA E METAS PARA CONTROLE	86
QUADRO 40 - CLASSIFICAÇÃO DA HA E METAS PARA CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS	86
6.1.1. INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE E NO DOMICÍLIO	87
QUADRO 41 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A AFERIÇÃO DA PA EM CONSULTÓRIO (A)	87
QUADRO 41 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A AFERIÇÃO DA PA EM CONSULTÓRIO (B)	88
QUADRO 42 - INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DA PA CONFORME MÉTODO DE ESCOLHA	89
QUADRO 43 - PRINCIPAIS EXAMES DE ROTINA PARA ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM HIPERTENSÃO	90
6.2. QUEIXAS MAIS COMUNS EM HIPERTENSÃO	91
6.2.1. MANEJO DAS CRISES HIPERTENSIVAS	91
QUADRO 44 - MANEJO DAS CRISES HIPERTENSIVAS	92
FLUXOGRAMA 7 - MANEJO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA	92
FLUXOGRAMA 8 – MANEJO DE PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA	93
FLUXOGRAMA 9 – MANEJO DE ELEVAÇÃO EVENTUAL DA PA	94
6.3. MANEJO DA HIPOTENSÃO	95
QUADRO 45 - MANEJO DA HIPOTENSÃO	95
FLUXOGRAMA 10 - MANEJO DA HIPOTENSÃO ABSOLUTA E ORTOSTÁTICA	95
FLUXOGRAMA 11 - MANEJO DA HIPOTENSÃO RELATIVA	96
FLUXOGRAMA 12 – REGISTRO NO PEC E-SUS DA PESSOA COM HA	97
7. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS.....	98
QUADRO 46 – FATORES DE RISCO	99
7.1. RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS.....	99
7.1.1. DIABETES MELLITUS TIPO 1 – DM1	100
FLUXOGRAMA 13 - RASTREAMENTO DE DM1 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	100
7.1.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2 – DM2 EM ADULTOS.....	101
QUADRO 47 - FATORES DE RISCO PARA DM2 EM ADULTOS	101

QUADRO 48 - CRITÉRIOS LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO DE NORMOGLICEMIA, PRÉ-DIABETES E DM	102
QUADRO 49 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM ADULTOS	102
QUADRO 50 - RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM ADULTOS	103
7.1.3. DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	103
QUADRO 51 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:	103
QUADRO 52 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	104
QUADRO 53 - MANEJO DO DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	104
7.1.4. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL - DMG.....	105
QUADRO 54 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DM NA GESTAÇÃO:	105
FLUXOGRAMA 14 - RASTREAMENTO DO DM NA ROTINA DE PRÉ-NATAL.....	106
QUADRO 55 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DMG E DM DIAGNOSTICADO DURANTE A GRAVIDEZ	107
QUADRO 56 -MANEJO DO DMG E DM DIAGNOSTICADO DURANTE A GRAVIDEZ	107
7.2. ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM DM2	108
QUADRO 57 - CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DM2	108
QUADRO 58 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DM2	109
7.2.1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS	110
QUADRO 59 - ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA USUÁRIOS COM DM.....	111
7.3. PRINCIPAIS EXAMES DE ROTINA	112
QUADRO 60 - PRINCIPAIS EXAMES DE ROTINA PARA ACOMPANHAMENTO DO DM2 EM ADULTOS*	112
7.4. TRATAMENTO E METAS GLICÊMICAS PARA CONTROLE DO DM2.....	113
QUADRO 61 - METAS GLICÊMICAS CONFORME FAIXA ETÁRIA E CONDIÇÃO CLÍNICA	114
7.4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSULINOTERAPIA.....	114
QUADRO 62 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSULINOTERAPIA	115
USO DA CANETA DE INSULINA	117
FLUXO ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO PROGRAMA MUNICIPAL DE INSUMOS DA DIABETES EM PORTO ALEGRE	118
FIGURA 2 - LOCAIS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA POR QUADRANTES.....	119
7.2.5. INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR NA UNIDADE DE SAÚDE E NO DOMICÍLIO	120
QUADRO 63 - INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DE METAS GLICÊMICAS VIA GLICEMIA CAPILAR NA UNIDADE DE SAÚDE OU AMGC.....	121

	10
7.2.6. AVALIAÇÃO DOS PÉS DA PESSOA COM DIABETES.....	122
FIGURA 3 – MANEIRA CORRETA DE CORTAR AS UNHAS DOS PÉS	123
FIGURA 4 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO IWGDF 2023 E A FREQUÊNCIA DE TRIAGEM DOS PÉS.....	123
AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE PROTETORA PLANTAR.....	124
FIGURA 5 – LOCAIS DE TESTAGEM COM O MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN 10G.....	124
FIGURA 6 – ENVERGADURA CORRETA DO MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN 10G	124
PERCEPÇÃO DE VIBRAÇÃO: UTILIZANDO DIAPASÃO 128 HZ	125
FIGURA 7 – MÉTODO DE USO DO DIAPASÃO DE 128 HZ.....	126
MEDIÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL (ITB).....	128
FIGURA 8 – LOCALIZAÇÃO DOS MANGUITOS PARA ITB.....	129
CÁLCULO DO IBT	129
QUADRO 64 - CLASSIFICAÇÃO SOBRE A GRAVIDADE DAS ISQUEMIAS CONFORME SCORE DO ITB	130
FERIDAS NOS PÉS RELACIONADAS AO DIABETES.....	130
FIGURA 9 – ÁREAS DOS PÉS COM MAIOR RISCO DE ULCERAÇÕES.....	130
QUADRO 65 - PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO EXAME DOS PÉS	132
7.3 QUEIXAS MAIS COMUNS EM DM	133
7.3.1. MANEJO DA HIPERGLICEMIA.....	133
QUADRO 66 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM HIPERGLICEMIA	134
7.3.2. MANEJO DA HIPOGLICEMIA	135
QUADRO 67 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA HIPOGLICEMIA	135
8. MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO	137
8.1. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	137
8.2. MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	138
QUADRO 68 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS ESTÁGIOS E ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	138
QUADRO 69. ESTÁGIOS E ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	139
8.3 HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.....	140
QUADRO 70 - DESENVOLVENDO HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO CENTRADAS NA PESSOA (A).....	140
PRINCÍPIOS ORIENTADORES.....	140

	11
QUADRO 70. DESENVOLVENDO HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO CENTRADAS NA PESSOA (B).....	141
8.4. AÇÕES PARA VIDA SAUDÁVEL	142
8.4.1. RECOMENDAÇÕES PARA ADOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL	142
8.4.2. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	143
QUADRO 71 - DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL	143
8.4.3. ABANDONO /REDUÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	145
8.4.4. ABANDONO DO TABAGISMO	145
8.4.5. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	146
8.4.6. PESO CORPORAL.....	146
QUADRO 72 CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).....	147
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL.....	148
QUADRO 73 VALORES DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	148
8.4.7. RASTREAMENTO DE OBESIDADE	148
8.4.8. CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS	148
QUADRO 74 - CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS (A)	149
QUADRO 74. CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS (B)	149
8.4.9. ACOMPANHAMENTO.....	149
QUADRO 75 - TÉCNICA DOS 5 “AS”	150
9. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	151
9.1. AÇÕES EDUCATIVAS EM GRUPOS	151
9.1.1. ELABORAÇÃO DOS GRUPOS.....	152
QUADRO 76 - PASSO-A-PASSO PARA FORMAÇÃO DOS GRUPOS.....	152
QUADRO 77 – ASPECTOS IMPORTANTES NO PLANEJAMENTO DE UM GRUPO NA APS	153
QUADRO 80 – UTILIZANDO DINÂMICAS DE GRUPO	154
9.1.2. AVALIANDO O GRUPO	155
QUADRO 78 – ROTEIRO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS HAS	156
QUADRO 79 – ROTEIRO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS DM	157
10. REFERÊNCIAS	158

ANEXOS	165
ANEXO 1 - PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM DM.....	166
COLETA DE DADOS/ ENTREVISTA:	166
COLETA DE DADOS:	166
EXAME FÍSICO	167
ANEXO 2 - VACINAÇÃO PARA A PESSOA COM DIABETES MELLITUS	168
ANEXO 3 - AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST /- TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL	169
ANEXO 4 - TESTE DE FAGERSTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA.....	170
ANEXO 5 - QUESTIONÁRIOS FICA E HOPE PARA AVALIAÇÃO DE ESPIRITUALIDADE.....	171
ANEXO 6 - ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DOS PÉS – PREVENINDO O PÉ DIABÉTICO.....	172
ANEXO 7 - TÉCNICA ILUSTRADA DE MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	173
FIGURA 10: PONTO MÉDIO ENTRE ÚLTIMOS ARCOS COSTAIS E CRISTA ILÍACA (AZUL E PRETO), E CORRESPONDÊNCIA NO CORPO MASCULINO.	173
FIGURA 11: PONTO MÉDIO ENTRE ÚLTIMOS ARCOS COSTAIS E CRISTA ILÍACA (AZUL E PRETO), E CORRESPONDÊNCIA NO CORPO FEMININO.	173
ANEXO 8 – FORMULÁRIO PARA MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL – MRPA.....	174
ANEXO 9 – RASTREAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA	175

FERRAMENTAS DE APOIO ÀS(AOS) ENFERMEIRAS(OS)

BIBLIOTECA VIRTUAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE

<https://bit.ly/3U9fjcA>

TELESSAÚDE RS

<https://www.ufrgs.br/telessauders/>

ATENÇÃO BÁSICA DO RS

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inicial>

CALCULADORA DE IMC

<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=7>

BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE

<https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

<https://prefeitura.poa.br/sms>

PLATAFORMA DE ENSINO PREFEITURA DE PORTO ALEGRE - EDUCAPOA

<https://educapoa.portoalegre.rs.gov.br/>

VLibras - TRADUÇÃO AUTOMÁTICA PARA TORNAR WEB MAIS ACESSÍVEL

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/vlibras/>

DYNAMED

<https://www.dynamed.com/>

GLOSSÁRIO DE PRÁTICAS

Esta seção apresenta conceitos utilizados neste protocolo e que devem ser incorporados à prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, a fim de garantir a resolutividade da assistência e a produção do cuidado integral à saúde.

Protocolo de Enfermagem: conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Consulta de Enfermagem: A consulta de enfermagem é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

Assistência Integral: é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema.

Equidade: inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde.

Anamnese: A anamnese, na prática clínica, consiste na rememoração dos eventos pregressos relacionados à saúde, na identificação dos sintomas e sinais atuais, com o intuito principal de fazer entender, com a maior precisão possível, a história da doença atual que traz o paciente à consulta.

Exame Físico: é uma das etapas do Processo de Enfermagem e configura-se como técnica relevante, necessária à detecção de estados patológicos, à prevenção de agravos, ao acompanhamento da evolução clínica e ao planejamento de estratégias de cuidados.

Acolhimento: é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Interconsulta: caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas.

ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locorregionais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

O sistema de classificação GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - é uma proposta internacional de graduação da qualidade e da força das recomendações em saúde, indicada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde para síntese de evidências (GRADE, 2014; BRASIL, 2014). O GRADE atribui quatro níveis de evidências conforme o quadro abaixo.

QUADRO 1 – NÍVEL DE EVIDÊNCIA SEGUNDO O SISTEMA GRADE

Nível de Evidência	Legenda	Fonte de informação
ALTO ++++	A	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
MODERADO +++	B	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações leves, como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
BAIXO ++	C	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente suscetíveis a vieses.
MUITO BAIXO +	D	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

* Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de Ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

Fonte: Adaptado de Coren/2020

QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (A)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo empregado	Nível de Evidência*
BMJ UptoDate Ministério da Saúde Medline World Health Organization BVS	Mudanças de estilo de vida Fator de risco cardiovascular	A promoção de atividade física, de alimentação saudável, da redução de peso, da cessação do tabagismo e a abordagem do consumo prejudicial de álcool e do estresse psicossocial são ações recomendadas para a diminuição do risco cardiovascular, prevenção e tratamento de DCNT	A/B Moderado a alto
Scielo	Risco cardiovascular	O modelo multifatorial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) é orientado para a estimativa de risco cardiovascular de pessoas com ou sem diabetes, quatro níveis de risco	B Moderado
Scielo MEDLINE UptoDate	Mudanças de estilo de vida Dislipidemias	Recomenda-se mudanças de estilo de vida (MEV) para todos os usuários com alterações lipídicas, com enfoque na promoção de: atividade física; cessação do tabagismo; redução de peso; redução da ingestão de bebidas alcoólicas; redução da ingestão de açúcares simples, da ingestão de carboidratos e da substituição (parcial) dos ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados (como oleaginosas e azeite de oliva);	A/B Moderado a alto
		Tratamento medicamentoso associado a MEV será considerado pelo médico em caso de alto ou muito alto risco cardiovascular e em caso de risco intermediário ou baixo, com LDL-c \geq 160-190 mg/dl;	A Alto
		Risco intermediário (sem agravantes) ou baixo, o tratamento medicamentoso será definido em conjunto com a pessoa se de 3 a 6 meses as MEV falharem	C Baixo
BMJ Best Practice UptoDate BVS MEDLINE	Hipertensão Arterial Rastreamento	Rastreamento e diagnóstico de HA com PA medida no consultório	B Moderado
		Sempre que possível, medidas fora do consultório via Monitoramento Residencial da PA (MRPA) devem ser preconizadas para confirmação diagnóstica e para maximizar a previsão do risco CV	A Alto
		Rastrear HA em crianças e adolescentes, anualmente, a partir dos 3 anos de idade	C Baixo

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (B)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo empregado	Nível de Evidência*
BMJ Best Practice PubMed MEDLINE	Hipertensão Arterial Controle	Diagnóstico de HA se níveis sustentados de PA \geq 140 / 90 mmHg em consultório/US e/ou PA \geq 135 / 85 mmHg em MRPA; Recomenda-se MEV para todas as pessoas com pré-hipertensão e HA; O MRPA é o método preferencial para acompanhamento, manejo do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e busca das metas de controle.	A Alto
BMJ Best Practice PubMed Scielo MEDLINE	Hipertensão Arterial Exames	Exames de rotina para acompanhamento da HA: <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum; <input type="checkbox"/> Perfil lipídico com Colesterol total, HDL e triglicerídeos; <input type="checkbox"/> Potássio; <input type="checkbox"/> Exame sumário de urina - EQU; <input type="checkbox"/> Ácido úrico;	C Baixo
		<input type="checkbox"/> Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Microalbumina de amostra – se proteinúria no EQU / DM / suspeita de síndrome metabólica/ HA com 2 ou + FRCV; <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma.	C Baixo
		<input type="checkbox"/> Fundoscopia	A Alto
BMJ Best Practice MEDLINE Scielo	Crise hipertensiva	Emergência hipertensiva é definida por PA \geq 140/90 mmHg associada à Lesão em Órgão- alvo (LOA) e demanda atendimento médico de emergência / encaminhamento à Unidade de pronto-atendimento; Urgência hipertensiva é definida arbitrariamente como níveis de PAD \geq 120 mmHg e risco de evolução à LOA, demandando atendimento médico imediato na US. Pseudocrise hipertensiva pode ser manejada com sintomáticos para dor aguda pelo enfermeiro, conforme sinais e sintomas: Paracetamol 500 mg (de 6/6h até 4/4h, máximo 3 g/dia) ou Dipirona 500 mg (de 6/6h até 4/4h, máximo 2 g/dia) por até 72h. Encaminhar para consulta médica se não houver melhora.	C Baixo

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (C)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo empregado	Nível de Evidência*
UpToDate	Hipotensão	Para manejo da hipotensão, orientar ingestão de dois copos de água (480 ml) em até 5 min. para reversão. Em caso de persistência dos sintomas, procurar a US ou atendimento médico de urgência se alterações graves do nível de consciência.	D Muito baixo
BMJ Best Practice BVS SciELO UpToDate	Rastreamento Diabetes Mellitus	A partir dos testes Glicemia de Jejum, HbA1c ou Teste oral de tolerância à glicose 75 g;	B Moderado
		Crianças a partir dos 10 anos e/ou puberdade e adolescentes com sobrepeso/obesidade e um ou mais FR para DM;	A Alto
		Todas as pessoas com idade ≥ 45 anos ou em qualquer idade se excesso de peso e um ou mais FR.	C Baixo
BMJ Best Practice BVS SciELO UpToDate	Diabetes Mellitus Diabetes Mellitus tipo 1 Diabetes Mellitus Gestacional Diabetes Mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Critérios diagnósticos: • DM1: GJ ≥ 200 mg/dL + sinais de hiperglicemia / crise hiperglicêmica; • DM diagnosticado durante a gravidez: GJ ≥ 126 mg/dL em dois testes consecutivos no 1º trimestre E/OU TOTG 75 g com Jejum ≥ 126 mg/dL / Após 2h ≥ 200 mg/dL no 2º ou 3º trimestre; • DMG: GJ ≥ 92 < 126 mg/dL no 1º trimestre + qualquer um dos seguintes valores de TOTG 75 g no 2º ou 3º trim.: Jejum - ≥ 92 < 126 mg/dL/ Após 1h: ≥180 mg/dL / 2h: ≥ 153 mg <200 mg/ dL. • PRÉ-DM: GJ ≥ 100 e < 126 mg/dL / HbA1c ≥ 5,7% e < 6,5%. • DM2: GJ ≥ 126 ou ao acaso > 200 mg/dL; TOTG 75 mg 2h após ≥ 200 mg/dL; HbA1c ≥ 6,5%. 	A/B Moderado a alto
BMJ Best Practice SciELO UpToDate World Health Organization	Diabetes Mellitus Management Tratamento	<p>Recomenda-se MEV para todas os usuários com pré-DM e DM, as quais podem ser associadas a tratamento medicamentoso, principalmente nos casos de maior risco ou HbA1c mais elevada;</p> <p>Atendimento em equipe multiprofissional, centrado na pessoa com abordagens integradas de tratamento a longo prazo baseado na promoção do autocuidado a partir de comunicação colaborativa contínua e estabelecimento de metas entre todos os membros da equipe;</p> <p>Os aspectos psicossociais e de rede de apoio devem ser considerados para todas as tomadas de decisão em saúde.</p> <p>A HbA1c é considerada o exame padrão-ouro para avaliar o controle metabólico da maioria dos indivíduos com DM.</p>	A/B Moderado a alto

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (D)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo empregado	Nível de Evidência*
BMJ Best Practice PubMed Scielo MEDLINE	Diabetes Mellitus Exames	Exames de rotina para acompanhamento DM: <input type="checkbox"/> HbA1c; <input type="checkbox"/> Perfil lipídico com Colesterol total, HDL e triglicerídeos; <input type="checkbox"/> Creatinina sérica; <input type="checkbox"/> Albumina em amostra isolada de urina; <input type="checkbox"/> Fundoscopia;	A Alto
		<input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum; <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma;	B Moderado
		<input type="checkbox"/> Exame sumário de urina (EAS/EQU).	C Baixo
BMJ Best Practice PubMed Scielo UPtoDate	Diabetes Mellitus Automonitoramento	A Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) é recomendada para gestantes, pessoas com DM2 em uso de insulina basal e/ou múltiplas injeções diárias; Não há consenso quanto a AMGC para pessoas em uso apenas de antidiabéticos orais.	B Moderado C Baixo
Scielo BMJ Best Practice NICE UPtoDate	Pé diabético	Todas as pessoas com DM devem receber orientações para o autocuidado dos pés; Realizar avaliação mínima anual a partir do momento do diagnóstico do DM2, para identificação de fatores de risco de ulceração e amputação; O exame dos pés deve incluir história e exame físico contemplando, minimamente, o teste com monofilamento de 10 g + 1 outro teste com, preferencialmente, diapasão ou palito e temperatura.	B Moderado
BVS Scielo UPtoDate	Hipoglicemia	Glicose 15 g via oral é o tratamento de primeira escolha para hipoglicemia leve – HGT < 70mg/dl ≥ 54 mg/dl - e repetir o processo monitorando a glicemia de 15/15 min até a normalização.	B Moderado

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 2 - EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM OS DESCRITORES (E)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo empregado	Nível de Evidência*
UPtoDate	Diabetes Mellitus Onicocriptose Tinea Pedis	Onicocriptose: considerar para dor - Paracetamol 500 mg 1 comprimido via oral de até 6/6hh ou Ibuprofeno 600 mg 1 comprimido via oral de 12/12h (até 8/8h) por 3 dias. Banhos de imersão do pé afetado em água morna e sabão por 10 a 20 minutos, 3x ao dia, durante 1 a 2 semanas. Pode-se acrescentar 1 a 2 col. de chá de sal na água se presença de edema e exsudato. Colocar uma cunha de algodão com a ajuda de pinça ou usar fita cirúrgica microporosa para afastar a espícula da unha de sua prega lateral. Reavaliar em 72h (ou menos, se necessário) e espaçar acompanhamento conforme evolução favorável;	C Baixo
	Úlcera do Pé diabético	Tinea Pedis: Miconazol 2% creme - aplicar 2x ao dia por 7 a 14 dias. Em caso de não haver melhora ou recorrência, encaminhar para consulta médica para tratamento sistêmico;	C Baixo
	Pé diabético	Úlcera do Pé Diabético: Em caso de dor, Paracetamol 500 mg e/ou Dipirona 500 mg se dor, 1 comprimido via oral de até 6/6h. Rastrear DAP. UPD sem evolução positiva após 4 a 6 semanas de tratamento adequado, necessidade de avaliação na AAE.	B Moderado

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.

(B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.

(C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.

(D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há importante grau de incerteza nos achados.

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. Entretanto, persistem muitas dificuldades para a execução da prática desse profissional de forma autônoma e respeitada em seus preceitos éticos e legais, exigindo para o rompimento desse paradigma abordagens inovadoras e instrumentos que norteiem o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está inserida em um contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS nº 85/2019, o regramento da Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Hipertensão e Diabetes integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 e decreto nº 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde em Hipertensão e Diabetes. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão.

INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grupo de doenças caracterizadas por etiologia multifatorial, diversos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por associarem-se à deficiências e incapacidades funcionais. As DCNT que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas (WHO, 2018a; DATASUS, 2019).

Mundialmente, essas doenças, em especial as de origem cardiovascular, estão relacionadas à primeira causa de morte e à maior parte das 'taxas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade' - do inglês Disability-adjusted life-years (DALYs). A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou como meta global a redução dessa mortalidade em um terço até 2030, destacando para isso a abordagem dos principais fatores de risco cardiovascular, por meio da promoção da saúde e bem-estar, além das necessidades já consolidadas de detecção, diagnóstico e tratamento precoces (GBD, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BRASIL, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; WHO, 2018a; WHO, 2020).

Nos últimos 20 anos, o Rio Grande do Sul (RS) tem intensificado esforços no enfrentamento dessa problemática e apresentado melhora em seus desfechos de saúde. Entretanto, a carga das DCNT segue em ascensão (GBD, 2020). No ano de 2018, houve registro de 23 mil mortes por doenças do aparelho circulatório no RS, com o estado liderando o ranking de mortes por esse grupo de causas da região Sul (MS/SVS/CGIAE, 2018). Dentre os fatores de risco clássicos para doenças cardiovasculares destaca-se a Hipertensão arterial (HA), considerada o principal fator de risco, e o Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (MALTA et al., 2018).

A HA é a doença crônica mais prevalente no mundo, afetando aproximadamente um terço da população adulta. Nosso Estado possui a maior prevalência de hipertensão do Brasil, independente do critério diagnóstico utilizado, variando de 24,9% - autorreferido - a 39,3% - medido por instrumento e/ou uso de medicamentos (MALTA et al., 2018; VIGITEL, 2019). Segundo o inquérito populacional VIGITEL (2019) com dados das capitais brasileiras representando as 26 Unidades da federação e o Distrito Federal, Porto Alegre apresenta 28,2% de hipertensão autorreferida em adultos com idade igual ou superior a 18 anos, e, destes, 82,3% afirmaram fazer uso de tratamento medicamentoso para controle da doença.

Porto Alegre também lidera o ranking de prevalência de Diabetes mellitus entre as capitais do Brasil, com 8,6% (IC1 95% - 7,1-10). Das pessoas que confirmaram diagnóstico médico de diabetes, 92% delas informaram tratamento medicamentoso vigente. Em ambos os sexos, essas frequências aumentaram com o avançar da idade e diminuíram conforme o nível de escolaridade (VIGITEL, 2019).

Essas condições clínicas frequentemente se associam, sendo que mais de 60% dos adultos com DM2 possuem diagnóstico de HA, o que representa um aumento no risco de morte estimado em cerca de sete vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). A diáde HA e DM2 responde também pela maior parte de amputações, diálises e procedimentos de alto custo do SUS (BRASIL, 2014; MALACHIAS et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Na população gaúcha, a carga dessas doenças ao sistema de saúde envolve índices significativos de hospitalizações e de coeficiente de mortalidade. No ano de 2019 foram registradas 92.955 internações por doenças do aparelho circulatório, com coeficiente de mortalidade de 204/100.000 habitantes (22.049 óbitos). No mesmo período, com números menores, mas, expressivos, o Diabetes mellitus foi apontado como causa de 7.998 hospitalizações e coeficiente

de mortalidade de 46/100.000 habitantes (4.947) (SES/RS, 2019).

Agravando esse panorama, uma pequena parcela de fatores de risco cardiovascular (FRCV) está relacionada a hábitos de vida modificáveis e é responsável pela maior parte de morbimortalidade em DCNT: tabagismo, consumo alimentar inadequado, sedentarismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2013; WHO, 2018a). Dados estaduais representados por amostragem da capital gaúcha apontam para frequência em adultos de tabagismo de 14,6%, excesso de peso de 63%, obesidade de 21,6%, consumo abusivo de álcool 17,2%, consumo de alimentos ultraprocessados 26% e sedentarismo de 44% (VIGITEL, 2019).

Segundo a OMS (2018) a dieta inadequada aliada à inatividade física configuram a crescente epidemia de obesidade, diretamente associada ao aumento das DCNT. Estima-se que cerca de 72% da população adulta gaúcha esteja com excesso de peso ou obesidade. Entre os idosos do RS, 59% estão acima do peso (SISVAN, 2019). Assim como na população adulta, a obesidade infantil também preocupa, uma vez que 3 em cada 10 crianças entre 5 e 9 anos atendidas no SUS estão acima do peso (DATASUS, 2019). O RS está em primeiro lugar do país em sobrepeso e obesidade infantil nessa faixa etária (15,8%). Entre os adolescentes gaúchos os dados revelam que 39% estão com índice de massa corporal (IMC) elevado (SISVAN, 2019). Esses dados associam-se intimamente com o aumento do número de casos de diabetes mellitus infantojuvenil nos últimos anos, especialmente, do DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Diante do exposto, faz-se emergente o desenvolvimento de estratégias que possibilitem maior acesso da população às ações de promoção da saúde, prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento de pessoas com risco cardiovascular, hipertensão e diabetes (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014; WHO, 2019). Para tanto, os gestores e profissionais da APS precisam considerar a realidade local, os indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, econômicos, culturais, bem como a situação de saúde da população para a instituição de diretrizes com vistas à melhora dos indicadores de saúde.

Nessa perspectiva, um dos maiores desafios consiste na minimização das iniquidades em saúde e na promoção de mudanças de estilo de vida, em que o enfermeiro apresenta papel fundamental (GIYNN et al., 2010; WHO, 2013; GBD, 2020; WHO, 2018a). A prática baseada em evidências proposta por este protocolo, integrada ao trabalho em equipe multidisciplinar, aos princípios do SUS e aos atributos da APS, é um dos eixos prioritários para uma APS forte e resolutiva na atenção às DCNT (MENDES, 2019; WHO, 2019).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), que deve ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução Cofen nº 358/2009.

As etapas do PE estão descritas a seguir:

Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Diagnóstico de Enfermagem: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento de Enfermagem: determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

Avaliação de Enfermagem: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e também de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE deve estar baseado num suporte teórico, que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas a questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e na Resolução Cofen nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de

rotina e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, conferem visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como, respaldo técnico e legal. Estão regulamentados conforme Resolução COFEN nº 514/2016, a qual aprova o Guia de recomendações para o registro de Enfermagem, Resolução COFEN nº 429/2012 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico e Decisão COREN-RS nº 53/2016 que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o processo de enfermagem seja documentado por meio da utilização dos campos 'Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)' e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária para construção/atualização da Lista de Problemas a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (COREN/SC, 2017; MENDES, 2019).

QUADRO 3 - REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
S - SUBJETIVO	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Histórico de Enfermagem
O - OBJETIVO	Dados do exame físico, exames	Histórico de Enfermagem - Exame físico
A - AVALIAÇÃO	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
P - PLANO	Implementação	Intervenções de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I possibilita uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro em sua prática (NANDA-I, 2018). A utilização da NANDA-I é apropriada para o planejamento do cuidado, pois possibilita documentação clínica, facilita a comunicação adequada entre os profissionais e a integração de dados em sistemas de registro.

A CIPE é um instrumento que provê dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se como um sistema unificado internacional da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (COREN/SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN-RS nº19/2016 a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias no âmbito de sua atuação profissional.

Diante disso, a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes abordada neste protocolo consiste, entre outros, na avaliação sistemática do risco cardiovascular, na abordagem integrada dos fatores de risco, no rastreamento e diagnóstico precoces e no acompanhamento ao longo do tempo. Essas ações devem nortear a construção do plano de cuidados, devendo ser realizadas em consultas de Enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou em atenção compartilhada a grupo (BRASIL, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Ao longo dos capítulos serão apresentados os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem utilizados na abordagem do risco cardiovascular e no manejo da HA e DM na APS. Cabe ressaltar que estes não se esgotam nas propostas deste protocolo, mediante às demais dimensões que podem ser trabalhadas frente às necessidades em saúde identificadas.

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

A HA e o DM são condições de difícil controle e de longa duração, cuja abordagem envolve trabalho multidisciplinar e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014). Uma das estratégias para organizar o cuidado é a estratificação segundo riscos, pois, ao reconhecê-los é possível adequar as ações e otimizar os recursos dos serviços para melhor resolutividade e integralidade da atenção (BRASIL, 2014).

Este capítulo irá descrever os principais critérios utilizados para essa estratificação segundo o modelo da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019), o qual fundamenta-se na estimativa de risco cardiovascular global para orientar decisões clínicas e terapêuticas (PRÉCOMA et al., 2019). Independente do modelo adotado, a estratificação deve ser realizada pelo enfermeiro no atendimento à demanda espontânea ou programada para rastreamento de FRCV, HA e DM ou para acompanhamento de pessoas com doenças crônicas (DC) já diagnosticadas, devendo ser atualizada sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A consulta de Enfermagem para a estimativa do risco cardiovascular deve basear-se no seguinte roteiro:

- Anamnese com identificação das necessidades em saúde e dos hábitos de vida;
- Identificação e manejo integrado dos principais fatores de risco cardiovascular (FRCV);
- Exame físico: aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, peso e altura para cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal (calculadora disponível em: <https://bit.ly/3QwuKJb>);
- Cálculo de risco a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames;
- Definir os DE pactuando com a pessoa os objetivos, metas e intervenções prioritárias e individualizadas para o planejamento e execução do seu plano de cuidados;
- Elaborar e/ou revisar plano de cuidados considerando a autonomia, o empoderamento, a espiritualidade e o estilo de vida da pessoa, partindo sempre que possível da tomada de decisão compartilhada e de seus impactos na qualidade de vida;
- Promoção da adesão, do autocuidado e de mudanças de estilo de vida.

2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DA ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - HEARTS

A **Iniciativa global HEARTS** é liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e envolve vários atores mundiais, incluindo os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e a Iniciativa Resolve to Save Lives, entre outros. O Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lidera a implementação da HEARTS nas Américas, garantindo que as ações de implementação estejam alinhadas às prioridades estratégicas da Região e é a principal iniciativa da OPAS para o controle da hipertensão e a prevenção secundária de doença cardiovascular (DCV), por meio de um protocolo de tratamento padronizado para hipertensão e um caminho clínico que integra componentes fundamentais relacionados à avaliação e ao manejo do risco cardiovascular, ao mesmo tempo em que fortalece a integração do diabetes e da doença renal crônica (DRC) na atenção primária. Atualmente, está sendo implementada em 2.095 centros de 24 países.

Esse escore estima a probabilidade de ocorrência de eventos coronarianos **em 10 anos**, a partir de uma pontuação que classifica o indivíduo em cinco possíveis categorias: nova estratificação é: <5% de risco de DCV em 10 anos (denotado em verde), 5% a <10% de risco (amarelo), 10% a <20% de risco (laranja), 20% a <30% de risco (vermelho.) e risco $\geq 30\%$ (vermelho-escuro).

As esferas de abordagem dessa estratégia são resumidas pelo mnemônico **HEARTS**: **H**: hábitos saudáveis; **E**: evidências que permitem a padronização das condutas clínicas de hipertensão e diabetes; **A**: acesso a medicamentos e tecnologias essenciais; **R**: risco: manejo das doenças cardiovasculares baseadas no risco; **T**: trabalho em equipe; **S**: sistemas de monitoramento. Esse modelo leva em consideração o **país de origem** e foi desenvolvido para maximizar a variabilidade entre regiões e minimizar a heterogeneidade na mortalidade. A utilização dos gráficos de risco de DCV baseados em laboratório considera **idade; sexo; tabagismo; diabetes; PAS; colesterol total**. Também é possível utilizar o gráfico não baseado em laboratório considerando **idade; sexo; tabagismo; PAS; IMC**.

A iniciativa HEARTS nas Américas transformou os gráficos de risco de doenças cardiovasculares publicados pela OMS em uma calculadora online para computadores e smartphones, que foi lançada em junho de 2021. A calculadora proposta utiliza parâmetros definidos a partir do estudo Global Burden Disease (GBD), considerando os dados de estimativa populacional brasileira.

INVESTIGUE FATORES DE FRCV:

- Pergunte se é **fumante**: considere paciente que parou de fumar no último ano como fumante para avaliar FRCV;
- Pergunte sobre **história familiar**: um dos pais ou irmãos com DCV precoce (homem < 55 anos ou mulher < 65 anos) é fator de FRCV;
- Calcule o **Índice de Massa Corporal (IMC)**: peso (kg) ÷ altura (m) ÷ altura (m). Um IMC > 25 (se > 65 anos: > 27) é fator de FRCV;
- Meça **circunferência abdominal** sem roupa/roupa leve, ao final de expiração normal, à meia altura entre último arco costal e topo crista ilíaca: > 88cm (mulher) ou > 102cm (homem) é fator de FRCV;
- Verifique diagnóstico de **hipertensão**: verifique se PA $\geq 140/90$;
- Verifique diagnóstico de **diabetes**: se não tem diabetes conhecida, verifique necessidade de rastrear. Se não há necessidade de rastrear, considere como não diabético.

Você pode utilizar a “**Calculadora para estratificação de risco cardiovascular**” (OPAS/OMS), disponível para download de aplicativo para dispositivos móveis ou acessá-la online em:

<https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>

Aconselhe paciente com fatores de RCV ou RCV \geq 10%

*Sedentarismo:

- População em geral: 150 min/semana de atividade física e/ou exercício físico de intensidade moderada ou 75 min de alta intensidade;
- Aumente as atividades de rotina: jardinagem, arrumação da casa, caminhar invés de usar automóveis, usar escadas invés de elevadores.
- Exercite os braços se não puder usar as pernas.

*Investigue uso arriscado de álcool

- Evitar consumo diário e excessivo de álcool; Limitar consumo a 1 dose/dia para mulheres e 2 doses/dia para homens (1 dose = 1 cerveja de 350 ml, 1 copo de vinho de 150 ml, ou 45 ml de bebidas destiladas).

*Dieta

- Consumir diariamente: 3 porções de frutas e de verduras e legumes;
- Prefira arroz, massas e pães integrais;
- Troque frituras por grelhados/assados/cozido;
- Diminua consumo de carne vermelha;
- Evite alimentos prontos/congelados;
- Evite/use menos açúcar. Evite adicionar sal.
- Consumo diário máximo de sódio de 2.300 mg, equivalente a 5 g sal ou uma colher de chá.

*Maneje o estresse

- Incentive paciente a tirar um tempo para relaxar (ex. passe tempo com amigos/familiares; faça exercício de relaxamento e de respiração; ache uma atividade divertida que goste de fazer).
- Seja ativo: exercícios regulares podem ajudar
- Acesse suporte: vincule paciente a um grupo de apoio.

*Sobrepeso e Obesidade

- Almeje IMC < 25 (se > 65 anos: < 27), e circ. abdominal < 88cm (mulheres) e < 102cm (homens).
- Qualquer perda de peso é benéfica, mesmo abaixo da meta.

*Tabagismo

- Dê informações básicas sobre o tabagismo e seu abandono.
- Ajude o paciente a identificar situações (por exemplo, sentimentos, lugares, atividades) que poderiam aumentar o risco de tabagismo ou recaída.

QUADRO 4 – MÓDULOS DO PACOTE DE MEDIDAS TÉCNICAS HEARTS

MÓDULOS DO PACOTE DE MEDIDAS TÉCNICAS HEARTS				
Módulo	O que inclui?	Quem são os destinatários?		
		Nacional	Subnacional	Atenção primária
H ábitos saudáveis: aconselhamento a pacientes	Apresenta informações sobre os quatro fatores de risco comportamentais para as DCV. Descreve intervenções breves com um enfoque no aconselhamento sobre fatores de risco e incentivo à adoção de hábitos saudáveis.		✓	✓
E vidências: protocolos baseados em evidências	Série de protocolos para padronização da conduta clínica no manejo da hipertensão e do diabetes.	✓	✓	✓
A cesso a medicamentos e tecnologias essenciais	Informações sobre aquisição de medicamentos e tecnologias para as DCV, e quantificação, distribuição, administração e manuseio de insumos no âmbito do estabelecimento.	✓	✓	✓
R isco: manejo da DCV baseado no risco	Informações sobre uma abordagem de risco total para conduzir a estratificação do risco e manejo das DCV. Inclui gráficos de risco específicos para cada país.	✓	✓	✓
T rabalho de equipe como base a atenção	Orientação e exemplos de atenção baseada em trabalho de equipe e redistribuição de tarefas relacionadas com a atenção a pacientes com DCV. Contém também recursos para treinamento.		✓	✓
S istema de monitoramento	Informações sobre métodos de monitoramento e notificação na prevenção e no manejo das DCV. Contém indicadores padronizados e ferramentas de coleta de dados.	✓	✓	✓

A sigla **HEARTS** (que em inglês significa “corações”) representa:

Health-lifestyle counseling (aconselhamento aos pacientes sobre hábitos saudáveis)

Evidence-based protocols (protocolos de tratamento baseados em evidências)

Access to essential medicines and technology (acesso a medicamentos e tecnologias essenciais)

Risk-based CVD management (manejo das doenças cardiovasculares com base na estratificação de risco)

Team-based care (atenção baseada no trabalho em equipe)

Systems for monitoring (sistemas de monitoramento)

QUADRO 5 –ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR SEGUNDO O MODELO HEARTS/OPAS (2020)

CRITÉRIOS	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR
< 5%	Baixo risco
5% a < 10%	Risco intermediário
10% a <20%	Alto risco
20% a <30%	Muito alto risco
>30%	Crítico

Nível de risco



<5%



5% a <10%



10% to <20%



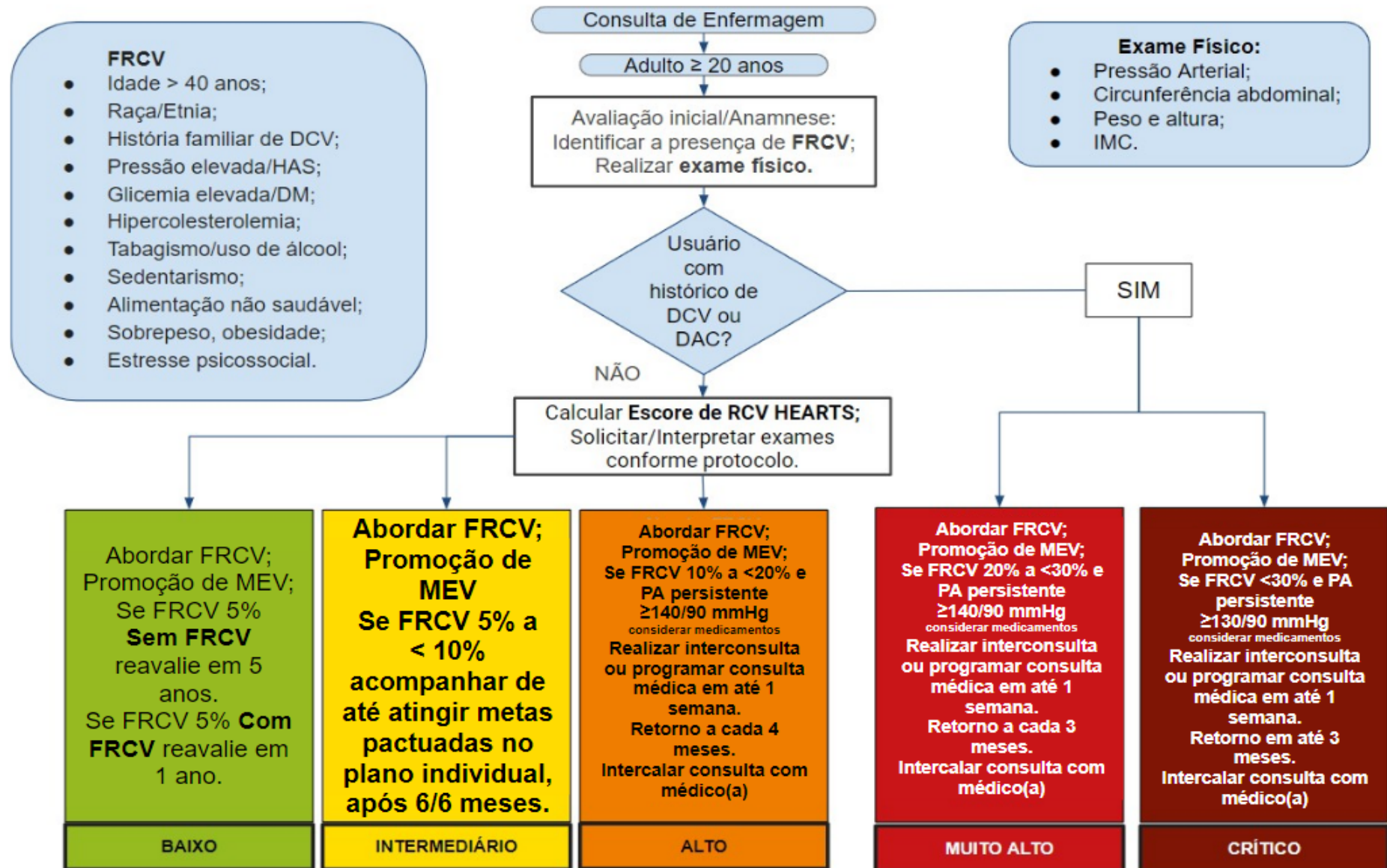
20% a <30%



≥30%

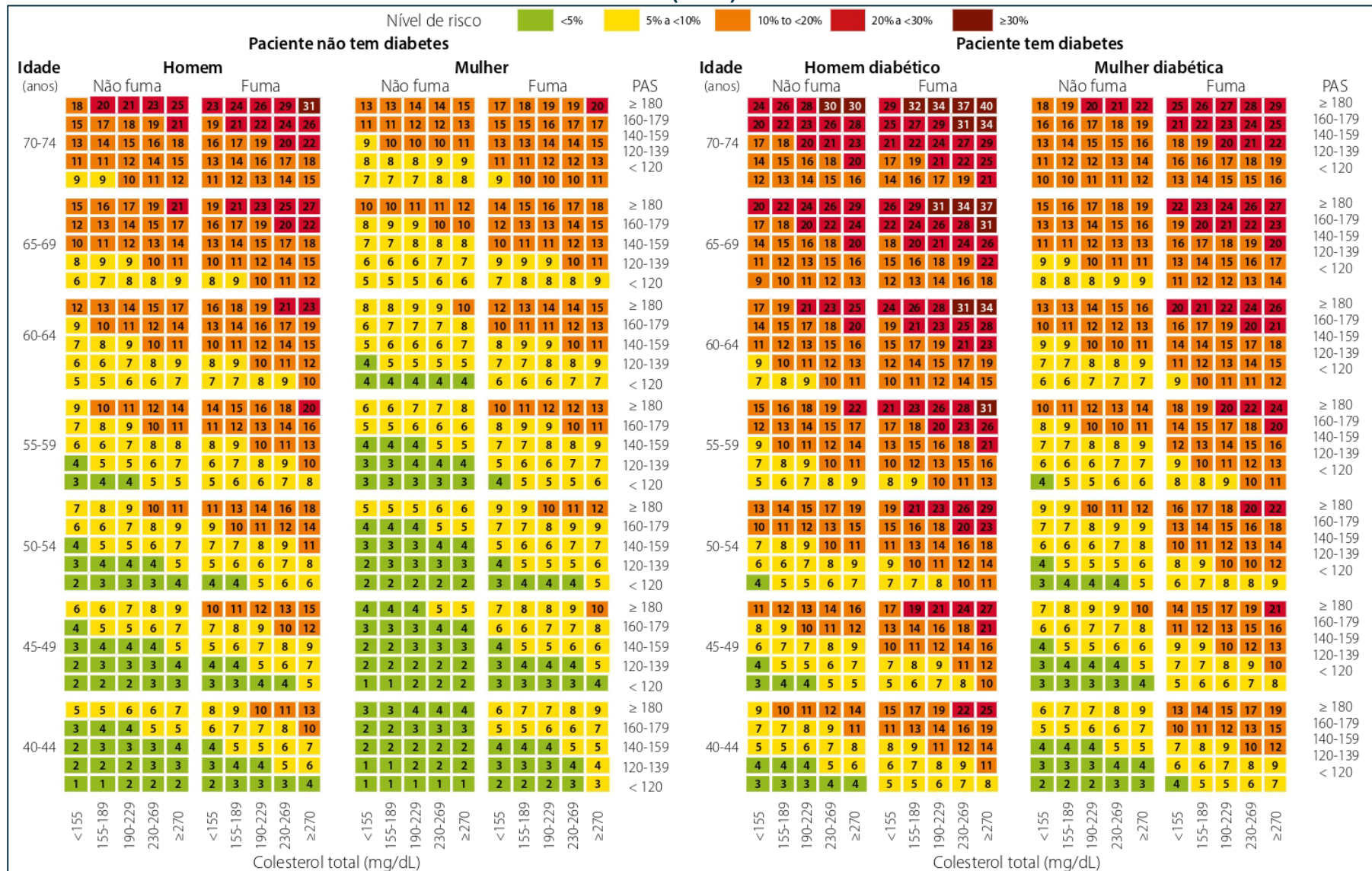
Fonte: PAHO/WHO, 2020.

FLUXOGRAMA 1 - MANEJO A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR HEARTS



Legenda: FRCV – Fatores de risco cardiovascular; PA – Pressão Arterial; HAS - Hipertensão arterial sistêmica; DM – Diabetes mellitus; CA – Circunferência abdominal; DCV – doença cardiovascular; DAC – doença aterosclerótica; MEV - Mudanças de estilo de vida;
Fonte: Adaptado COREN/RS, 2020; PAHO/WHO, 2020.

QUADRO 6 - GRÁFICO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV) - LABORATORIAL

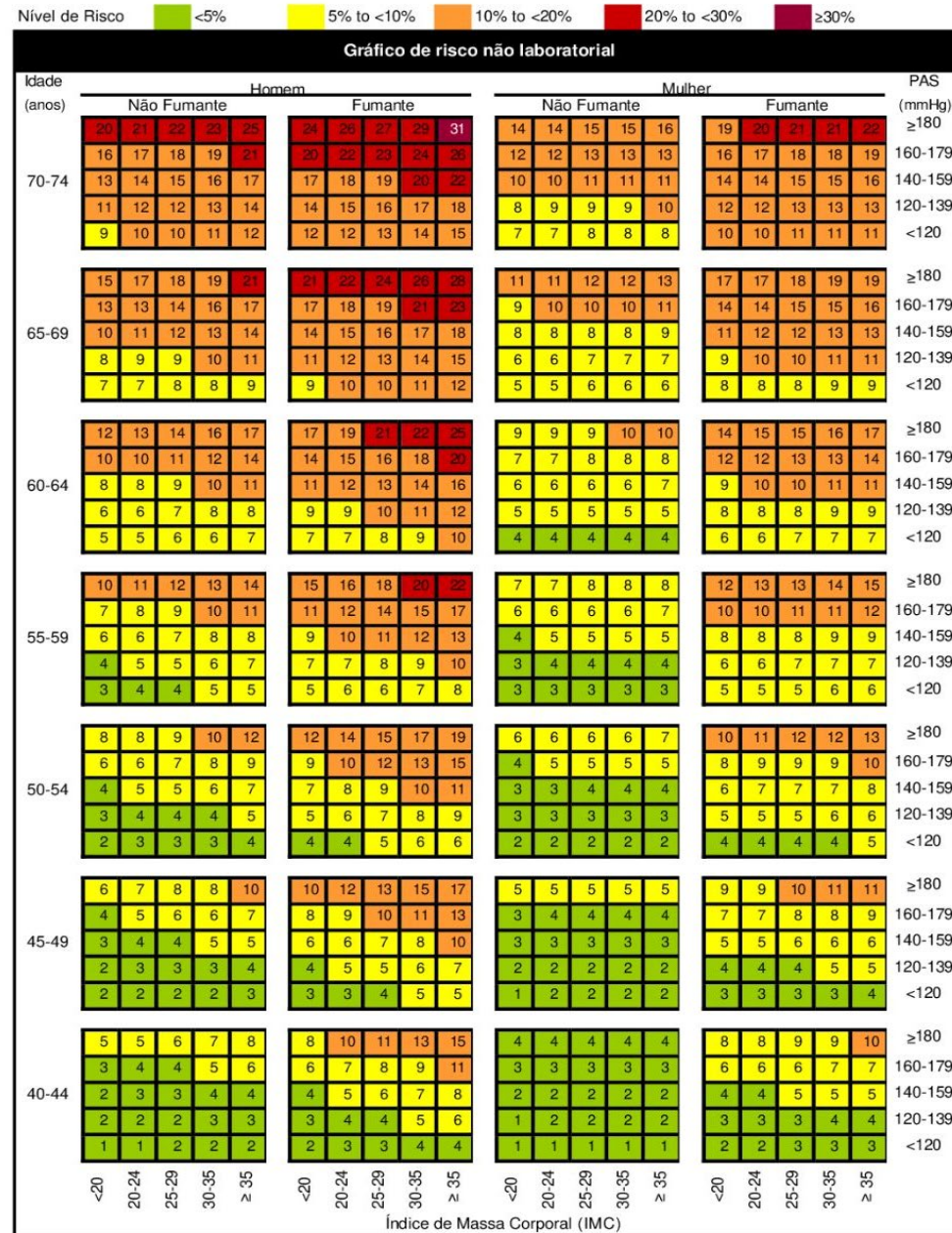


Calcule o Risco Cardiovascular (RCV) de paciente para os próximos 10 anos

Adaptado de WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. Lancet Glob Health, 2019.

Fonte: PAHO/WHO, 2020

QUADRO 7 - GRÁFICO DE RISCO CARDIOVASCULAR (RCV) – NÃO LABORATORIAL



Fonte: PAHO/WHO, 2020.

QUADRO 8 - ILUSTRAÇÃO DE COMO USAR O GRÁFICO DE RCV - LABORATORIAL

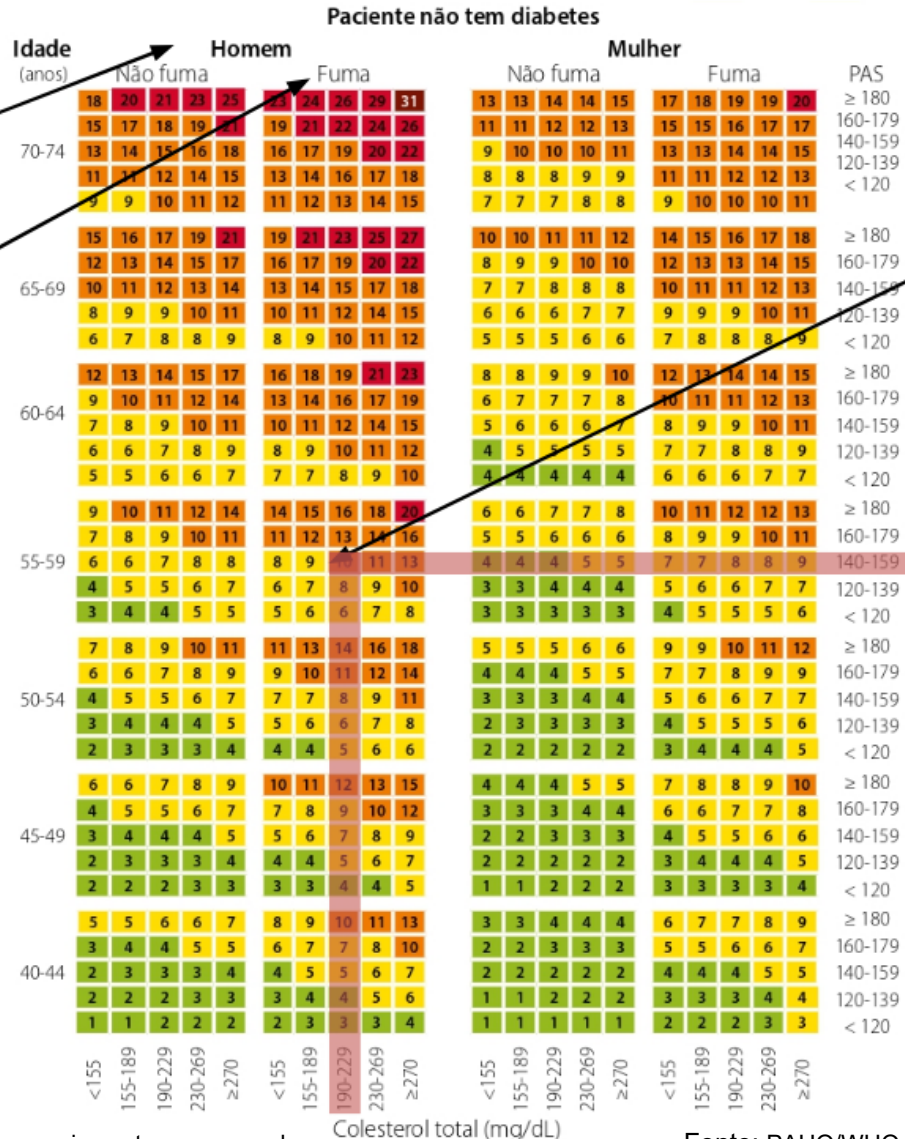
PASSO 1: Selecione a sessão do gráfico para pessoa **com** ou **sem** diabetes.

Nível de risco ■ <5% ■ 5% a <10% ■ 10% to <20% ■ 20% a <30% ■ ≥30%

PASSO 2:
Selecione se homens ou mulheres.

PASSO 3:
Selecione a coluna para não fumante ou fumante.

PASSO 4:
Identifique a idade em anos.



PASSO 5:
Na caixa selecionada, encontre a célula onde a Pressão Arterial Sistólica e Colesterol total se cruzam.

PASSO 6:
A cor indica o Risco em 10 anos de DCV. O valor dentro da célula é a porcentagem de risco.

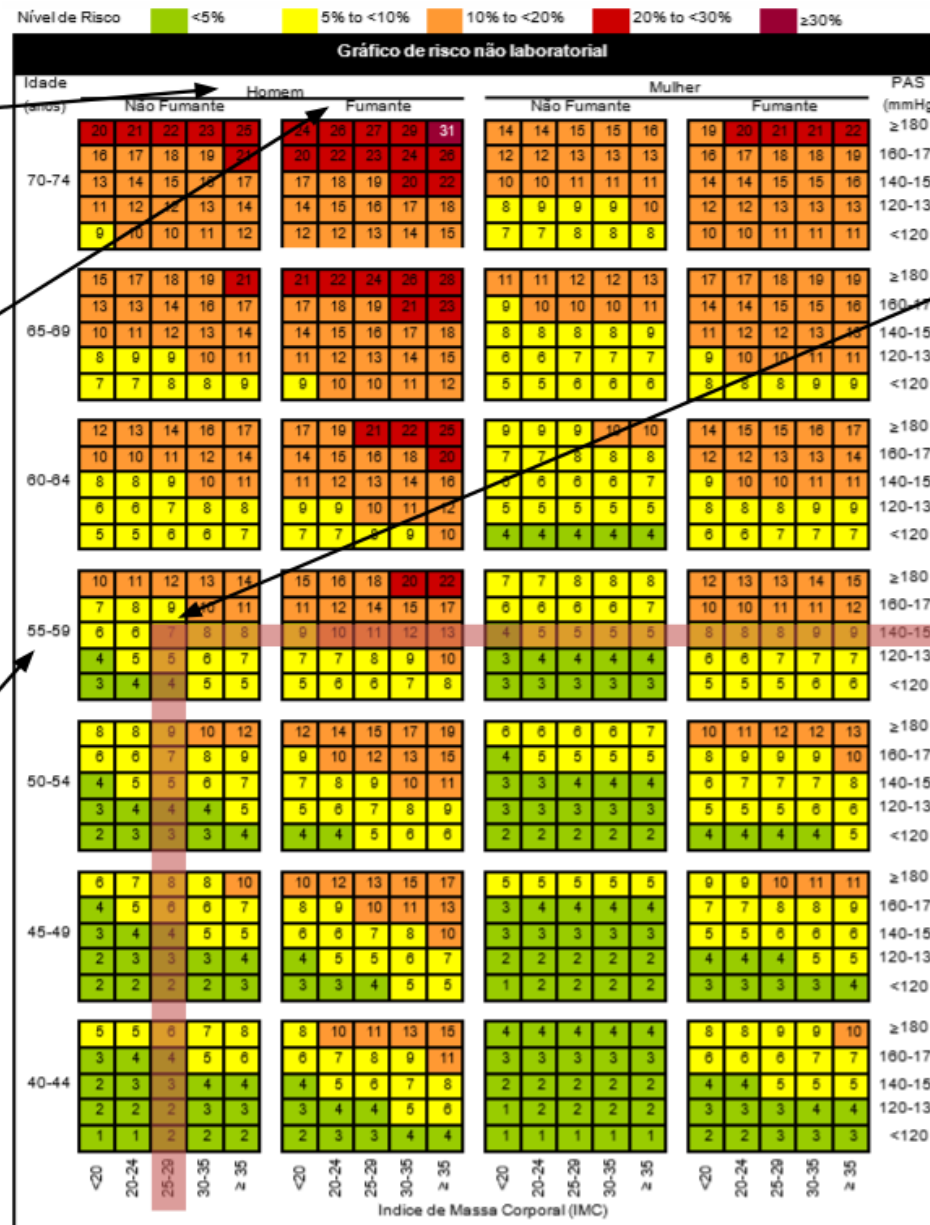
PASSO 7:
Registre a porcentagem no prontuário.

PASSO 8:
Aconselhar, tratar e encaminhar de acordo com o nível de risco

*Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada pessoa.

Fonte: PAHO/WHO, 2020.

QUADRO 9 - ILUSTRAÇÃO DE COMO USAR O GRÁFICO DE RCV – NÃO LABORATORIAL



PASSO 1:
Selecione se homens ou mulheres.

PASSO 2:
Selecione a coluna para não fumante ou fumante

PASSO 3:
Identifique a idade em anos.

PASSO 4:
Na caixa selecionada, encontre a célula onde a Pressão arterial Sistólica e o IMC se cruzam.

PASSO 6:
A cor indica o Risco em 10 anos de DCV. O valor dentro da célula é a porcentagem de risco.

PASSO 7:
Registre a porcentagem no prontuário.

PASSO 8:
Aconselhar, tratar e encaminhar de acordo com o nível de risco

*Oriente que é uma estimativa, não pode prever o que vai acontecer com cada pessoa.

Fonte: PAHO/WHO, 2020.

2.1. PRINCIPAIS EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Tendo em vista a magnitude das doenças cardiovasculares ao sistema de saúde e sociedade é de fundamental importância que o enfermeiro, no exercício de suas atribuições, solicite exames laboratoriais e complementares, objetivando uma assistência de enfermagem segura, sem riscos ou danos, com fortalecimento do trabalho em equipe e atendimento oportuno às necessidades individuais do usuário (WHO, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Cabe ressaltar que a solicitação destes exames se delimita às indicações do presente protocolo de Enfermagem, e que, alterações em seus resultados deverão ser avaliadas e, quando recomendado, discutidas e compartilhadas em consulta médica ou via interconsulta. No quadro abaixo, constam os exames a serem solicitados para estratificação de risco cardiovascular em pessoas com fatores de risco e/ou em rastreamento para hipertensão e diabetes, bem como exames de rastreamento na população em geral.

Exames anuais não são indicados para a maioria dos pacientes mais jovens, embora pessoas com problemas crônicos de saúde (como diabetes), indiquem acompanhamento sistemático, com ou sem uma visita periódica de manutenção da saúde, independentemente da idade. Na ausência de tais indicações, sugerimos visitas periódicas de manutenção da saúde a cada três anos para pacientes adultos ≤49 anos sem condições crônicas, e anualmente para adultos ≥50 anos. Para pessoas que não têm condições crônicas e raramente consultam um clínico, uma visita periódica de avaliação da saúde pode ser a única oportunidade para discutir cuidados preventivos.

QUADRO 10 - PRINCIPAIS EXAMES PARA RASTREAMENTO DE SAÚDE DO ADULTO

EXAME	INDICAÇÃO	VALORES DE REFERÊNCIA	CONDUTA
Hemograma com plaquetas	<p>O hemograma pode detectar a causa de sintomas como fraqueza, febre e perda de peso, além de ser uma ferramenta importante no apoio ao diagnóstico de infecções virais e bacterianas.</p> <p>As principais situações clínicas para prescrição do hemograma são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspeita ou monitorização de eritrocitopatia; • Suspeita ou monitorização de trombocitopatia; • Suspeita ou monitorização de leucopatia; • Síndrome Febril Indeterminado; • Doente com comorbilidades médicas; 	<p>Mulheres: Hematócrito (%) – 35 a 47 Eritrócitos (milhões/mm³) – 4,0 a 5,6 Hemoglobina (g/100ml) – 12 a 16,5 Volume corpuscular médio / VGM (μ³) – 81 a 101 Hemoglobina corpuscular média/ HbCM (pg) – 27 a 34</p> <p>Homens: Hematócrito (%) – 40 a 54 Eritrócitos (milhões/mm³) – 4,5 a 6,5 Hemoglobina (g/100ml) – 13,5 a 18 Volume corpuscular médio / VGM (μ³) – 82 a 101 Hemoglobina corpuscular média / HbCM (pg) – 27 a 34</p> <p>Gravidez: Hematócrito (%) – 34 a 47 Eritrócitos (milhões/mm³) – 3,9 a 5,6 Hemoglobina (g/100ml) – 11,5 a 16,0</p> <p>Crianças a partir dos 5 anos Hematócrito (%) – 37 a 44</p>	Em caso de qualquer alteração encaminhar à consulta médica

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização terapêutica das anemias carenciais; • Monitorização terapêutica pós-transfusional; • Monitorização da neutropenia em doentes submetidos a quimioterapia • As indicações para prescrição do hemograma independentemente da situação clínica, são: • Gravidez; • Crianças dos 6-12 meses em condições socioeconómicas desfavorecidas; • Admissão hospitalar; internamento ou urgência; • Idosos institucionalizados; • Pré-operatório. 	<p>Eritrócitos (milhões/mm³) – 4,5 a 4,7 Hemoglobina (g/100ml) – 11,5 a 14,8 Volume corpuscular médio / VCM (μ³) – 77 a 95 Hemoglobina corpuscular média / HbCM (pg) – 24 a 30</p> <p>Os valores de referência das plaquetas (trombócitos) e glóbulos brancos (leucócitos) totais podem ser generalizados e concentram-se nos seguintes valores: Plaquetas (μl) – 150.000 a 400.000 Leucócitos total (mm³) – 4.000 a 10.000</p>	
<p>Glicemia</p>	<p>Identificar fatores de risco adicionais de pré-diabetes e DM2. Para mais informações, consulte rastreamento do DM.</p>	<p>Testes positivos: glicemia de jejum ≥ 85 mg/dl (21) ou glicemia uma hora após 50 g ≥ 140 mg/dl. Existem muitos fatores que podem influenciar os resultados do teste de glicose (duração do jejum, exercício recente, estresse agudo) Definindo um padrão de referência para diabetes como uma glicemia de duas horas, aleatória ou casual ≥200 mg/dL (11,1 mmol/L) , ou uma glicemia de jejum ≥126 mg/dL Pré-DM: Glicemia plasmática em jejum de 100 a 125 mg/dL</p>	<p>A cada 6 meses se glicemia na meta A cada 3 meses se acima da meta ou após mudanças de tratamento Exame deve ser realizado anualmente, e em caso de alteração em usuário sem diagnóstico prévio, encaminhar à consulta médica.</p>
<p>Hemoglobina glicada</p>	<p>Para maiores de 40 anos a hemoglobina glicada (HbA1C; A1C) é usada para diagnosticar diabetes e monitorar a eficácia do tratamento. Ela mede a glicose ligada à hemoglobina em hemácias. A vida útil média das hemácias é de aproximadamente 120 dias, permitindo o acúmulo</p>	<p>Menor ou igual a 5,6%, os exames estão normais. DM: HbA1C maior ou igual a 6,5% Pré-DM: HbA1C 5,7 a 6,4 Metas HbA1C: < 7,0 - adultoDM : <7,5 – adulto idoso < 8,0 – idoso comprometido (multimorbidades, comprometimento cognitivo)</p>	<p>Se HbA1C na meta repetir em 6 meses. Se HbA1C acima da meta, redefinir as metas, conversar sobre o engajamento no cuidado e repetir HbA1C após 3 meses.</p> <p>Em caso de qualquer alteração em usuário sem diagnóstico prévio encaminhar à consulta médica.</p>

	gradual de glicose ao longo de aproximadamente três meses.		
Colesterol total	<p>Sugerimos que pacientes com idade entre 17 e 21 anos sejam submetidos a uma triagem única para hiperlipidemia com um colesterol de lipoproteína de alta densidade (não HDL) sem jejum; o colesterol não HDL é a diferença entre o colesterol total e o colesterol HDL</p> <p>Para pacientes com triagem normal antes dos 21 anos que também estão em alto risco, sugerimos a triagem para anormalidades lipídicas começando aos 25 anos para homens e 35 para mulheres. Consideramos os pacientes em alto risco se eles têm mais de um fator de risco (por exemplo, diabetes, hipertensão, tabagismo histórico familiar) ou um único fator de risco que seja grave (por exemplo, vários irmãos com doença cardíaca coronária na faixa dos 40 anos ou um fumante muito pesado).</p> <p>Para pacientes com exame normal antes dos 21 anos e que não apresentam alto risco, sugerimos o exame para anormalidades lipídicas a partir dos 35 anos para homens e 45 para mulheres.</p> <p>Em pacientes cujas medições de lipídios os colocam bem abaixo do limite para tratamento (incluindo modificação do estilo de vida ou modificação do estilo de vida mais terapia farmacológica), sugerimos repetir as medições a cada cinco anos. Em pacientes que tiveram múltiplas triagens de lipídios com medições aceitáveis, sugerimos</p>	Colesterol total: < 190 mg/dL	<p>A cada 3 anos se valores desejáveis ou limítrofes, sem doença crônica ou alteração lipídica prévia e baixo risco cardiovascular;</p> <p>Rotina anual se valores desejáveis, risco cardiovascular moderado, alto ou muito alto e no acompanhamento da hipertensão e diabetes;</p> <p>Repetir em 3 a 6 meses se valores limítrofes e risco cardiovascular moderado, alto ou muito alto;</p> <p>Em caso de início ou manutenção de dose de tratamento com medicamentos hipolipemiantes, realizar monitoramento em 3 meses, após semestral até o alcance dos alvos terapêuticos.</p> <p>Posteriormente, o controle passa a ser anual.</p> <p>Quando os níveis de triglicérides estiverem acima de 400 mg/dl (sem jejum), solicitar nova coleta com jejum em 12 horas.</p> <p>Anual ou Aos 3 e 6 meses após início de hipolipemiante ou manutenção de doses. Após correção, anual</p>
Colesterol HDL		HDL: > 40 mg/dL	
Colesterol LDL		LDL: < 100 mg/dL	
Triglicerídeos		< 150 mg/dL	

	<p>interromper a triagem aos 65 anos. Cálculo de risco cardiovascular entre 40 e 75 anos de idade e em qualquer idade se diagnóstico de HA, DM e/ou DCV; Em qualquer faixa etária se história de familiar de 1º grau com diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (colesterol total > 310 mg/dL e/ou LDL-c ≥ 190 mg/dL). Para pessoas de 20 a 39 anos de idade que são assintomáticas e não têm fatores de risco de DCV, geralmente não realizamos avaliação.</p> <p>Cálculo de risco cardiovascular entre 40 e 75 anos de idade e em qualquer idade se diagnóstico de HA, DM e/ou formal de risco de DCV. Pacientes com risco baixo ou muito baixo de DCV em 10 anos podem ser tranquilizados.</p> <p>DCV: Em qualquer faixa etária se história de familiar de 1º grau com diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (colesterol total > 310 mg/dL e/ou LDL-c ≥ 190 mg/dL). -Rastreamento e acompanhamento de dislipidemias e Síndrome Metabólica.</p>		
<p>Exame qualitativo de urina</p>	<p>Cálculo de risco cardiovascular em indivíduos entre 40 e 75 anos de idade ou em qualquer idade se diagnóstico de HA, DM e/ou DCV; Rastreamento de proteinúria, como indicativo de doença renal crônica e/ou doença renal do diabetes (DRD). Para mais informações, consultar o item</p>	<p>Sem alterações - conforme necessidade de classificação de risco cardiovascular; Em caso de hematúria ou proteinúria, solicitar Creatinina Sérica e Albumina em amostra isolada de urina. Para interpretação dos resultados, consultar “Rastreamento da Doença Renal Crônica”.</p>	<p>Anual Em caso de EQU de mulheres com queixa urinária, seguir Protocolo de Saúde das Mulheres Ministério da Saúde (2016) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Em caso de usuários assintomáticos com</p>

	“Rastreamento da Doença Renal Crônica”; Para pessoas com HA e DM, consultar exames de rotina nos capítulos correspondentes.		EQU alterado, encaminhar à consulta médica.
Urocultura com Antibiograma	Solicitar em caso de alteração de exame de EQU	Atualmente só se valorizam uroculturas entre 10.000 e 100.000 UFC quando também há piúria no EAS (leucócitos na urina) e sintomas clínicos sugestivos de infecção urinária. Valores abaixo de 10.000 UFC são considerados contaminações por bactérias da região perineal	Em caso de mulheres com queixa urinária, seguir Protocolo de Saúde das Mulheres Ministério da Saúde (2016) Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Em caso de usuários assintomáticos com exame alterado, encaminhar à consulta médica.
Creatinina	Indicador da função renal. Valores elevados podem indicar comprometimento da função renal.	A creatinina sérica é um produto de excreção muscular que ajuda a avaliar a função dos rins. Valores de referência: Homens: 0,6 - 1,2 mg/dL Mulheres: 0,5 - 1,1 mg/dL	Anual Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Clearence de Creatinina (cálculo)	O clearence de creatinina é um cálculo que avalia a capacidade dos rins de filtrar e eliminar a creatinina do organismo, sendo um indicador da função renal. A fórmula para o cálculo do Clearence de Creatinina é: Clearence de Creatinina = (Urina de creatinina (mg/dL) x Volume urinário (mL/min)) / Creatinina sérica (mg/dL).	Estima a taxa de filtração glomerular. Valores abaixo do normal podem indicar diminuição na função renal. Valores de referência: 90 - 120 mL/min/1,73 m ²	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Taxa de Filtração Glomerular (TFG)	A Taxa de Filtração Glomerular é uma medida direta da taxa de filtração dos rins e reflete a capacidade dos glomérulos renais em filtrar o sangue. É considerada uma medida mais precisa da função renal do que o Clearence de Creatinina estimado.	Medida direta da taxa de filtração dos rins. Valores abaixo do normal indicam diminuição da função renal. Utilizar a calculadora CKD-EPI Valores de referência: - Normal ou alta > 90 mL/min/1,73 m ² - Levemente reduzida 60-89 ml/min - Leve à moderadamente reduzida 45 à 59 ml/min - Moderada à severamente reduzida 30-44 ml/min	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica

		- Severamente reduzida 15-29 ml/min - Falência renal < 15 ml/min	
Uréia	A ureia é um produto de excreção do metabolismo das proteínas e seus níveis são influenciados pela função renal e outros fatores clínicos.	Valores elevados podem indicar disfunção renal, desidratação, insuficiência cardíaca, obstrução urinária, etc. Valores de referência: 7 - 20 mg/dL	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Microalbuminúria	A microalbuminúria é um sinal precoce de lesão renal, especialmente associada à nefropatia diabética.	Presença de pequenas quantidades de albumina na urina, indicando danos renais, especialmente em diabéticos. Valores de referência: < 30 mg/24 horas ou < 30 mg/g de creatinina	Anual. Se alterado, repetir 2 vezes com intervalo de 3 a 6 meses. Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Ácido Úrico	O ácido úrico é um produto residual do metabolismo das purinas e seus níveis podem refletir problemas metabólicos e renais.	Valores elevados podem indicar hiperuricemia, associada a condições como gota, cálculos renais e doenças renais. Valores de referência: Homens: 3,5 - 7,2 mg/dL Mulheres: 2,6 - 6,0 mg/dL	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Sódio	O sódio desempenha um papel fundamental na regulação do equilíbrio hídrico e eletrolítico no organismo.	Valores anormalmente altos ou baixos podem indicar desequilíbrios eletrolíticos, desidratação, doença renal, etc. Valores de referência: 135 - 145 mEq/L	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Cálcio	O cálcio é essencial para várias funções no organismo, incluindo a saúde óssea, contração muscular, coagulação sanguínea e outras funções.	valores anormalmente altos ou baixos podem estar associados a distúrbios hormonais, doenças ósseas, insuficiência renal. 8,5 - 10,5 mg/dL	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Potássio	O potássio desempenha um papel importante na função muscular, eletrofisiologia e equilíbrio de fluidos. incluindo o músculo cardíaco,	3,5 mEq/L e 5,5 mEq/L	Anual Se utiliza Enalapril/Losartana: 2 semanas após iniciar/aumentar tratamento. Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
TSH	A indicação mais bem definida é para pacientes sintomáticos, com suspeita de disfunção tireoidiana, com sinais e sintomas de hiper ou	<4,5 µUI/mL: níveis normais de TSH no sangue, com baixa probabilidade de hipotireoidismo. de 4,5 a 10 µUI/mL: alteração no nível de TSH no sangue, podendo indicar um caso de	Anual. Em caso de alteração encaminhar à consulta médica

	hipotireoidismo.	hipotireodismo	
T4	O T4 livre é um exame de sangue que avalia a quantidade de hormônio T4 (tiroxina) produzido pela glândula tireoide e que está disponível na corrente sanguínea para agir nos órgãos e tecidos.	0.7 e 1.8 ng/dl	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Insulina	É solicitada para investigar condições relacionadas à resistência à insulina, como hipertensão, pré-diabetes, diabetes, obesidade e doença aterosclerótica, mas ela não é necessária para o diagnóstico dessas condições.	Valor normal: até 140 mg/dl; Resistência à insulina: entre 140 e 199 mg/dl; Diabetes: igual ou superior a 200 mg/dl.	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
TGO/AST	A avaliação deve levar em consideração os fatores de risco do paciente para doença hepática, bem como os achados do exame físico que podem apontar para um diagnóstico específico. Pode ser usado para ajudar a diagnosticar danos no fígado ou doenças hepáticas, pois quando as células do fígado são danificadas, o TGO passa para a corrente sanguínea, aumentando o nível desta enzima no sangue.	5 e 40 unidades por litro de soro. Elevações leves a moderadas de aminotransferases séricas (<15 vezes o limite superior do normal) são frequentemente observadas em doenças hepáticas crônicas, embora elevações transitórias também possam ser observadas em pacientes com insultos hepáticos leves (por exemplo, ingestão de doses não tóxicas de Paracetamol).	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
TGP/ALT	O exame de TGO e TGP é indicado para avaliar o funcionamento do fígado e/ ou para investigar a presença de alguma alteração nesse órgão quando existem sintomas como dor ou inchaço abdominal, pele e/ou olhos amarelados, náusea, vômito, cansaço excessivo, mal-estar geral, febre, perda do apetite, emagrecimento sem causa aparente, coceira, fezes	7 e 56 unidades por litro de soro	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica

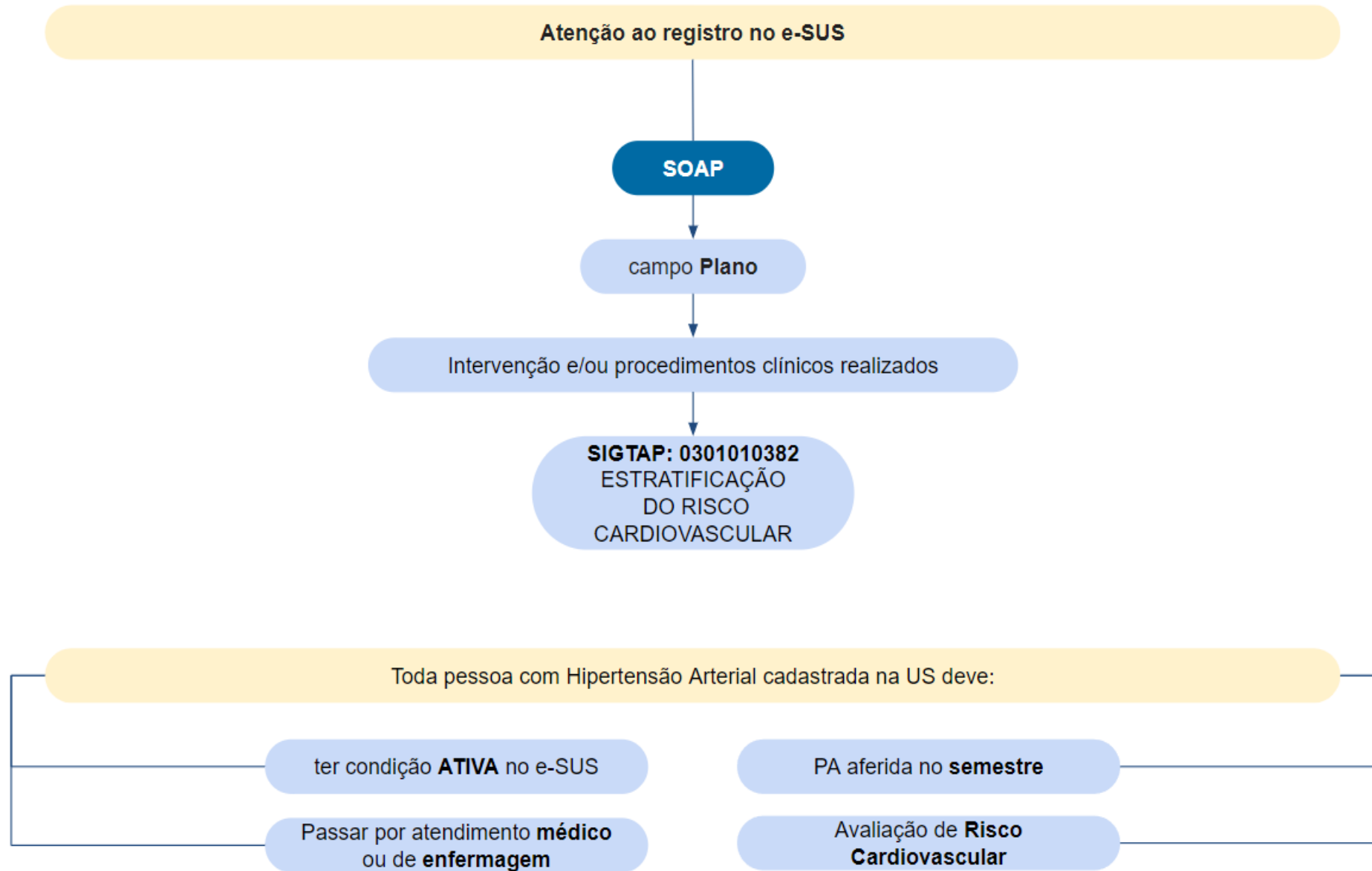
	claras ou urina escura,		
Gama-GT	É a abreviação de gama glutamil transferase, uma enzima produzida no fígado, e que está presente, em menor proporção, no pâncreas e no coração. Na prática clínica, a sua dosagem é solicitada para avaliar problemas hepáticos, nas vias biliares ou no pâncreas.	Solicitar se suspeita ou fator de risco para doença hepática. Mulheres: 5 - 27 U/L Homens: 7 - 45 U/L	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
PSA	Em homens acima de 50 anos pode-se realizar o exame de toque retal e dosagem de PSA para saber se existe um câncer de próstata sem sintomas. O toque retal e a dosagem de PSA não dizem se o indivíduo tem câncer, eles apenas sugerem a necessidade ou não de realizar outros exames.	Até aos 50 anos: até 2,5 ng/ml. Entre os 50 e os 60 anos: até 3,5 ng/ml. Entre os 60 e os 70 anos: até 4,5 ng/ml. Acima de 70 anos: até 6,5 ng/ml.	Pode ser realizado a cada um ou dois anos. Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
PSO	Para pessoas de 50 a 75 anos. O exame de sangue oculto nas fezes ajuda no diagnóstico precoce de pequenos pólipos intestinais, quando ainda não há sintomas. Apesar de indicar a presença de sangue não mostra a causa do problema ou local do sangramento.	Negativo	Bianual Em caso de alteração encaminhar à consulta médica
Rx de tórax	O exame possui indicação quando existem os seguintes sinais e sintomas respiratórios: tosse, dificuldade respiratória (dificuldade a respirar), dor torácica (dor no peito), mas também no caso de trauma, estudos pré-operatórios - avaliação prévia à cirurgia (operação), assim com suspeita	O tamanho e a forma do coração devem estar dentro dos parâmetros normais, sem apresentar aumento significativo. Já o mediastino deve estar livre de massas ou outras alterações que possam indicar problemas.	Em caso de alteração encaminhar à consulta médica

	de doença cardíaca.		
Mamografia	A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer. Ministério da Saúde recomenda a cada dois anos entre os 50 e 69 anos. Abaixo dos 40 anos, a mamografia pode ser indicada para mulheres com suspeita de síndromes hereditárias ou para complementar o diagnóstico, em caso de nódulos palpáveis e se o médico determinar esta necessidade.	BI-RADS 0 – Inconclusivo BI-RADS 1 – Negativa BI-RADS 2 – Achados benignos BI-RADS 3 – Achados provavelmente benignos BI-RADS 4 – Achados suspeitos BI-RADS 5 – Achados altamente sugestivos de malignidade BI-RADS 6 – malignidade comprovada por biópsia.	Conforme protocolo de Rastreamento de Neoplasias Disponível na Biblioteca Virtual da APS de Porto Alegre.
Citopatológico de colo de útero	Coleta de células endo e ectocervicais para investigação de neoplasia, indicado para pessoas com útero, com idade entre 25 e 64 anos.	Amostra satisfatória: dentro dos limites de normalidade no material Metaplasia escamosa imatura; Reparação	Conforme protocolo de Rastreamento de Neoplasias Disponível na Biblioteca Virtual da APS de Porto Alegre.

*Anual - Normalmente o Check Up de saúde deve ser realizado 1 vez por ano. Em indivíduos com algumas patologias específicas este tempo pode ser menor.

Legenda: FRCV - fatores de risco cardiovascular; HA - Hipertensão arterial; DM - Diabetes mellitus; DCV - Doenças cardiovasculares. Anotações: *Os termos Exame Sumário de Urina (EAS) e Exame Qualitativo de Urina (EQU) são considerados equivalentes.

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de BMJ, 2020.

FLUXOGRAMA 2 – REGISTRO NO PEC E-SUS ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - RCV

2.2. MANEJO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

A identificação e o manejo integrado dos FRCV - DM, HA, obesidade, dislipidemia, tabagismo, abuso de álcool e inatividade física - norteiam a prevenção primária e secundária das DCV (WHO, 2018a; MACH et.al, 2019; PRÉCOMA et al., 2019). Outros fatores, incluindo questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, também estão relacionados em maior ou menor grau às diferenças na carga de doenças entre as populações. A partir deles, conceitos como espiritualidade e religiosidade, condições socioeconômicas e ambientais integram os chamados fatores de risco emergentes, cujas contribuições na saúde cardiovascular são cada vez mais evidenciadas na literatura (PRÉCOMA et al., 2019).

A seguir são apresentados os principais FRCV e as recomendações de mudanças de estilo de vida (MEV) para redução do risco cardiovascular, as quais devem permear todas as consultas de Enfermagem ao público-alvo deste protocolo.

2.2.1. MANEJO DAS ALTERAÇÕES LIPÍDICAS

As alterações lipídicas ou dislipidemias são importantes FRCV, principalmente, na origem da DAC. Os exames para seu rastreamento e acompanhamento consistem em testes laboratoriais de perfil lipídico e seus componentes (lipidograma), cuja coleta não exige jejum na maioria dos casos, **exceto na primeira vez em que são solicitados ou quando houver a finalidade de acompanhar hipertrigliceridemia conhecida** (PRÉCOMA et al., 2019; MACH et al., 2020; VIJAN, 2020).

A aterosclerose é uma 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.

Desta forma, o tratamento das dislipidemias envolverá o atingimento dos alvos terapêuticos por meio de orientações para mudanças de estilo de vida (MEV) e/ou de prescrição de medicamento hipolipemiante em determinadas circunstâncias, pelo médico (PRÉCOMA et al., 2019; MACH et al., 2020; VIJAN, 2020). O manejo das alterações lipídicas na consulta de Enfermagem inclui (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; PRÉCOMA et al., 2019; MACH et al., 2020; VIJAN, 2020):

- Identificar e realizar abordagem integrada dos FRCV;
- Realizar exame físico com avaliação antropométrica e medida da circunferência abdominal para avaliação de risco adicional cardiometabólico;
- Estratificar risco cardiovascular e avaliar alvos lipídicos terapêuticos ([Figura1](#))
- Iniciar e/ou atualizar plano conjunto de cuidados, com enfoque nas MEV que comprovadamente melhoram o perfil lipídico, orientando: redução de peso, da ingestão de bebidas alcoólicas, de açúcares simples, de carboidratos, bem como da substituição (parcial) dos ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados (como oleaginosas e azeite de oliva); atividade física e cessação do tabagismo;
- Realizar reforço positivo frente a hábitos e resultados desejáveis em saúde;
- Tomar decisão compartilhada com o usuário e equipe de saúde para encaminhamento a outras categorias profissionais ou demais modalidades de atenção, a partir de abordagem centrada na pessoa e das necessidades em saúde identificadas;
- Considerar aprazamento de novo perfil lipídico conforme [Fluxograma 3](#);
- Aprazar/pactuar retorno.

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 de 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 de alto risco cardiovascular. Grau de recomendação C.

OBSERVAÇÕES PARA UMA AMOSTRA LABORATORIAL DE QUALIDADE

- A padronização para a coleta recomenda jejum de 12 horas. Intervalos maiores ou menores podem interferir nos resultados.
- Manter a alimentação habitual pelo menos por uma semana.
- Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas na véspera.
- Não praticar exercício físico imediatamente antes da coleta.
- 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.
- Identificar eventual uso de medicamentos que possam alterar o perfil lipídico.

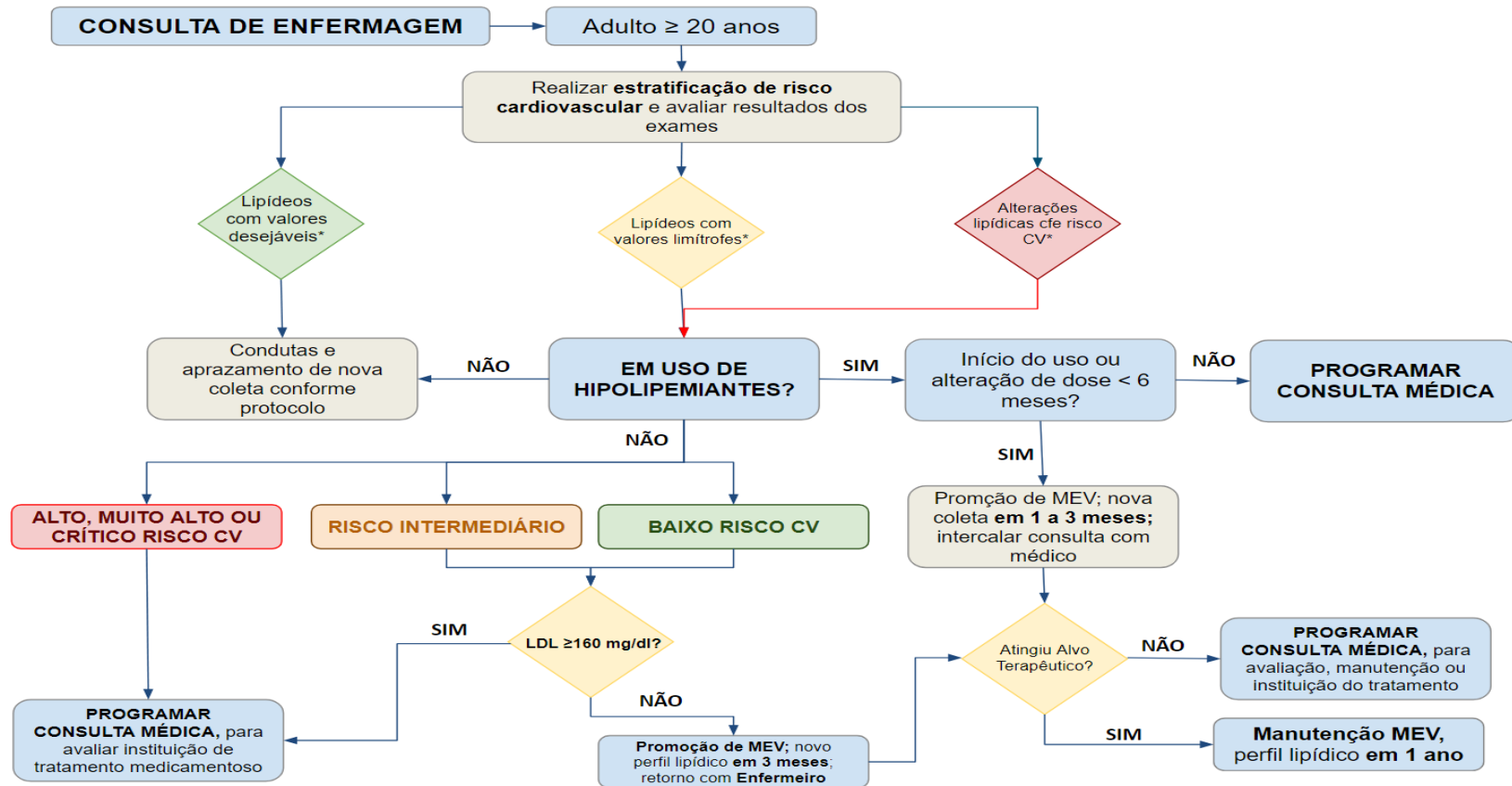
FIGURA 1 – VALORES REFERENCIAIS E DE ALVO TERAPÊUTICO CONFORME RISCO CARDIOVASCULAR ESTIMADO EM ADULTOS ACIMA DE 20 ANOS.

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria de risco	Risco	Sem hipolipemiantes		Com hipolipemiante	
					Redução (%)	Meta de LDL-c (mg/dL)	Meta de não-HDL-c (mg/dL)	
Colesterol total	< 190	< 190	Desejável	Muito alto	> 50	< 50	< 80	
HDL-c	> 40	> 40	Desejável	Alto	> 50	< 70	< 100	
Triglicérides	< 150	< 175	Desejável	Intermediário	30-50	< 100	< 130	
LDL-c*	< 130	< 130	Baixo	Baixo	> 30	< 130	< 160	
	< 100	< 100	Intermediário					
	< 70	< 70	Alto					
Não-HDL-c	< 50	< 50	Muito alto					
	< 160	< 160	Baixo					
	< 130	< 130	Intermediário					
	< 100	< 100	Alto					
	< 80	< 80	Muito alto					

Legenda: *Se colesterol total > 310 mg/dl e/ou LDL >= 190 mg/dl, há probabilidade de hipercolesterolemia familiar

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

FLUXOGRAMA 3 - AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E SEUS COMPONENTES



Anotações: *Valores interpretados conforme risco cardiovascular estimado pelo modelo PAHO/WHO (2020). Atentar para interpretação dos parâmetros para alteração lipídica, em que não é necessário consulta médica para instituição de tratamento medicamentoso visando a elevação dos níveis de HDL-c isoladamente. Do mesmo modo, é indicado encaminhamento para consulta médica casos de hipertrigliceridemia isolada, apenas se: triglicérides (TG) > 500 mg/dL ou para pessoas com diabetes em uso de estatina + TG > 204 mg/dL + HDL-c < 34 mg/dL. Valores de TG < 500 sem demais alterações lipídicas devem ser avaliados em interconsulta ou em consulta médica, caso as MEV falharem em 3 a 6 meses.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020, PAHO, WHO.2020.

Recomenda-se, nas situações de baixo e médio risco, a orientação de adoção de hábitos de vida saudáveis (nutrição adequada, regularidade na prática de atividades físicas, interrupção do uso de álcool e do tabaco) por cerca de 90 dias. Depois deste período, se o LDL se mantiver em valores ≥ 160 mg/dL para o baixo risco, e ≥ 130 mg/dL para o risco médio, deve-se encaminhar à consulta médica com vistas à terapia medicamentosa.

Nas situações de risco alto, recomenda-se a terapia medicamentosa concomitante às mudanças de hábitos de vida.

2.2.2. OBESIDADE

A obesidade é uma condição crônica de etiologia múltipla. A perda inicial de peso relaciona-se a melhorias sustentadas nos níveis de lipídios, de Hemoglobina glicada entre pessoas com diabetes (reduções de 0,3 a 2,0%) e de pressão arterial em pessoas com hipertensão (redução de 20 a 30%). A manutenção da perda de peso, por sua vez, previne doenças crônicas, reduz o risco cardiovascular e a morbimortalidade geral (MACH et.al, 2019; PRÉCOMA et al., 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 11 - MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE (A)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Disposição para controle da saúde melhorado Controle da saúde familiar ineficaz Enfrentamento familiar incapacitado Manutenção ineficaz da saúde Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Baixa autoestima crônica / Risco Risco de tromboembolismo venoso	Risco de sobrepeso Sobrepeso Obesidade Estilo de vida sedentário Comportamento de saúde propenso a risco Controle ineficaz da saúde
CIPE	Apoio social / Falta de Apoio social Autoimagem negativa Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada	Baixa autoestima Sobrepeso Obesidade
CIAP2	T82 Obesidade T07 Aumento de peso	T83 Excesso de peso T02 Appetite excessivo

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2020.

QUADRO 11 - MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE (B)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO	CUIDADOS/ INTERVENÇÕES
<p>Trajetória de ganho/perda de peso Cálculo do IMC*: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$ Adultos: •IMC $\geq 25,0 < 30,0$: sobrepeso; •IMC ≥ 30: obesidade. Idosos: IMC $\geq 22,0 < 27,0$: eutrófico; • IMC $\geq 27,0$: sobrepeso. Medida da circunferência abdominal (CA): CA ≥ 88 cm - mulheres; CA ≥ 102 cm - homens. Qualidade da dieta(CA): Marcador de consumo alimentar TRIA* Hábitos de vida Sono, atividade física</p>	<p>Perdas de peso, mesmo que modestas, reduzem uma série de riscos para a saúde: perdas de 3% já mostram efeitos positivos na redução da glicemia e resistência à insulina; perdas de 5 a 10%, melhora também outros marcadores como níveis de colesterol, alivia dores musculares, melhora significativamente a mobilidade, função sexual, risco cardiovascular e mortalidade.</p>	<p>Aconselhamento inicial na APS (foco: mudança de comportamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer aliança terapêutica com o usuário; - Identificar hábitos saudáveis, incentivá-los e reforçá-los; - Identificar situação de segurança alimentar da família (ver TRIA); - Elaborar lista de comportamentos saudáveis que devem ser mantidos, em conjunto com o usuário; - Ajudar o usuário a identificar comportamentos que devem ser alterados, estimulando aqueles de início imediato e com potencial de manutenção no cotidiano; -Ajudar a pensar possibilidades para promoção de atividade física, conforme rotina, ambiente/domicílio, percepções e motivações; - Definir objetivos, metas (mudança de comportamento em conjunto com o usuário) e data para retorno à US. Ao final, sintetizar a consulta/conversa.
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO	CUIDADOS/ INTERVENÇÕES
<p>Crianças e adolescentes: Antropometria e cálculo do IMC (a partir dos 2 anos), conforme curvas de crescimento, disponíveis no Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente/POA.</p> <p>Crianças e adolescentes: Curva de crescimento, história familiar de obesidade, maturidade sexual, Qualidade da dieta (Marcador de consumo) alimentar, TRIA*, Hábitos de vida (Sono, atividade física)</p>	<p>Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, complementado com alimentação até os 2 anos ou mais;</p> <p>Incentivar e ajudar a pensar estratégia de qualificar os hábitos alimentares;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ações preventivas desde o pré-natal, com estímulo ao aleitamento materno; <p>Aconselhamento inicial na APS (Foco: mudança de comportamento DA FAMÍLIA/DOMICÍLIO)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudanças no comportamento da alimentação da criança dependem de mudanças na alimentação da família/domicílio (quem alimenta? quem estimula atividade física? quem cuida?). A depender da idade, a criança deve ser incluída, promovendo sua autonomia, formando aliança terapêutica entre profissional, família e criança; Principalmente em crianças pequenas, conversar sobre responsabilidades pela alimentação, compras, exposição, controle de estímulos, ambiente/domicílio protetor e exemplos; - Alertar sobre comportamento da família em relação à gordofobia e estereótipos; - Identificar hábitos saudáveis, incentivá-los e reforçá-los; Identificar situação de segurança alimentar e nutricional da família (TRIA); - Elaborar lista de comportamentos saudáveis que devem ser mantidos, em conjunto com a família (e com a criança, dependendo da idade); Apoiar a família e/ou criança a identificar comportamentos que devem ser alterados, estimulando aqueles de início imediato e com potencial de manutenção no cotidiano; - Verificar fatores de risco cardiovascular para realização de triagem lipídica (SBP, 2020); - Definir objetivos, compromissos (mudança de comportamento) e data para retorno à US. Ao final, sintetizar a consulta/conversa.

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2020.

*TRIA – Questionário de triagem de insegurança alimentar – Mais informações no link: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8649841/20102>

2.2.3. SEDENTARISMO

Atividade física e exercício físico são termos distintos porém análogos em saúde cardiovascular (MACH et al, 2019; PRÉCOMA et al., 2019). Atividade física é todo movimento corporal que resulte em gasto energético. Exercício físico é a atividade física realizada de forma estruturada e repetitiva, com objetivo de condicionamento físico, estética e saúde (PRÉCOMA et al., 2019).

Sedentarismo é a ausência de exercício físico regular e de atividade física frequente que corresponda a um aumento de gasto energético de 2 a 3 vezes em relação ao valor de repouso, seja no trabalho, no transporte pessoal ou nas atividades de lazer (PRÉCOMA et al., 2019).

O incremento de atividade física em suas diversas formas, sejam elas estruturadas ou não, resulta em ganho de saúde, qualidade de vida e maior expectativa de vida (WHO, 2018a; PRÉCOMA et al, 2019). Sua prática deve ser estimulada, sobretudo, para a prevenção e tratamento da HA e DM.

Para pessoas com HA, a atividade física possibilita a redução dos níveis de PA e do uso ou número de doses/posologia de medicamentos (WILLIAMS et al. 2018; PRÉCOMA et al., 2019). Para pessoas com DM, proporciona condicionamento físico geral, redução da glicose sanguínea, o perfil lipídico, a PA e os níveis de estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A orientação para a prática de atividade e/ou exercício físico deve ser de início gradual e progressivo até o alcance das metas individualizadas conforme duração tolerada, condição de saúde e condicionamento físico prévio (WILLIAMS et al. 2018; PRÉCOMA et al, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 12 – REGISTRO DO MANEJO DO SEDENTARISMO

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Estilo de vida sedentário Controle ineficaz da saúde Disposição para controle da saúde melhorado	Mobilidade física prejudicada Deambulação prejudicada Intolerância à atividade /Risco de
CIPE	Adesão a / Não adesão a regime de exercício físico Disposição (ou Prontidão) para mudança	Manutenção da saúde prejudicada
CIAP2	A23 Fator de risco NE A98 Medicina preventiva/manutenção da saúde	A99 Outras doenças gerais NE

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2020

QUADRO 13 - MANEJO DO SEDENTARISMO

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO	CUIDADOS/ INTERVENÇÕES
<p style="text-align: center;">Sedentarismo</p>	<p>População em geral: 150 min/semana de atividade física e/ou exercício físico de intensidade moderada ou 75 min de alta intensidade.</p> <p>Pessoas com HA/DM: 150 min/semana de exercícios aeróbicos de intensidade moderada a vigorosa, em pelo menos 3 sessões intercaladas, evitando ficar com mais de 2 dias consecutivos sem atividade. Além de 2 a 3 sessões de exercícios de resistência muscular em dias intercalados;</p> <p>Adultos jovens ou pessoas em qualquer idade com melhor condicionamento físico: considerar meta progressiva até 300 min/semana se intensidade moderada ou 75 a 150 min se intensidade vigorosa;</p> <p>Crianças e adolescentes, prática de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (preferencialmente lúdicas e recreativas) por pelo menos 1h, diariamente;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar e promover autocuidado; - Considerar fragilidades, potencialidades, rede de apoio, estilo de vida e motivação para a mudança de comportamento; - Avaliar a motivação do usuário na adesão à dieta alimentar e na prática de exercícios físicos; - Incentivar uma vida ativa, com redução de comportamentos sedentários (evitando longos períodos sentados); - Encaminhar à consulta médica pessoas idosas de alto risco cardiovascular ou na presença de deformidades/lesões osteomusculares, para avaliação/liberação quanto à atividade física; - Evitar subestimar a capacidade do idoso em modificação de hábitos; - Em pessoas com DM orientar que se alimentem até 3h antes da realização de atividade física e até 30 min após o término consuma fontes de carboidrato com proteína, para fins de recuperação muscular e prevenção da hipoglicemia; - Estimular atividades complementares de flexibilidade e equilíbrio a partir de 2 a 3 sessões por semana; - Para crianças e adolescentes, estimular atividade física e uma vida ativa com redução dos comportamentos sedentários, como limitar tempo de tela não escolar a menos de 2h diárias.

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2020

2.2.4. HÁBITOS ALIMENTARES

A alimentação está potencialmente relacionada ao controle glicêmico e à redução do risco para doenças cardiovasculares (PRÉCOMA et al., 2019) Uma dieta inadequada, com consumo excessivo de ultraprocessados implica no desenvolvimento e/ou piora do controle de DCNT (BRASIL, 2017b; PRÉCOMA et al., 2019). Nesse sentido, é fundamental a promoção da alimentação saudável na APS, para a qual sugere-se utilizar como referência:

- Manual do Ministério da Saúde de “Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica”, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf (BRASIL, 2018). A alimentação cardioprotetora inclui a preferência por alimentos in natura e minimamente processados e, é indicada, especialmente, para pessoas com sobrepeso, obesidade, HA, DM, alterações lipídicas e histórico de acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) (BRASIL, 2018);

- Guia Alimentar para a População Brasileira, Guia Alimentar para Menores de 2 anos e Fascículos do Guia Alimentar (disponíveis na BVAPS/POA)

QUADRO 14 – REGISTRO DO MANEJO DOS HÁBITOS ALIMENTARES

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Sobrepeso / Risco Obesidade Comportamento de saúde propenso a risco Controle da saúde familiar ineficaz	Disposição para nutrição melhorada Risco de glicemia instável
CIPE	Apoio social / Falta de apoio social Condição nutricional prejudicada	Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada
CIAP2	T05 Problemas alimentares do adulto T02 Apetite excessivo	T03 Perda de apetite

Fonte: Adaptado COREN/RS, 2020.

QUADRO 15 - MANEJO DE HÁBITOS ALIMENTARES

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO	CUIDADOS/ INTERVENÇÕES
<p>Adultos: Marcador de Consumo Alimentar</p> <p>Utilizar os fascículos do Guia Alimentar para encaminhamentos de orientações dietéticas de acordo com a condição de saúde e faixa etária.</p> <p>Disponível na BVAPS/POA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimule o consumo diário de feijão no almoço e no jantar; - Oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas e consumo de outros ultraprocessados; - Estimule o consumo diário de frutas, legumes e verduras - Oriente que o usuário coma em ambientes apropriados e com atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar hábitos alimentares de todas as pessoas com FRCV, diagnóstico recente ou em tratamento para DCNT; • Orientar sobre hábitos alimentares saudáveis; • Realizar orientações individualizadas para pessoas com DM, a partir dos seguintes pontos-chave: enfatizar vegetais, minimizar açúcares adicionados/grãos refinados e preferir alimentos integrais a alimentos altamente processados.
<p>Crianças e adolescentes: Marcador de Consumo Alimentar</p> <p>Utilizar os fascículos do Guia Alimentar para encaminhamentos de orientações dietéticas de acordo com a condição de saúde e faixa etária.</p> <p>Disponível na BVAPS/POA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, e, após complementado com alimentação até os 2 anos ou mais; - Não oferecer ultraprocessados e açúcar (ou alimentos que o contenham) até 2 anos; - Estimule o consumo diário de feijão no almoço e no jantar; - Para maiores de 2 anos, oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas e outros ultraprocessados; - Estimule o consumo diário de frutas, legumes e verduras - Oriente que o usuário coma em ambientes apropriados e com atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar escuta qualificada aos sentimentos da criança/adolescente e família; • Orientar acompanhamento com nutricionista, sempre que possível; • Monitorar crescimento e desenvolvimento.

2.2.5. ABUSO DE ÁLCOOL

Abuso, uso nocivo ou prejudicial de álcool é um padrão de uso contínuo sem critérios para dependência, mas que resulta em danos sociais, interpessoais e para a saúde do indivíduo. Já a dependência alcoólica refere-se ao conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e psicológicos que podem se desenvolver a partir do uso repetido de álcool (BRASÍLIA, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

Na atenção às DCNT, é importante identificar o padrão de uso de álcool por sua associação linear (ainda não totalmente estabelecida) com os níveis de PA, a prevalência de HA e o risco cardiovascular (PRÉCOMA et al., 2019). Além disso, o consumo de álcool pode relacionar-se a dificuldades de adesão e de controle da doença crônica, levando a descompensações agudas, principalmente em pessoas com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Dessa forma, a prevenção e a detecção precoce do abuso de álcool influencia significativamente nos resultados em saúde, sendo que destinar 5 a 10 minutos da consulta de rotina ao aconselhamento desses usuários de risco já pode ser suficiente para reduzir o consumo em 20 a 30% (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Para o rastreamento do uso abusivo em adultos e adolescentes recomenda-se o uso do instrumento AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool, disponível no [Anexo 3](#) (BRASÍLIA, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).

QUADRO 16 – REGISTRO DO MANEJO DO USO NOCIVO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES E ADULTOS

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Comportamento de saúde propenso a risco Controle de impulsos ineficaz Processos familiares disfuncionais Síndrome de abstinência de substâncias aguda / Risco de	Risco de glicemia instável Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz Enfrentamento ineficaz
CIPE	Apoio social / Falta de Apoio social Abuso de Álcool (ou alcoolismo) Comportamento compulsivo Dependência de Álcool	Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada Sintoma de abstinência
CIAP2	P15 Abuso crônico de álcool	P16 Abuso agudo de álcool

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 17 - MANEJO DO USO NOCIVO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES E ADULTOS

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO	CUIDADOS/ INTERVENÇÕES
Aplicar Instrumento de rastreamento AUDIT	Evitar consumo diário e excessivo de álcool; Limitar consumo a 1 dose/dia para mulheres e 2 doses/dia para homens (1 dose = 1 cerveja de 350 ml, 1 copo de vinho de 150 ml, ou 45 ml de bebidas destiladas).	- Fazer Rastreamento (Screening) de Abuso de Álcool; - Avaliar todos os pacientes que refiram uso de álcool e manejar a condição a partir do resultado do instrumento AUDIT; - Apoiar Processo de Tomada de Decisão; - Facilitar Recuperação de Abuso de Álcool; - Alertar, em especial, pessoas com DM quanto à relação do álcool com o aumento do peso corporal e com episódios de hipoglicemia; - Para mais informações quanto ao manejo do abuso de substância psicoativa na adolescência, consultar Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente, do COREN-RS.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

2.2.6. TABAGISMO

O tabagismo é uma doença decorrente da dependência à nicotina e fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como as doenças cardiovasculares (WHO, 2018b; BRASIL, 2020b). Todos os tabagistas devem ter acesso amplo e disponível ao tratamento para a dependência no SUS, em caráter inclusivo, sem qualquer tipo de discriminação, garantindo pelo menos um aconselhamento breve pelos profissionais de saúde em qualquer ponto da RAS (BRASIL, 2020b). As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo evocar as motivações do usuário e apoiá-lo na tomada de decisão para deixar de fumar ao longo do tempo (STEINBERG; MILLER, 2015; BRASIL, 2020b).

No tocante à HA e DM, essas medidas merecem destaque, pois a cessação do tabagismo é a mudança de estilo de vida mais eficaz para prevenção de doença cardiovascular (WILLIAMS et al., 2018). Em pessoas com HA, estudos demonstram acréscimo de até 20 mmHg na pressão arterial sistólica após o primeiro cigarro do dia, além da nicotina aumentar a resistência aos medicamentos anti-hipertensivos, o risco de complicações cardiovasculares e a progressão da insuficiência renal (FERREIRA et al., 2009; PRÉCOMA et al, 2019).

Não obstante, o uso do tabaco está associado a processos metabólicos relacionados com o DM, incluindo a homeostase da glicose, hiperinsulinemia e resistência à insulina, representando níveis de hemoglobina glicada mais altos entre fumantes que em não fumantes, independente do sexo. O cigarro também aumenta as concentrações de colesterol total e LDL, diminui o HDL, e nos fumantes que têm DM, aumenta o risco para neuropatia, úlcera do pé diabético e nefropatia diabética (BRASIL, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

QUADRO 18 - MANEJO DO TABAGISMO EM ADOLESCENTES E ADULTOS

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Síndrome de abstinência de substâncias aguda Risco de Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Comportamento de saúde propenso a risco] Controle de impulsos ineficaz Enfrentamento ineficaz
CIPE	Manutenção da saúde prejudicada Sintoma de abstinência Tabagismo Tabagismo prévio	Apoio social / Falta de Apoio social Comportamento compulsivo Disposição (ou Prontidão) para mudança
CIAP2	P17 Abuso de álcool	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Autorrelato do usuário; Grau de dependência à nicotina pelo teste de Fagerström (anexo 4).	<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar como rotina no atendimento inicial, se a pessoa fuma; - Promover a cessação do tabagismo, do uso de produtos derivados do tabaco ou de dispositivos eletrônicos com nicotina para todas as pessoas; - Considerar abordagem na perspectiva da redução de danos; - Manejar o tabagismo em consultas de rotina e encaminhar à abordagem mais adequada conforme o caso - consultar PCDT Tabagismo (BRASIL, 2020)*; - Fornecer informações, levantar dúvidas e trazer questionamentos, preparando para a cessação ou redução e acompanhando o processo; - Apoiar Processo de Tomada de Decisão; - Para mais informações quanto ao manejo do abuso de substância psicoativa na adolescência, consultar Protocolo de Saúde da Criança e Adolescente de Porto Alegre. 	

FONTE: Adaptado de Coren/RS, 2020. Legenda: PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>

2.2.7. ESTRESSE PSICOSSOCIAL

Os fatores psicossociais abrangem os determinantes sociais da saúde como distribuição de renda, riqueza e educação, assim como os fatores de sofrimento psíquico, incluindo estresse, depressão, raiva, hostilidade e ansiedade. Esses fatores predizem eventos clínicos cardiovasculares com risco atribuível semelhante aos FRCV clássicos (YUSUF et al., 2004; PRÉCOMA et al., 2019).

No escopo das DCNT, o estresse psicossocial correlaciona-se ao desenvolvimento de HA em indivíduos com predisposição, ao aumento dos níveis pressóricos em hipertensos, ao aparecimento de resistência insulínica, DM2 e síndrome metabólica e à possibilidade de descompensação dos níveis glicêmicos em portadores de DM2 (NOBREGA; CASTRO; SOUZA, 2007; PENTEADO; OLIVEIRA, 2009; WILLIAMS et al., 2018; PRÉCOMA et al., 2019). Apesar de sua difícil definição e medição, o estresse psicossocial está relacionado a diversas dimensões, entre elas, estresse no trabalho e em casa, estresse financeiro e ocorrência de eventos adversos na vida, como divórcio, perda do emprego, aposentadoria, conflito intrafamiliar ou doença (YUSUF et al., 2004). Agravando esse panorama, pessoas com uma ou mais DCNT apresentam maior prevalência de depressão, associada à piora do estado de saúde, menores níveis de adesão e ao aumento da utilização dos recursos de saúde sem efetividade (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; BOING et al., 2012). O próprio tratamento da DCNT pode ser um fator gerador de estresse, representado por medo de complicações, limitações na vida profissional, estigmatização, discriminação, necessidade de modificações do estilo de vida, falta de conhecimento e sensação de frustração diante da falta de controle e da progressão da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). As estratégias para a prevenção e redução desta carga de estresse implicam em suporte dos serviços de saúde, na contínua manutenção de uma atitude positiva frente à terapêutica, no cuidado por pessoas que encorajem o usuário, no suporte social e em medidas que visem o equilíbrio emocional (PENTEADO; OLIVEIRA, 2009; SOUZA, 2014; PRÉCOMA et al., 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 19 – REGISTRO DO MANEJO DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Ansiedade Sobrecarga de estresse Processos familiares disfuncionais Relacionamento ineficaz / Risco	Campo de energia desequilibrado Insônia Desesperança Enfrentamento ineficaz
CIPE	Ansiedade Estresse Falta de Apoio familiar Falta de Apoio social	Renda inadequada Risco de Condição Psicossocial Prejudicada Humor deprimido
CIAP2	P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão P02 Reação aguda ao estresse P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada P05 Sensação/comportamento senil	P06 Perturbação do sono P07 Diminuição do desejo sexual P08 Diminuição da satisfação sexual

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 20 - MANEJO DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL (B)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	- CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar anamnese de contexto socioeconômico, incluindo rede de apoio e demais aspectos envolvidos na capacidade de autocuidado; - Realizar escuta acolhedora, estimulando que a pessoa explore e verbalize seus sentimentos; - Identificar fatores psicossociais que diminuem a adesão ao estilo de vida saudável e ao tratamento medicamentoso da DCNT; - Atentar para sinais e sintomas de estresse e sofrimento gerado pela doença; - Adequar todas as decisões terapêuticas às condições psicossociais do indivíduo e família; - Promover ou encaminhar o usuário para práticas de gerenciamento e controle de estresse em outros pontos da RAS como psicoterapias comportamentais e Práticas Integrativas e Complementares; - Acionar rede de Assistência Social conforme condições socioeconômicas e de vulnerabilidade.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

2.2.8. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Espiritualidade é um conceito multidimensional constituído pelo conjunto de valores morais, mentais e emocionais que guiam pensamentos, comportamentos e atitudes perante a vida, e que podem ou não estar vinculados a uma religião. As definições de espiritualidade tipicamente se fundem a outros construtos, como a religiosidade, que envolve desde práticas, cerimônias e rituais, até as dimensões de bem-estar psicológico, das relações, de propósito na vida e, por vezes, de crenças sobrenaturais (GONÇALVES, 2014; PRÉCOMA et al., 2019).

A espiritualidade (E) e a religiosidade (R) podem levar a posturas de enfrentamento positivo ou negativo na prevenção ou tratamento da DCNT (HEINISCH; STANGE, 2014). Níveis elevados e benéficos de E/R estão associados a menores prevalências de tabagismo, de consumo de álcool, de excesso de peso, de estresse e sedentarismo, à diminuição de sintomas de depressão e ansiedade, à melhor qualidade de vida e adesão nutricional e farmacológica (GONÇALVES, 2014; HEINISCH; STANGE, 2014; PRÉCOMA et al., 2019).

Em face ao exposto, orienta-se que os enfermeiros conheçam as crenças do usuário, de maneira que elas integrem os processos de tomada de decisão, e estimulem favoravelmente a capacidade de enfrentamento do indivíduo a partir de suas concepções de vida, espiritualidade e religiosidade (GONÇALVES, 2014; HEINISCH; STANGE, 2014; PRÉCOMA et al., 2019).

QUADRO 21 - ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM SAÚDE

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Disposição para bem-estar espiritual melhorado Religiosidade prejudicada / Risco Disposição para esperança melhorada Desesperança Sofrimento espiritual / Risco de
CIPE	Angústia espiritual Condição espiritual, Eficaz/Ineficaz Crença – cultural, de saúde, espiritual, religiosa - facilitadora/ conflituosa / negativa Desesperança / Esperança Dificuldade de enfrentamento Falta de significado
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	- CUIDADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Questionário de espiritualidade: Aplicar questionário FICA ou HOPE	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar questionário de espiritualidade mostrando interesse e respeito, sem preconceitos e buscando compreender o tipo de religião, crenças de vida e práticas; - Evitar aconselhar, desacreditar ou desvalorizar as crenças do usuário e sua família no processo saúde e doença; - Realizar escuta acolhedora e promover reflexões de maneira a estimular que o usuário explore seus sentimentos e pensamentos sobre a sua vida e tratamento sob a perspectiva espiritual; - Identificar potencialidades na espiritualidade e religiosidade ao enfrentamento eficaz da doença ou de fatores de risco cardiovascular.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

REFERÊNCIAS USADAS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HEARTS

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk-based CVD management. 2020.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* PEN Protocol 1. Prevention of heart attacks, strokes and kidney disease through integrated management of diabetes and hypertension. 2020

https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TON_D1_Protocol%201-%20%20Prevention%20of%20Heart%20Attacks,%20Strokes%20and%20Kidney%20Disease.pdf

WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health*, 2019. DOI: [10.1016/S2214-109X\(19\)30318-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30318-3)

3. FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

Com base no risco cardiovascular estimado pelo modelo de estratificação ERG/SBC, propõe-se a seguinte periodicidade de consultas:

QUADRO 22 - PERIODICIDADE DE CONSULTAS CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

RISCO CARDIOVASCULAR	Consulta Individual*	Consulta Odontológica**
Baixo	A cada 12 meses	Pelo menos 1 avaliação
Intermediário	A cada 6 meses	1 vez ao ano
Alto	A cada 4 meses	1 vez ao ano
Muito Alto	A cada 3 meses	1 vez ao ano
CRÍTICO	Em até 3 meses	1 vez ao ano

Legenda: * Sugere-se que as consultas médicas e de enfermagem sejam intercaladas e complementares, garantindo a continuidade do cuidado.

** Previsão para usuários com diagnóstico de DM, como um dos grupos prioritários para atendimento odontológico na APS, devido à relação entre saúde bucal e controle glicêmico. Pessoas com HA deverão ter pelo menos uma avaliação odontológica, independente do estrato de risco.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020;

Esta é uma proposta mínima de acompanhamento da pessoa com FRCV e/ou hipertensão e diabetes, a ser realizado pelo enfermeiro, médico e dentista nas equipes da APS, de maneira intercalada, de acordo com o risco cardiovascular e a etapa do plano de cuidados. As equipes devem definir seu cronograma a partir da disponibilidade de recursos humanos, da estratificação de risco da população e da realidade epidemiológica local. Outros momentos de avaliação poderão ocorrer conforme as necessidades em saúde identificadas. Cabe destacar que algumas pessoas necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência, como pessoas com dificuldades de autocuidado e/ou multimorbidades (BRASIL, 2014).

4. RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui critério de alto risco cardiovascular e define-se por anormalidades na estrutura e/ou função do rim persistentes por mais de 3 meses, com implicações para a saúde (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2017).

A detecção precoce e o tratamento adequado em estágios iniciais, realizados na Atenção Primária, ajudam a prevenir os desfechos deletérios e a subsequente morbidade relacionados às nefropatias. Além disso, resultam em potenciais benefícios para qualidade de vida, longevidade e redução de custos associados ao cuidado em saúde.

A classificação da DRC (quadro 13), independente da causa, baseia-se na taxa de filtração glomerular (TFG) e na excreção urinária de albumina (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Desse modo, para os usuários com DM e HA há recomendação de realização de creatinina sérica para cálculo da TFG e rastreio de albuminúria por exame sumário de urina (EAS), anualmente (SES/RS, 2018b). O exame alterado - creatinina sérica e/ou albumina em amostra isolada de urina - deverá ser repetido em até 3 meses para definição de conduta (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2017; LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

A TFG é calculada a partir da fórmula da Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration - CKD-EPI baseada no resultado do exame creatinina sérica, no sexo, idade e cor da pele do indivíduo (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2017; LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

Você pode utilizar a calculadora automática de TFG da Sociedade Brasileira de Nefrologia, disponível em:

<https://sbn.org.br/medicos/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>

A albumina, corresponde a cerca de 15% das proteínas excretadas na urina, é considerada o componente mais significativo para o rastreamento da DRC desde os estágios iniciais (LEEHEY; MOINUDDIN, 2019). Apesar de o exame sumário de urina ser o exame mais comumente solicitado na rotina de avaliação da função renal, este trata-se de um indicador relativamente insensível à albuminúria, não refletindo-se em proteinúria positiva até que a excreção urinária de albumina já esteja gravemente aumentada (excedendo 300 a 500 mg/dia) (BAKRIS, 2019).

Entretanto, considerando a relação custo-benefício, sugere-se a solicitação de exame sumário de urina para rastreamento da proteinúria na estratificação de risco inicial e solicitação de creatinina sérica e albumina em amostra isolada de urina apenas para pessoas com proteinúria ou com risco aumentado de DRC - suspeita ou confirmação de síndrome metabólica, diabetes, hipertensão com dois ou mais FRCV e diagnóstico de diabetes associado (BAKRIS, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; PRÉCOMA et al., 2019; LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

Na ausência ou déficit de recursos na rede local de saúde, pode-se priorizar a solicitação do exame sumário de urina apenas para estratificação de risco inicial em pessoas com alto risco para DRC e solicitação de dosagem de albumina em amostra isolada de urina, em caso de proteinúria ou hematuria no resultado. Se albuminúria positiva, solicitar creatinina sérica para estimativa da TFG e classificação do estágio da DRC, bem como definição de condutas relacionadas (LEEHEY; MOINUDDIN, 2019).

QUADRO 23 - CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA DRC SEGUNDO TFG E EXCREÇÃO URINÁRIA DE ALBUMINA

				Categorias conforme albuminúria persistente (3 meses)*		
				A1	A2	A3
				Normal/ligeiramente aumentada	Elevada: Microalbuminúria**	Muito elevada: Macroalbuminúria***
Valores de referência em amostra de urina de 24 horas				< 30 mg/dL	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g
Valores de referência em amostra de urina única				<17 mg/dL	17 a 173 mg/L	≥174 mg/L
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)				< 30 mg/g	30 a 300 mg/g	> 300 mg/g
Categorias conforme TFG (ml/min/1,73 m ²)	1	Normal ou Alta	≥90			
	2	Levemente reduzida	60-89			
	3A	Redução moderada	45-59			
	3B	Redução marcada	30-44			
	4	Redução grave	15-29			
	5	Insuficiência renal	<15			

Legenda: Verde: Baixo risco – se não houver outros marcadores de dano renal, sem nefropatia; Amarelo: Risco moderado; Laranja: Risco alto; Vermelho: Risco muito alto. *Pelo menos dois exames com intervalo mínimo de 3 meses. ** Microalbuminúria representa Doença Renal Incipiente. *** Macroalbuminúria indica Doença Renal manifesta.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 24 - MANEJO DO RASTREAMENTO A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA DRC

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Risco de desequilíbrio eletrolítico	Volume de líquidos excessivo Risco de pressão arterial instável
CIPE	Proteinúria	Função renal eficaz / prejudicada
CIAP2	U14 Sinais/sintomas dos rins U28 Limitação funcional/incapacidade	U29 Sinais/sintomas aparelho urinário, outros
RISCO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Baixo risco (verde)	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem integrada dos FRCV; - Elaborar e atualizar plano de cuidados individualizado com enfoque no controle estrito da PA, da glicemia, na promoção da adesão ao tratamento e a MEV; - Manter acompanhamento e periodicidade de rastreamento anual recomendada na presença de doenças crônicas e risco cardiovascular. 	
Risco moderado, alto ou muito alto (amarelo, laranja ou vermelho) Ou em caso de persistência da alteração por mais de 3 meses	Proteinúria Função renal eficaz / prejudicada	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

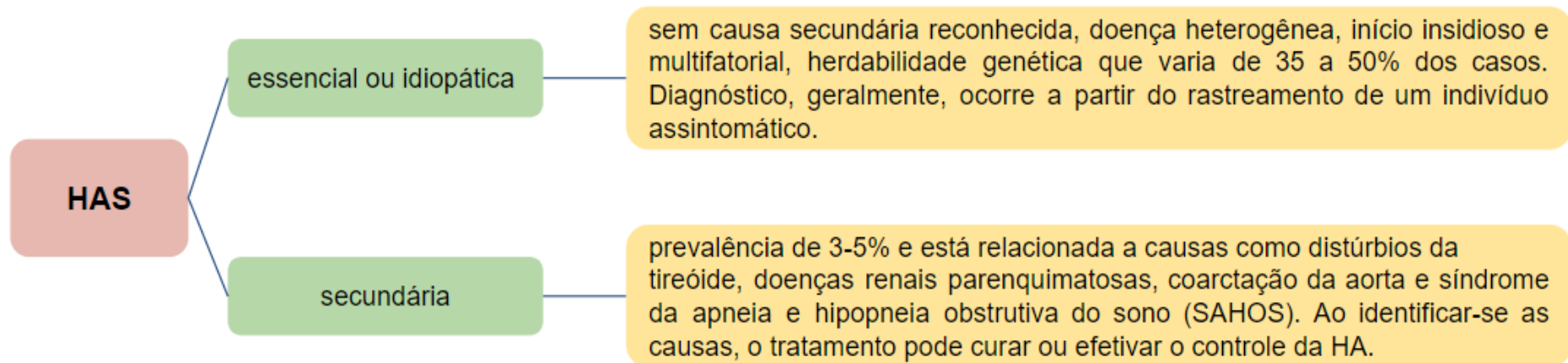
5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS)

QUADRO 21 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

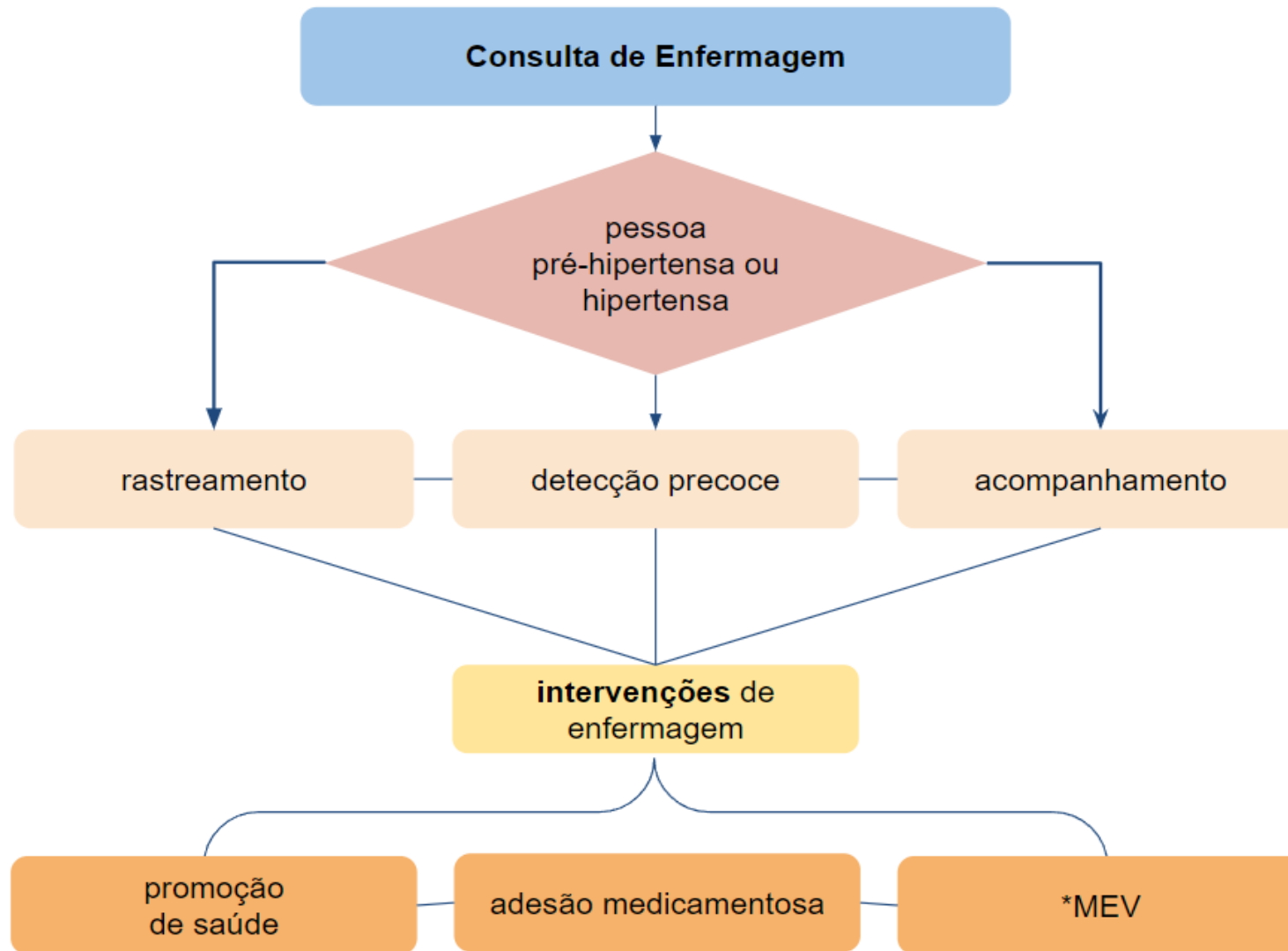
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA (PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg), após realização de 3 medidas de PA em momentos diferentes

FLUXOGRAMA 4 – HIPERTENSÃO ARTERIAL



Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

FLUXOGRAMA 5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HA

*MEV – Mudança de Estilo de Vida

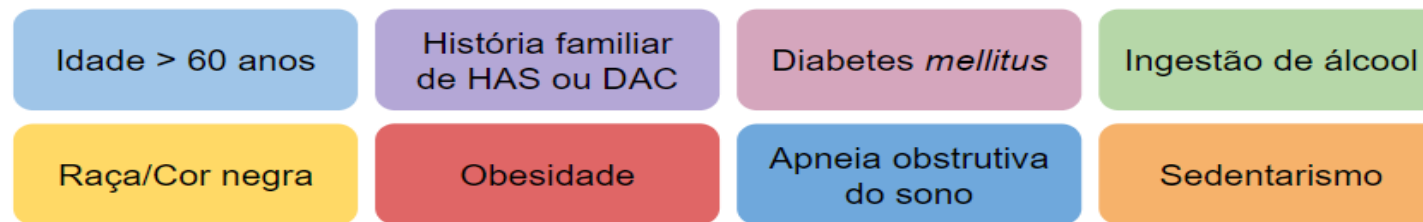
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

5.1. RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

5.1.1 RASTREAMENTO DA HA EM ADULTOS

O rastreamento consiste na aferição da PA de todas as pessoas com idade ≥ 18 anos no momento do contato com a Unidade de Saúde e na identificação de fatores de risco para a doença. A aferição de PA deverá ser periódica em todas as consultas de pessoas com DM, em consultas de pré-natal e de acordo com o aprazamento decorrente do resultado do rastreamento (MALACHIAS et al., 2016; BRETTLER, 2019; BRASIL, 2013a).

QUADRO 25 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL



Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

A aferição dos níveis pressóricos podem ser realizados em consultório, por meio de **Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA – ANEXO 8)** e/ou **Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA)**, este último, método diagnóstico padrão-ouro solicitado apenas pelo médico a partir de critérios específicos (NOBRE et al., 2018). Sempre que possível, após a triagem inicial, preconiza-se a obtenção de medidas confirmatórias fora da unidade de saúde via **MRPA**, para diagnóstico e instituição do tratamento (STERGIOU; BLIZIOTIS, 2011; RIO DE JANEIRO, 2013; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2015; SIU, 2015; BASILE; BLOCH, 2019).

ROTEIRO: CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O RASTREAMENTO DA HA

QUADRO 26 – CONDUTAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE RASTREAMENTO DE HIPERTENSÃO

1.	Realizar anamnese da história familiar e pessoal, com enfoque na identificação dos fatores de risco para HA, FRCV, identificação de possíveis causas secundárias, necessidades em saúde e hábitos de vida do usuário;
2.	Identificar sinais e sintomas de gravidade como cefaleia importante, alterações visuais, dor precordial ou dispneia que possam indicar crise hipertensiva. Na presença destes encaminhar para consulta médica imediata;
3.	Exame físico: aferição da pressão arterial nos dois braços e, se um braço tiver uma pressão mais alta, esse braço deve ser usado para medição e interpretação da PA (realizar duas medidas com intervalo de 1 a 2 min e calcular a média pressórica), frequência cardíaca e respiratória, peso e altura para cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal;
4.	Cálculo de risco cardiovascular a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames.
5.	Promoção do autocuidado e de MEV;
6.	Solicitar monitoramento para confirmação das médias pressóricas, preferencialmente, via MRPA (Anexo 8) ou, na indisponibilidade deste, na unidade de saúde por 1 a 2x por semana por até 14 dias;
7.	Aprazar retorno em até 14 dias para gerenciamento do rastreamento (screening).

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2022.

QUADRO 27 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIÇÃO NO CONSULTÓRIO A PARTIR DE 18 ANOS DE IDADE

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Pré-hipertensão	130 - 139	e/ou	85 - 89
HA Estágio 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
HA Estágio 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥110

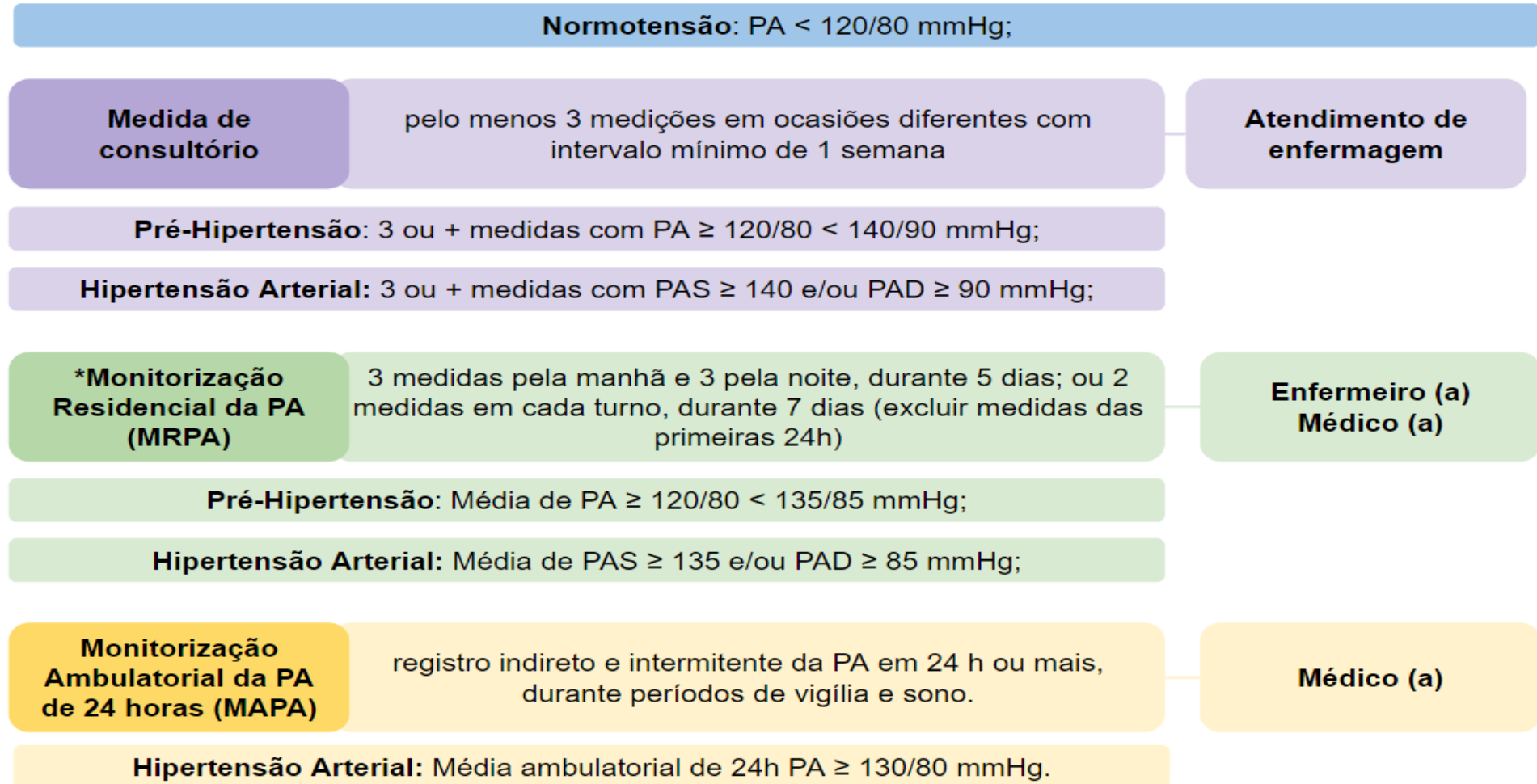
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 28 – REGISTRO DO RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Risco de pressão arterial instável Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Obesidade Sobrepeso / Risco Volume de Líquidos excessivo
CIPE	Pressão Arterial Alterada	Pressão Arterial nos Limites Normais
CIAP2	K86 Hipertensão sem complicações K87 Hipertensão com complicações	K85 Pressão arterial elevada

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 29 - MONITORIZAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS



Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

OBS: a indisponibilidade de realizar MRPA, orientar usuário comparecer na unidade de saúde por 1 a 2x por semana por até 14 dias.

[Anexo 8 – Monitorização Residencial da Pressão Arterial](#)

QUADRO 30 - HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS

Hipertensão do Jaleco Branco (HJB)	É a diferença ≥ 20 mmHg na PAS e/ou 10 mmHg na PAD entre as medidas obtidas no consultório e fora dele, que em geral, não implica em instituição de tratamento medicamentoso.
Hipertensão Mascarada (HM)	Ocorre quando os valores de consultório são normais, porém as medidas no domicílio, a história clínica e a presença de FRCV indicam HA.
Hipertensão Arterial Secundária	Presença de sinais e sintomas sugestivos de causas secundárias (quadro abaixo)

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 31 - PRINCIPAIS CAUSAS DE HA SECUNDÁRIA E SEUS SINAIS/SINTOMAS

CAUSAS	SINAIS E SINTOMAS
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHO)	Ronco, sonolência diurna, obesidade
Hiperaldosteronismo primário	Hipertensão resistente ao tratamento, hipopotassemia
Doença renal parenquimatosa	Fadiga, anorexia, edema, ureia e creatinina elevadas, proteinúria/hematúria
Doença renovascular	Sopro sistólico ou diastólico abdominal à ausculta, edema agudo de pulmão, alteração da função renal
Síndrome de Cushing	Ganho de peso, fadiga, hirsutismo, face em lua cheia, estrias purpúreas, obesidade central
Coarctação de aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, PA reduzida em MIs
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações
Hipotireoidismo	Hipertensão diastólica, fadiga, ganho de peso, perda de cabelo, fraqueza muscular
Hipertireoidismo	Hipertensão sistólica, intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, exoftalmia, tremores, taquicardia

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 32 - CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO RASTREAMENTO DA HA EM PESSOAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 18 ANOS

Se:	Normotensão	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar promoção da saúde e de MEV se presença de fatores de risco para hipertensão e FRCV; - Gerenciar rastreamento pelo menos a cada 2 anos.
	Pré-Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para hipertensão e FRCV; - Orientar quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento da HA e suas complicações; - Promover o autocuidado e MEV; - Gerenciar Acompanhamento de Rastreamento (Screening); - Aprazar rastreamento anual se RCV baixo e semestral se RCV intermediário; - Encaminhar para consulta médica se RCV alto, muito alto ou crítico.
	Hipertensão Arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para consulta médica para diagnóstico; - Encaminhar para consulta médica imediata se sinais e sintomas de crise hipertensiva; - Monitorar Pressão Arterial; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento.
	Hipertensão do Jaleco Branco (HJB)	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar o HJB no prontuário do usuário; - Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para hipertensão e FRCV; - Encaminhar para consulta médica para avaliação e consideração de solicitação do MAPA; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento; - Monitorar Pressão Arterial.
	Hipertensão Mascarada (HM)	<ul style="list-style-type: none"> - Na suspeita dessa condição, encaminhar para consulta médica para avaliação e consideração de solicitação do MAPA.
	Hipertensão Arterial Secundária	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para consulta médica para investigação diagnóstica; - Monitorar Pressão Arterial; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

5.1.2. RASTREAMENTO DA HA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A prevalência de HA em crianças e adolescentes dobrou nos últimos 20 anos, atribuída, principalmente, ao grande aumento da obesidade infantil. Recomenda-se medições anuais da PA para rastreamento da HA por método auscultatório, a partir dos 3 anos (MALACHIAS et al., 2016; PRÉCOMA et al., 2019).

A HA é definida pelo percentil da PA em relação à idade, sexo e estatura. Em caso de alteração pressórica, confirmar níveis em pelo menos três ocasiões diferentes. Se confirmada a PA alterada, encaminhar para avaliação médica (MALACHIAS et al., 2016; PRÉCOMA et al., 2019). Para mais informações quanto ao procedimento e parâmetros para definição de alterações pressóricas na infância e adolescência, consultar Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente (disponível na BVAPS).

ATENÇÃO PARA LEI ESTADUAL Nº 16.112, DE 9 DE ABRIL DE 2024 que Institui a obrigatoriedade do teste do bracinho nas consultas pediátricas em crianças a partir de 3 (três) anos de idade, atendidas pelas redes pública e privada de saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. O procedimento para aferição da pressão arterial da criança deverá ser realizado por médicos ou enfermeiros devidamente registrados na entidade de classe que regulamenta sua profissão, devendo ser utilizados os equipamentos adequados ao procedimento, considerando o aspecto anatômico e de finalidade pediátrica, bem como os recursos humanos já disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS.

5.1.3. RASTREAMENTO DA HA NA GESTAÇÃO

As síndromes hipertensivas na gestação (quadro 18) resultam em expressiva morbimortalidade materno fetal, e estão relacionadas a 20-25% de todas as causas de óbito materno (MALACHIAS et al., 2016). Para fins de rastreamento, a PA deve ser medida em todas as consultas de pré-natal. Considerar rastreio positivo para HA, gestantes com PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg medida de maneira adequada, em pelo menos duas ocasiões com até 4h de intervalo ou PA gravemente elevada com intervalo de 15 minutos (PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg) (MALACHIAS et al., 2016; MELVIN; FUNAI, 2020; TELESSAÚDERS, 2019).

A detecção precoce e o manejo adequado são decisivos para os desfechos materno fetais, uma vez que 10 a 50% das mulheres inicialmente diagnosticadas com hipertensão gestacional desenvolvem pré-eclâmpsia em uma a cinco semanas. A progressão de pré-eclâmpsia para pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, por sua vez, pode ocorrer rapidamente, em poucos dias (MELVIN; FUNAI, 2020).

Todas as pacientes com pico hipertensivo (PAS \geq 140 e/ou PAD \geq 90 mmHg) DEVEM SER ENCAMINHADAS para a emergência da sua maternidade de referência hipertensivo para avaliação clínica obstétrica. A conduta preventiva nas síndromes hipertensivas da gestação inclui a identificação dos fatores de risco com intervenção e controle destes se possível, a aferição periódica da pressão arterial (PA) durante todo o pré-natal.

QUADRO 33 – DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

Elevação Pressórica na gestação	Ocorrência de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, verificadas em duas ocasiões diferentes e com intervalo mínimo de 4 horas e máximo de 7 dias.
Hipertensão Arterial Crônica	Hipertensão prévia ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação, sem manifestação de sinais e sintomas relacionados à pré-eclâmpsia, sem lesões em órgãos-alvo e ausência de proteinúria.
Hipertensão Gestacional	Hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação ou que persiste até 12 semanas pós-parto, sem proteinúria e sem lesão de órgão alvo.
Pré-eclâmpsia	Hipertensão diagnosticada após 20 semanas de gestação com proteinúria e/ou lesão de órgão alvo.
Pré-eclâmpsia Sobreposta à HAS	Hipertensão crônica com o aparecimento de proteinúria e/ou lesão de órgão alvo após 20 semanas de gestação. ¹
Eclâmpsia	Convulsão associada à hipertensão ou pré-eclâmpsia
Síndrome HELLP	Hemólise + elevação enzimas hepáticas + plaquetopenia

Fonte: Adaptado de SES-RS (2024).

¹ Gestantes que apresentarem elevações nos valores tensionais, ganho de peso acima de um Kg por semana, edema em mãos e face ou sintomas como cefaléia persistente, escotomas visuais e/ou epigastralgia deverão realizar exames para afastar pré-eclâmpsia em emergência obstétrica.

QUADRO 34 - MANEJO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO (A)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Controle ineficaz da saúde Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz Perfusão tissular periférica ineficaz / Risco Risco de pressão arterial instável Volume de líquidos excessivo Risco de desequilíbrio eletrolítico	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Risco de binômio mãe-feto perturbado Confusão aguda / Risco de Intolerância à atividade/ Risco Dor aguda Náusea
CIPE	Pressão Arterial Alterada Complicação durante a gestação Risco de complicação durante a gestação	Risco de complicação durante o processo parturitivo Risco de complicações relacionadas com o parto
CIAP2	K86 Hipertensão sem complicações	K87 Hipertensão com complicações
HIPERTENSÃO GESTACIONAL Diagnóstico de HA com idade gestacional (IG) > 20 semanas, na ausência de proteinúria e de sinais de lesão em órgão-alvo.	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar para possibilidade de HJB (Hipertensão do Jaleco Branco); - Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO se confirmadas as alterações pressóricas*; - Apoiar o plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV; - Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE; - Atentar para presença de edema patológico de MIs (sinal de proteinúria e pré-eclâmpsia). 	
HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA Diagnóstico de HA preexistente à concepção ou detectada com IG < 20 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Se idade < 40 anos com HA essencial controlada com apenas UM anti-hipertensivo, SEM presença de demais FRCV, SEM lesão em órgão-alvo e SEM fatores de risco adicionais à gestação, manter seguimento de PN RISCO HABITUAL* na APS; - Todas as demais possibilidades da condição clínica configuram necessidade de encaminhamento para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; - Atentar para a possibilidade de pré-eclâmpsia sobreposta, definida por qualquer uma das seguintes condições a partir das 20 semanas de gestação: piora da proteinúria ou do controle pressórico, piora / resistência da HA e/ou sinais e sintomas de pré-eclâmpsia; - Atentar para presença de edema patológico de Mis (sinal de proteinúria e pré-eclâmpsia); - Monitorar PA; - Promover adesão e MEV 	

Fonte: Adaptado de POA/SMS, 2024.

QUADRO 34. MANEJO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO (B)

<p style="text-align: center;">PRÉ- ECLÂMPSIA</p> <p>Hipertensão gestacional** associada a:</p> <p>-Proteinúria (relação proteinúria/creatinúria $\geq 0,3$ mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24h ou fita reagente $\geq 2+$) OU</p> <p>Disfunção significativa de órgão-alvo com ou sem proteinúria após 20 semanas de gestação ou pós-parto. E/OU</p> <p>-Qualquer um dos seguintes sintomas: cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, confusão mental, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia ou dor retroesternal.</p>	<p>- Encaminhar para atendimento de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA;</p> <p>- Atentar para alto risco de eclâmpsia, definida como a ocorrência de crises tônico-clônicas ou coma.</p>
<p style="text-align: center;">ECLÂMPSIA</p> <p>Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia</p>	<p>- Encaminhar para atendimento de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA;</p>

Fonte: Adaptado de POA/SMS, 2024.

Anotações:

*Em caso de história prévia de hipertensão gestacional com antecedentes de mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória entre outras), encaminhar para o PN de alto risco, independente dos níveis pressóricos e quadro atual.

**PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo ou se PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

**PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo ou se PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

**PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo ou se PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

PROFILAXIA DE PRÉ ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا NA GESTAÇÃO

Para as mulheres com alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpسيا, a ingestão diária de ácido acetilsalicílico (AAS), iniciada antes de 16 semanas de gestação, demonstrou redução de 62% do risco do aparecimento da pré-eclâmpسيا antes da 37ª semana de gestação e de 80% antes da 34ª semana de gestação. A suplementação de cálcio para mulheres com as mesmas características foi capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpسيا em 55%

É recomendada a prescrição combinada de AAS e suplementação de cálcio elementar nos casos em que a pessoa gestante apresente 1 fator de risco alto e/ou 2 fatores de risco moderados descritos conforme abaixo:

- Hipertensão arterial crônica; História prévia de pré-eclâmpسيا;
- Diabetes;
- Doença renal preexistente;
- Obesidade (Índice de Massa Corporal superior a 30 kg/m²);
- Gestação múltipla;
- Doença autoimune;
- Idade materna maior ou igual a 35 anos se nulípara com hf de pré-eclâmpسيا e/ou raça cor negra;
- Idade materna maior ou igual a 35 anos com intervalo intergestacional maior que 10 anos e/ou natimorto anterior;
- Idade materna >40 anos;
- Adolescente (HF de pré-eclâmpسيا e/ou raça cor negra);
- Trombofilias;
- Doenças do colágeno;
- Pós-reprodução assistida;

Você já Sabe, mas não custa Lembrar:

Atentar para Profilaxia de Pré-Eclâmpسيا e Eclâmpسيا conforme protocolo de Pré-natal, disponível na página da BVAPS/POA.

5.2. ROTEIRO: CONSULTA DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM 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. Deve ter como foco principal os fatores de risco e suas consequências, a estabilidade nos quadros crônicos, a prevenção de complicações e a reabilitação.

QUADRO 35 - COLETA DE DADOS/ ENTREVISTA:

1.	Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e profissão.
2.	Identificar: Sinais e sintomas de gravidade como cefaleia importante, alterações visuais, dor precordial ou dispneia que possam indicar crise hipertensiva. Na presença destes, encaminhar para consulta médica imediata;
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, 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; 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, outros).
9.	Atividade física

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2022.

QUADRO 36 – EXAME FÍSICO DA PESSOA COM HAS:

1.	Estado geral;
2.	Avaliação neurológica. Recomenda-se uso de instrumentos de avaliação cognitiva como o Mini-Exame do Estado Mental (disponível em https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11);
3.	Inspeção da face, pele e pelos e inspeção e palpação da glândula tireóide.
4.	Aferição da PA em 2 medidas com intervalo de 1 a 2 min e calcular média*.
5.	Ausculta cardíaca e respiratória;
6.	Frequência cardíaca e respiratória.
7.	Peso, altura, IMC e circunferência abdominal.
8.	A posição recomendada na rotina para a medida de pressão arterial é sentada
9.	Cálculo de risco cardiovascular
10.	Promoção de MEV
11.	Solicitar MRPA para confirmação das médias pressóricas

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2022



Fonte: PAHO/WHO, 2020

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. 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.*

5.3. ROTEIRO: CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE DA PESSOA COM HAS

QUADRO 37 – METAS E CONDUTAS NA CONSULTA SUBSEQUENTE

<p>Avaliar metas estabelecidas em conjunto com o usuário</p> <ol style="list-style-type: none"> Coleta de dados Exame Físico: <p>PA: Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas; sugere-se o intervalo de um minuto entre elas.</p> <p>A média das duas últimas deve ser considerada a pressão arterial real</p> <ol style="list-style-type: none"> Avaliar os cuidados prescritos, metas estabelecidas e resultados obtidos conjuntamente com o usuário Adequar, se necessário, os cuidados de enfermagem 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). 	<p>Deve ser avaliado</p> <p>Riscos familiares (obesidade, hipertensão, diabetes, infarto agudo do miocárdio, artrose, outros)</p> <p>Hábitos de vida (sexual, alimentar, tabaco, álcool, drogas, outros)</p> <p>Medicação: orientação, revisão do uso e prescrição</p> <p>Nível pressórico</p> <p>Perfil psicológico - ansiedade, depressão, estresse, outros</p> <p>Citologia oncótica</p> <p>Risco para câncer de mama, colo de útero, pele, cavidade oral e próstata</p> <p>Mamografia (ver antecedentes familiares): vide Manual Saúde da Mulher - SMS</p> <p>Atividade física regular.</p>
--	---

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2022

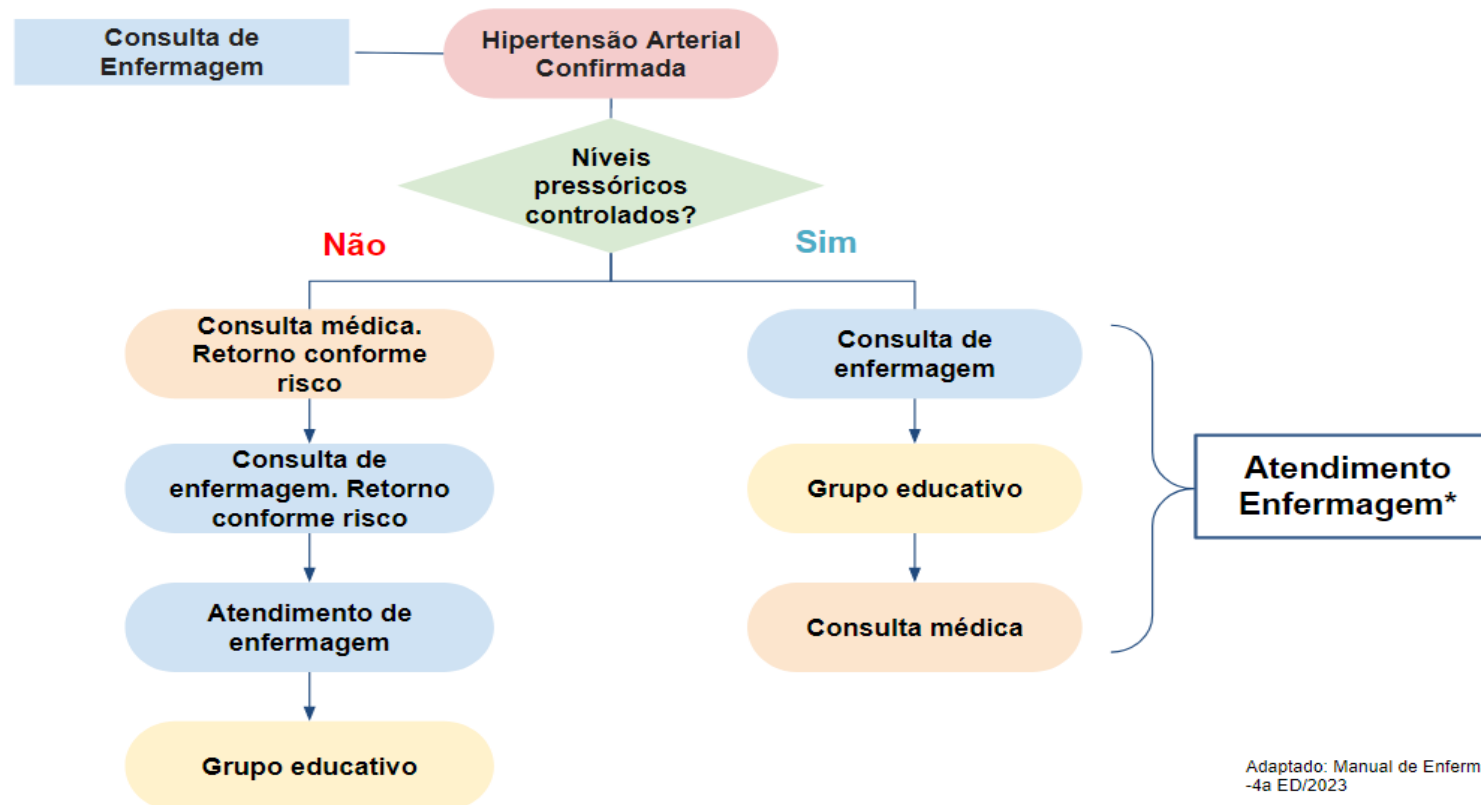
5.3. ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM HA

As medidas terapêuticas iniciais para todas as pessoas com pré-hipertensão e HA serão MEV a partir da abordagem multiprofissional. Muitos usuários necessitarão ainda, de tratamento medicamentoso, iniciado pelo médico conforme risco cardiovascular e estágio da HA, no momento oportuno e com critérios clínicos (MALACHIAS et al., 2016; WILIAMS et al., 2018; BRETTLER, 2019).

Os medicamentos empregados para o tratamento são medicamentos de baixo custo, com efeitos colaterais limitados, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na APS (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017). Seus mecanismos de ação, em suma, diminuem a resistência periférica, o volume sanguíneo ou a força e a frequência da contração miocárdica (MALACHIAS et al., 2016).

O não tratamento, e o não controle adequado dos níveis pressóricos, por sua vez, concorrem para distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, que representam maior risco de morte súbita, acidente vascular encefálico, demência, doença de Alzheimer, cegueira em pacientes com DM associado, IAM, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e DRC (MALACHIAS et al., 2016; WILIAMS et al., 2018; PRÉCOMA et al., 2019).

FLUXOGRAMA 6 – ACOMPANHAMENTO DE PESSOA COM HA



*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 a 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.

Fonte: Adaptado de Manual de Enfermagem Saúde do Adulto SMS/SP 4ª Ed/2023

QUADRO 38. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM HA

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Estilo de vida sedentário Comportamento de saúde propenso a risco Controle ineficaz da saúde Disposição para controle da saúde melhorado Controle da saúde familiar ineficaz Manutenção ineficaz da saúde Disposição para nutrição melhorada Obesidade Sobrepeso / Risco Volume de líquidos excessivo Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz Perfusão tissular periférica ineficaz / Risco Risco de pressão arterial instável Disposição para conhecimento melhorado Ansiedade Enfrentamento familiar incapacitado Sobrecarga de estresse Risco de infecção Risco de tromboembolismo venoso
CIPE	Adesão a / Não adesão a tratamento Ambivalência • Ansiedade Angústia espiritual Apoio familiar / Falta de apoio familiar Audição prejudicada • Autoeficácia - baixa ou alta Capaz de Executar o Autocuidado/ Déficit de autocuidado Comportamento de busca de saúde Cognição prejudicada Continuidade do cuidado Ineficaz/ Eficaz Crença – cultural, de saúde, espiritual, religiosa	Dificuldade de enfrentamento Disposição (ou Prontidão) para – (Ex: tomada de decisão, Abandono de Tabagismo, MEV, autocuidado) Efeito colateral da medicação Humor deprimido Pressão Arterial, Alterada Polifármacos (ou Polifarmácia) Manutenção da saúde prejudicada Negação sobre / Aceitação da condição de saúde Renda inadequada • Risco de Condição Psicossocial prejudicada
CIAP2	K86 Hipertensão sem complicações	K87 Hipertensão com complicações

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 39. PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM HA**CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Realizar anamnese e exame físico completos na primeira consulta e direcioná-los nas consultas subsequentes conforme necessidades em saúde e etapa do plano de cuidados;
- Classificar estágio da HA utilizando as médias pressóricas da consulta em associação às médias no domicílio ou Unidade de Saúde, se disponíveis;
- Estratificar risco cardiovascular conforme indicações deste protocolo;
- Solicitar exames de rotina conforme indicações deste protocolo;
- Avaliar a habilidade e a capacidade para o autocuidado;
- Apoiar autocuidado;
- Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HA;
- Avaliar entendimento e orientar usuário e/ou cuidador acerca da patologia, sintomas, tratamento e automonitoramento conforme indicações deste protocolo;
- Iniciar e/ou atualizar plano conjunto de cuidados, centrado na pessoa e em sua rede de apoio;
- Apoiar processo de tomada de decisão; - Promover MEV;
- Realizar abordagem integrada dos FRCV;
- Oferecer suporte para reabilitação e limitação das incapacidades produzidas por complicações da doença, quando já instaladas; - Monitorar metas de controle;
- Monitorar peso e estado nutricional;
- Realizar reforço positivo frente a resultados desejáveis em saúde;
- Pactuar retornos com equipe multiprofissional de acordo com o plano de cuidados e estrato de risco do usuário;
- Encaminhar para consulta médica na presença de anormalidades no exame físico, da necessidade de manutenção do tratamento prescrito ou conforme demais indicações deste protocolo.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

5.4. CLASSIFICAÇÃO DA HA E METAS PARA CONTROLE

Os valores dos níveis pressóricos em conjunto com a estratificação de risco cardiovascular e condição clínica do usuário irão definir a classificação do estágio da HA e as metas para controle individualizadas, devendo ser reavaliados em cada consulta médica e de Enfermagem (MALACHIAS et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018).

O Enfermeiro deve encaminhar o usuário com HA ao médico para manutenção do tratamento sempre que o monitoramento das metas de controle, a avaliação dos níveis de adesão e da capacidade de autocuidado indicarem essa necessidade.

QUADRO 40 - CLASSIFICAÇÃO DA HA E METAS PARA CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Risco Cardiovascular	Meta PAS (mmHg)	Meta PAD (mmHg)
Estágio 1	140-159	90-99	Baixo Intermediário	< 140	< 90
			Alto Muito Alto	< 130	< 80**
Estágio 2	160 - 179	100-109	Baixo Intermediário	< 140	< 90
			Alto Muito Alto	< 130	< 80**
Estágio 3	≥ 180	≥ 110	Qualquer risco	< 140	< 90

Anotações:

*Quando a PAS e a PAD estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo igualmente ser classificada em estágios 1, 2 e 3. Atentar que as médias pressóricas oriundas do Monitoramento Residencial da PA (MRPA) podem ser utilizadas para a classificação, desde que, reduzindo 5 mmHg em relação aos parâmetros acima para contemplar a diferença das medidas de consultório.

**Usuários com DAC manifesta não devem ficar com média pressórica < 120/70 mmHg, particularmente, com a PAD < 60 mmHg, pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

Em idosos acima de 80 anos e/ou pessoas com multimorbidades e dificuldades importantes de autocuidado, médias de PAS < 150 mmHg podem ser admitidas. Para pessoas com DM, recomenda-se metas de PA < 130/80 mmHg, exceto se intolerância, nos quais metas abaixo de 140/80 mmHg são razoáveis (WILLIAMS et al., 2018; BRETTLER et al., 2019; PRÉCOMA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

5.4.1. INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE E NO DOMICÍLIO

O monitoramento da PA pode ser recomendado tanto para confirmação diagnóstica quanto para o acompanhamento da pessoa com HA (CAPUCCIO et al., 2004; MALACHIAS et al., 2016; NOBRE et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; BASILE; BLOCH, 2019). Na unidade de saúde, a equipe de Enfermagem deverá estar atenta aos cuidados à técnica correta para a aferição da PA, bem como ciente dos padrões atualizados de níveis pressóricos considerados anormais (BRASIL, 2013a). Para medidas no domicílio, o usuário e/ou cuidador devem ser orientados e treinados pela equipe de Enfermagem quanto a esses mesmos cuidados, ressaltando-se o uso de aparelhos automáticos de braço validados e calibrados, anualmente. Cabe destacar que os dispositivos de pulso são desaconselhados por realizarem estimativas e não medidas exatas da PA (MALACHIAS et al., 2016; NOBRE et al., 2018; NEREMBERG et al., 2018).

QUADRO 41 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A AFERIÇÃO DA PA EM CONSULTÓRIO (A)

Disponibilizar ambiente calmo e tranquilo. Em caso de grande movimentação na Unidade de Saúde, analisar com cautela os níveis pressóricos aferidos;
Orientar o procedimento ao usuário e mantê-lo em repouso mínimo de 3 a 5 min;
Certificar-se do preparo adequado do usuário para que este esteja com a bexiga vazia, sem ter praticado atividade física nos últimos 60 min, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou não ter fumado nos últimos 30 min;
Utilizar esfigmomanômetros manuais, semiautomáticos ou automáticos, desde que devidamente validados e calibrados conforme exigências do INMETRO;
Atentar para hiato auscultatório em idosos e pessoas com DM, se aferição com aparelho manual;
Indicar posição sentada, com as costas apoiadas, pernas descruzadas, pés apoiados no chão;
Posicionar o braço na altura do coração, com a palma da mão voltada para cima e as roupas sem garrotar o membro; ‘
Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano e selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço ou, na indisponibilidade deste, realizar as devidas correções (disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf , pág. 19).

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 41 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A AFERIÇÃO DA PA EM CONSULTÓRIO (B)

Posicionar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem folgas;
Orientar o usuário a não falar durante o procedimento;
Aferir em um primeiro contato a PA nos dois braços, com intervalo de 1 a 2 min cada, e utilizar o braço de maior valor no seguimento. Atentar para presença de esvaziamento axilar unilateral, em que deve-se realizar o procedimento no braço contralateral pelo risco de linfedema;
Na suspeita ou confirmação de HA secundária à coarctação da aorta ou na presença de mastectomia com esvaziamento axilar direito e esquerdo, realizar a medida nos MIs. O usuário deve estar na posição deitada, com o manguito colocado na região da panturrilha cobrindo pelo menos 2/3 da distância entre o joelho e o tornozelo;
Na suspeita de hipotensão ortostática - idosos, diabéticos, com neuropatia autonômica e naqueles em uso de medicação anti-hipertensiva - medir a PA também com o usuário em pé, após 3 minutos da medida de braço.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

Independente do método, imprecisões na aferição da PA podem levar a sobrediagnósticos, classificação incorreta do estágio da HA e uma consequente prescrição médica ou manutenção inadequada de medicamentos anti-hipertensivos (MALACHIAS et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018). Logo, a prática do monitoramento da PA no domicílio ou na Unidade de Saúde deve ser estimulada sendo parte integrante do plano de cuidados do usuário, considerando sua capacidade de autocuidado e de acordo com protocolos específicos por períodos determinados (CAPUCCIO et al., 2004; NOBRE et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; BASILE; BLOCH, 2019). As indicações conforme método de escolha encontram-se no quadro a seguir.

QUADRO 42 - INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DA PA CONFORME MÉTODO DE ESCOLHA

MÉTODO	INDICAÇÕES	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>AMPA - Auto medida da PA Medidas ocasionais da PA, sem protocolo pré-estabelecido, por decisão do usuário ou do profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auto manejo em situações de queixas sugestivas de alterações agudas da PA; • Não deve ser o método de escolha para monitoramento das metas de controle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar e revisar a técnica adequada junto ao usuário /cuidador, sistematicamente; • Orientar parâmetros anormais e condutas relacionadas; • Reforçar MRPA como método de escolha para monitoramento das metas pressóricas.
<p>MRPA - Monitoramento Residencial da PA Realizada no domicílio pelo usuário, durante 5 a 7 dias. A conclusão se dará a partir da média total das 24 medidas, sendo aceito a partir de 14 registros, excluindo-se as medidas das primeiras 24h de controle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método recomendado para monitoramento das metas pressóricas; • Avaliação da resposta ao ajuste de doses de anti-hipertensivos e a MEV; • Suspeita de dificuldades de controle e/ou oscilações pressóricas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar MRPA sempre na semana anterior à consulta programada; - Pode-se associar ao monitoramento na Unidade de Saúde ou AMPA com 1 medida semanal por 14 dias; • Treinar e revisar a técnica adequada junto ao usuário /cuidador, sistematicamente; • Orientar parâmetros anormais e condutas relacionadas.
<p>Medida de consultório/ Unidade de Saúde Consiste na aferição da PA pelos profissionais de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas de rotina; • Avaliar resposta ao ajuste de doses de anti-hipertensivos, a MEV; • Suspeita de dificuldades de controle e/ou oscilações pressóricas; • Na indisponibilidade do MRPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar monitoramento semanal por 14 a 30 dias, conforme objetivo e data de retorno em consulta; • Orientar que, uma vez estabilizada, a PA deverá ser verificada, pelo menos a cada 6 a 12 meses. Nesse caso, podendo ser aferida apenas nas consultas de rotina e na presença de queixas/alterações agudas; • Educação permanente da equipe de Enfermagem para técnica adequada da aferição da PA e parâmetros atualizados de alteração;

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 43 - PRINCIPAIS EXAMES DE ROTINA PARA ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM HIPERTENSÃO

EXAME	INDICAÇÕES/CONTRAINDICAÇÕES	PERIODICIDADE
GLICEMIA DE JEJUM	- Identificar fatores de risco adicionais de prédiabetes e DM2. Para mais informações, consulte o rastreamento do DM.	Anual
PERFIL LIPÍDICO Colesterol total, HDL. Triglicerídeos	- Rastreamento e acompanhamento de dislipidemias e Síndrome Metabólica. Para mais informações, consultar item “Manejo das alterações lipídicas”.	Anual OU Aos 3 e 6 meses após início de hipolipemiante ou manutenção de doses. Após correção, anual
POTÁSSIO (K+)	- Monitorar função renal e equilíbrio ácido básico; - Níveis elevados de K+ podem estar relacionados a IAM e Insuficiência renal; - Monitoramento pelo risco de hipopotassemia ser evento adverso do uso de diuréticos e/ou Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA).	Anual
ÁCIDO ÚRICO	- Indicado apenas para monitoramento do risco de hiperuricemia por uso de diuréticos e/ou IECA.	Anual
CREATININA SÉRICA	- Rastreamento da DRC. - Utilizada para calcular a TFG (CKD-EPI). Para conduta e seguimento, consultar item “Rastreamento da Doença Renal Crônica”; - Taxas podem estar elevadas no mau controle ou no diagnóstico inicial da HA.	Anual Repetir em 3 meses se TFG alterada
EXAME SUMÁRIO DE URINA	- Rastreamento de proteinúria ou hematúria; - Glicosúria pode indicar DM2 não diagnosticada ou mau controle glicêmico em usuários com DM.	Anual
ALBUMINA EM AMOSTRA ISOLADA DE URINA	- Indicado apenas se proteinúria no exame sumário de urina, na suspeita ou confirmação de síndrome metabólica e/ou se DM associado; - Para conduta e seguimento, consultar item “Rastreamento da Doença Renal Crônica”.	Anual Repetir em 3 meses se alteração.
ECG DE REPOUSO	- Rastreamento de Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE) e demais alterações cardíacas.	Anual

Legenda: IECA – Inibidores da Enzima conversora de angiotensina; TFG – Taxa de filtração glomerular; HA – Hipertensão arterial; SM – Síndrome Metabólica; DRC – Doença renal crônica; DM2 – Diabetes mellitus tipo 2; HVE – Hipertrofia de ventrículo esquerdo.

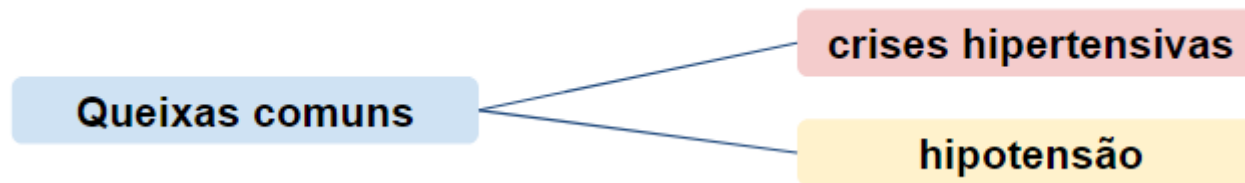
Anotações: *Além dos exames citados, atentar para a necessidade de avaliação oftalmológica em que o usuário deverá ser encaminhado à consulta médica para direcionamento ao especialista ou para triagem por telemedicina, se disponível. Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

A investigação laboratorial básica e de exames complementares no acompanhamento do usuário vivendo com HA terá por objetivo detectar lesões subclínicas ou clínicas em órgãos-alvo, fornecer subsídios para melhor estratificação de risco cardiovascular, identificar FRCV e investigar doenças associadas (MALACHIAS et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018). Além disso, os exames fornecem informações úteis sobre a resposta ao tratamento, que podem não ser evidenciados apenas através da história e exame físico, isoladamente (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Cabe ressaltar que a solicitação destes exames delimitam-se às indicações do presente protocolo de Enfermagem, e que, alterações em seus resultados deverão ser avaliadas e, quando recomendado, discutidas e compartilhadas em consulta médica ou via interconsulta. Em caso de exames recentes e sem novos eventos clínicos no período, considerar os últimos resultados disponíveis.

5.5. QUEIXAS MAIS COMUNS EM HIPERTENSÃO

As queixas mais comuns em HA consistem nas crises hipertensivas ou em episódios de hipotensão. A prevenção, o reconhecimento e o manejo adequado desses eventos em tempo oportuno é fundamental para melhores desfechos em saúde e redução da morbimortalidade (BRASIL, 2014).



5.5.1. MANEJO DAS CRISES HIPERTENSIVAS

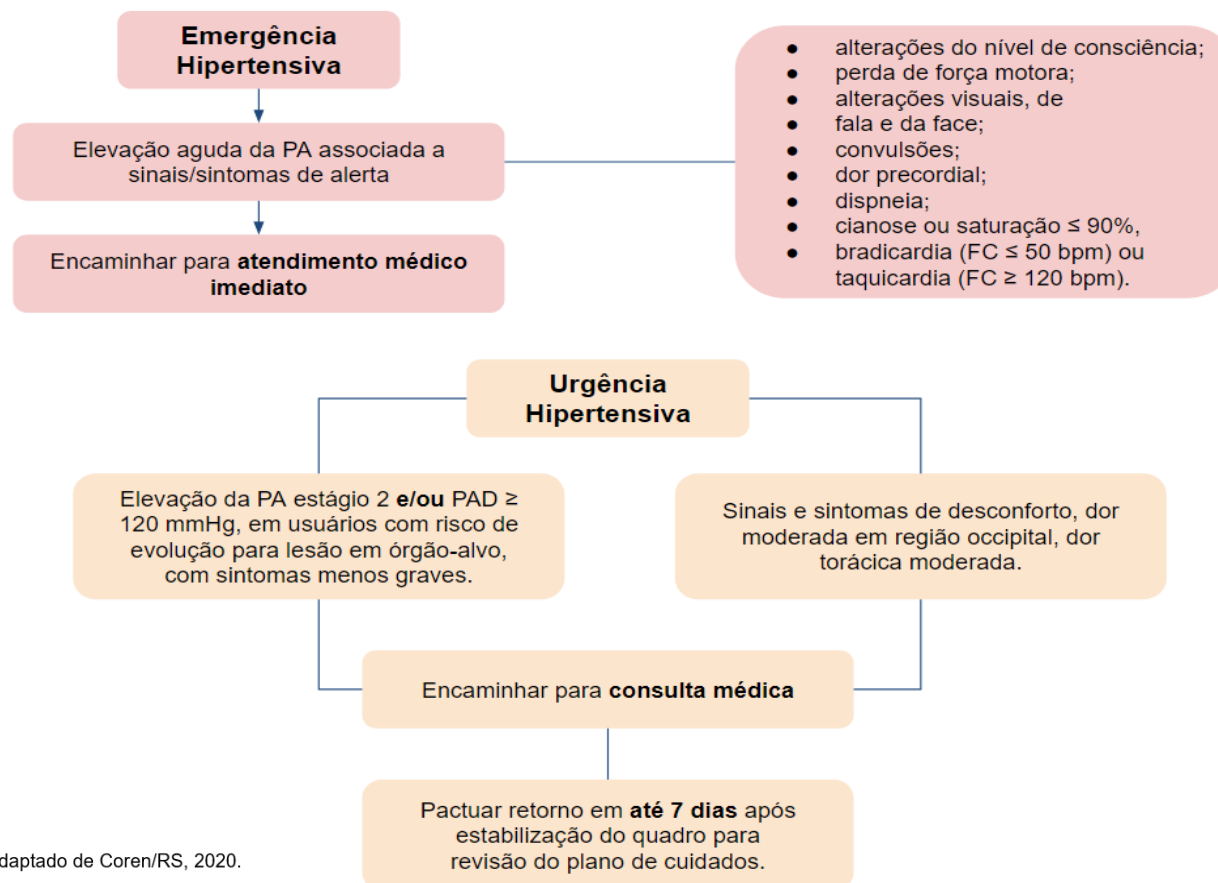
O aumento dos níveis pressóricos como evento agudo é uma das demandas mais comuns no atendimento à demanda espontânea no dia a dia das equipes e merece especial atenção, uma vez que está relacionado a piores desfechos cardiovasculares. Sua ocorrência representa oportunamente a necessidade de reavaliar o acompanhamento ou de inserir o usuário em um projeto terapêutico mais efetivo (BRASIL, 2013c; MALACHIAS et al., 2016).

QUADRO 44 - MANEJO DAS CRISES HIPERTENSIVAS

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I®	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de pressão arterial instável • Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída • Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz • Dor aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusão aguda / Risco • Ventilação espontânea prejudicada • Intolerância à atividade / Risco de
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão Arterial Alterada • Risco de Função Cardíaca, Prejudicada • Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada 	
CIAP2		

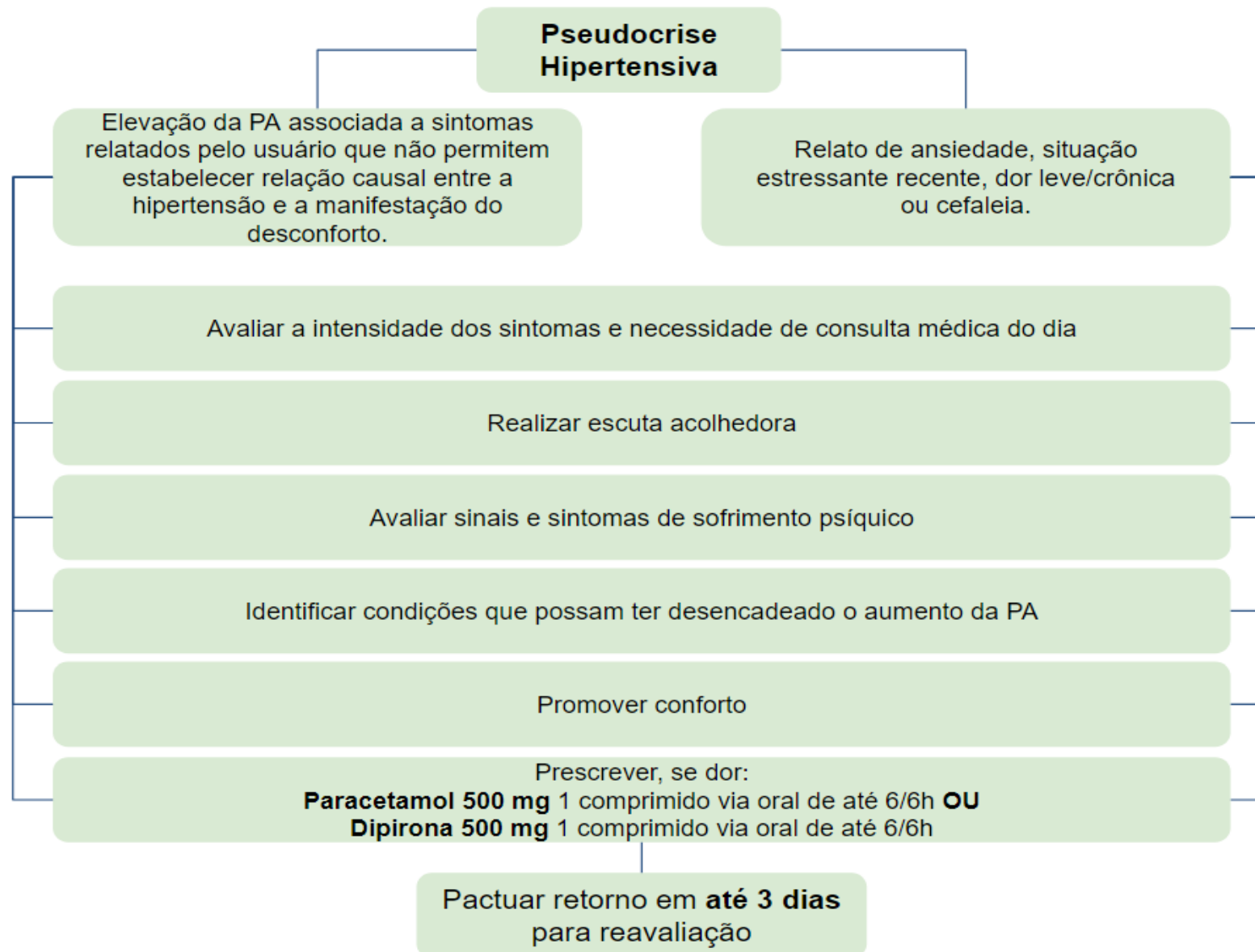
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

FLUXOGRAMA 7 - MANEJO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA



Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

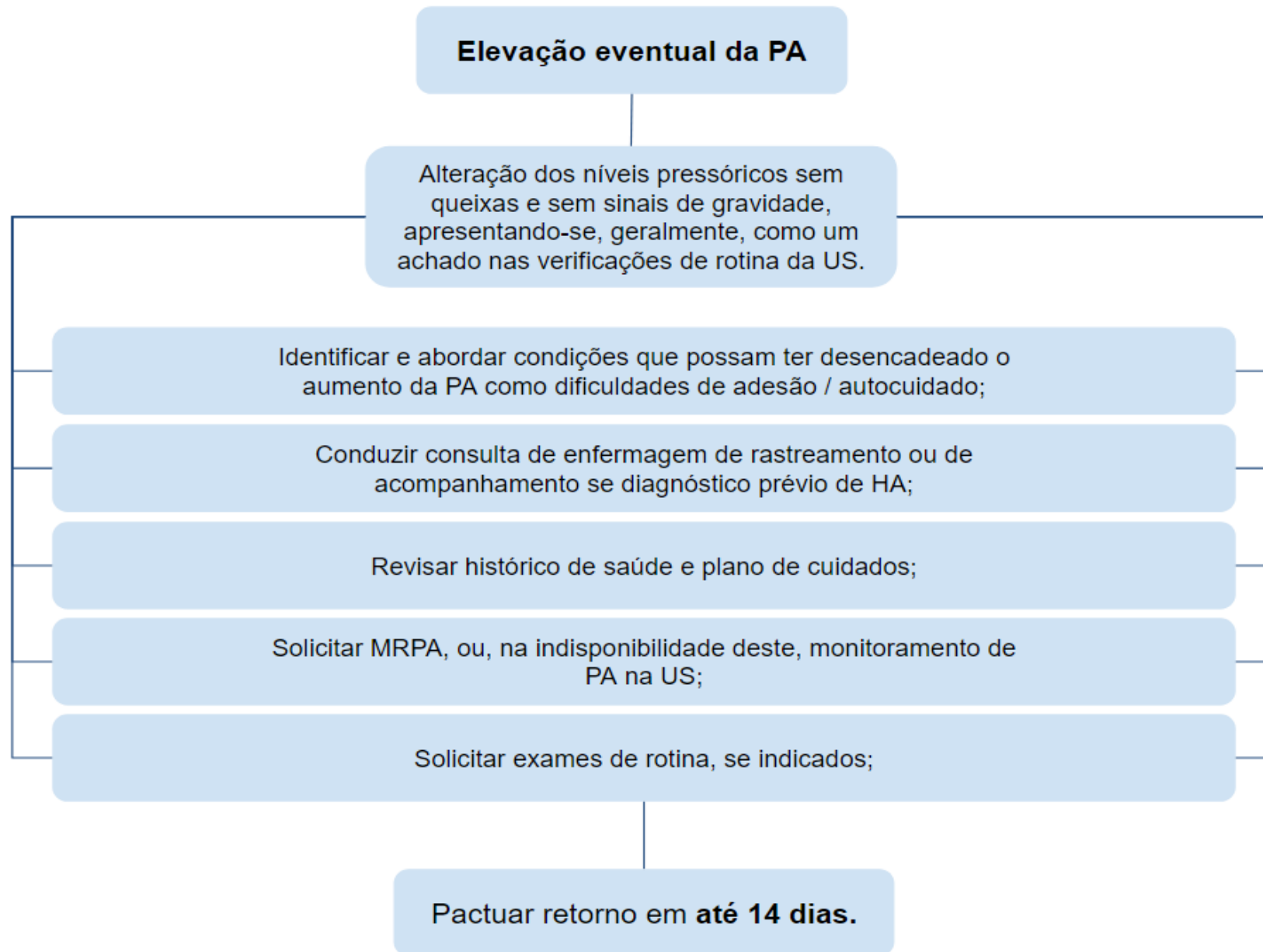
FLUXOGRAMA 8 – MANEJO DE PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA



OBS:

Atentar para a contraindicação relativa do uso de Ibuprofeno pela sua influência na elevação da pressão arterial;
Realizar rastreamento da HA se não houver diagnóstico médico prévio da doença.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

FLUXOGRAMA 9 – MANEJO DE ELEVAÇÃO EVENTUAL DA PA

5.6. MANEJO DA HIPOTENSÃO

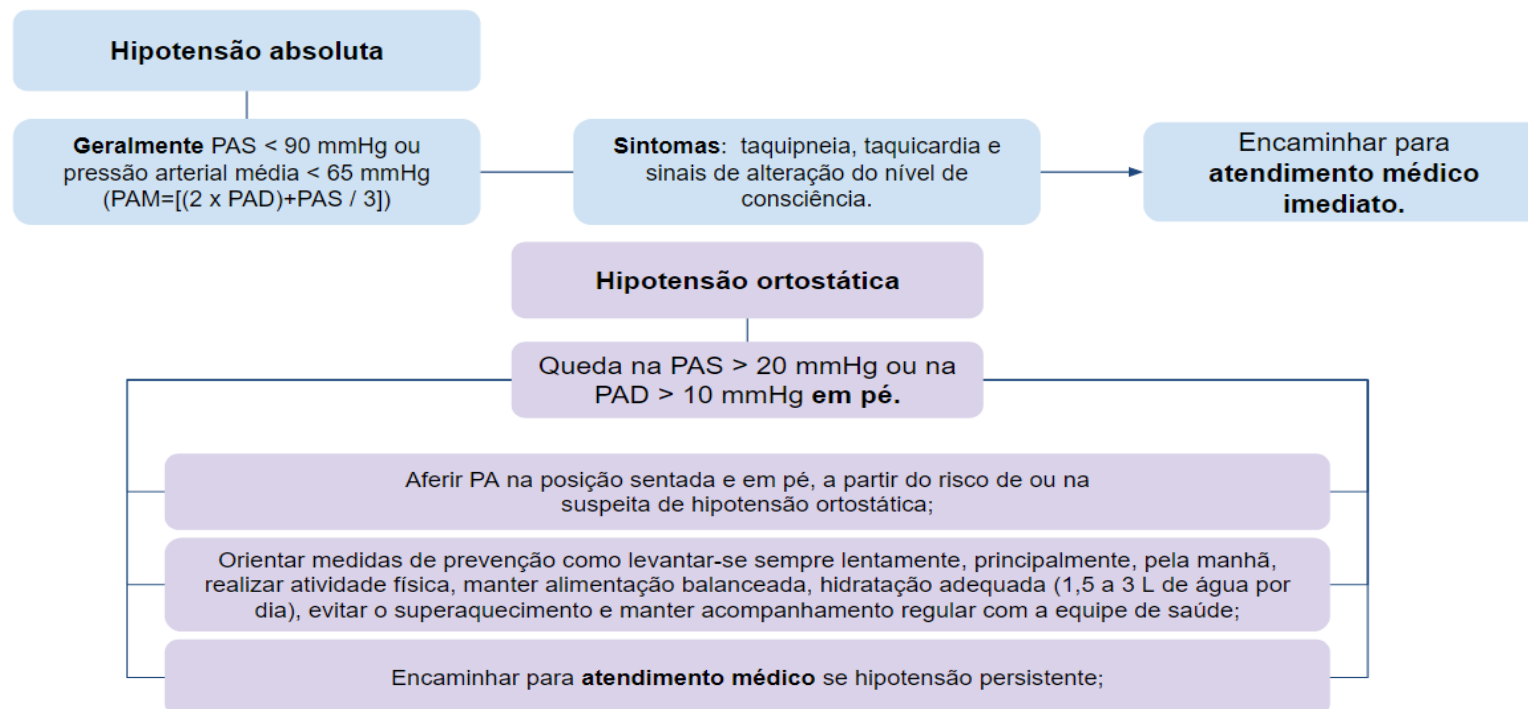
A hipotensão constitui um quadro que pode ser relatado em consultas de rotina, mas, dificilmente apresenta-se como situação de urgência, sendo um evento de caráter, em geral, transitório. Sua ocorrência está relacionada, na maioria das vezes, ao uso exacerbado de determinados anti-hipertensivos, à neuropatia diabética, à doença vascular periférica, à síncope vasovagal ou à hipotensão postural na população idosa, com risco associado de quedas (CAPUCCIO et al., 2004; KAUFMANN, 2018).

QUADRO 45 - MANEJO DA HIPOTENSÃO

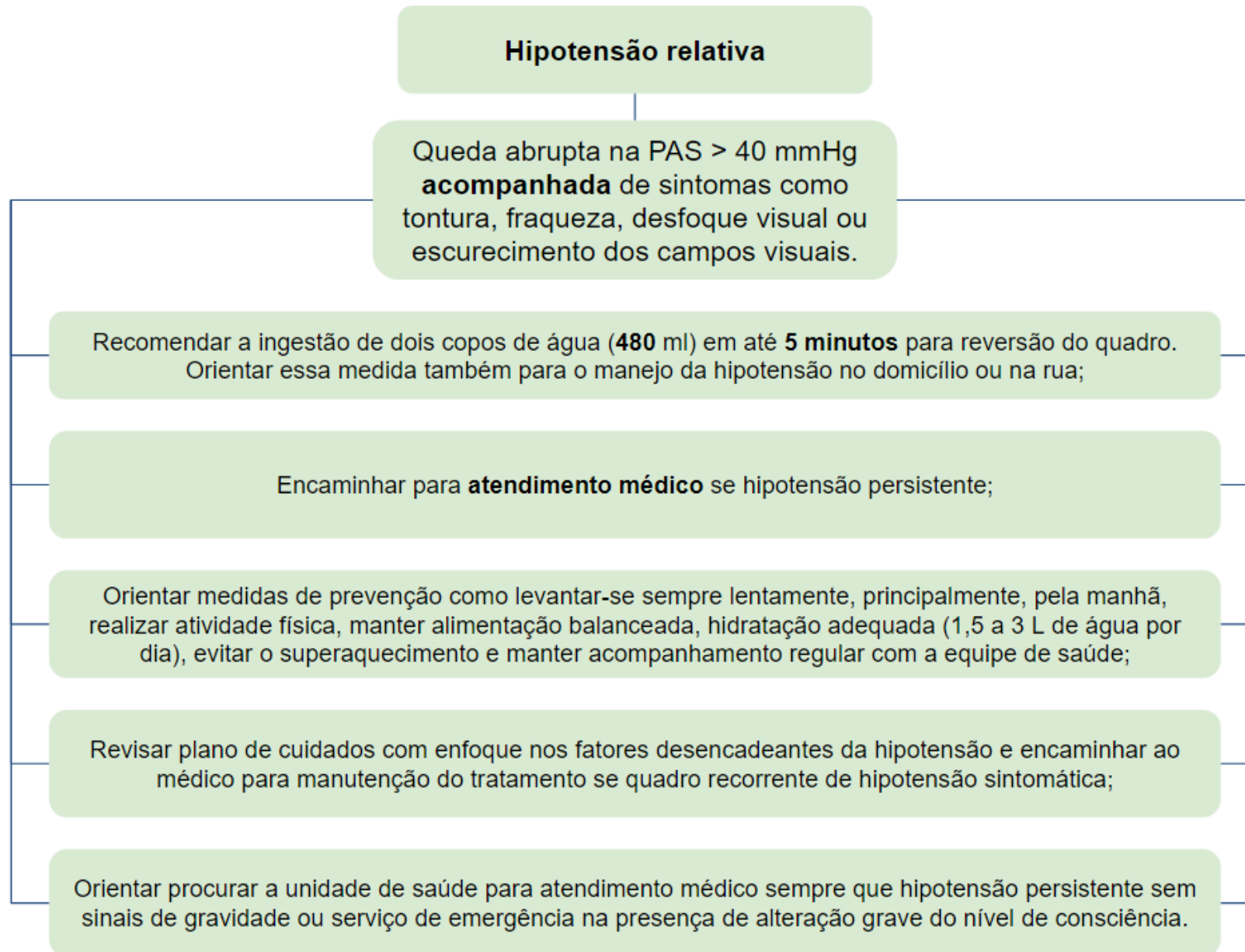
TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I®	Risco de pressão arterial instável Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz Risco de choque	Confusão aguda / Risco de Intolerância à atividade / Risco de Queda
CIPE	Hipotensão Risco de Efeito Colateral da Medicação	Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada Risco de Lesão por Queda
CIAP2	K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	K88 Hipotensão postural

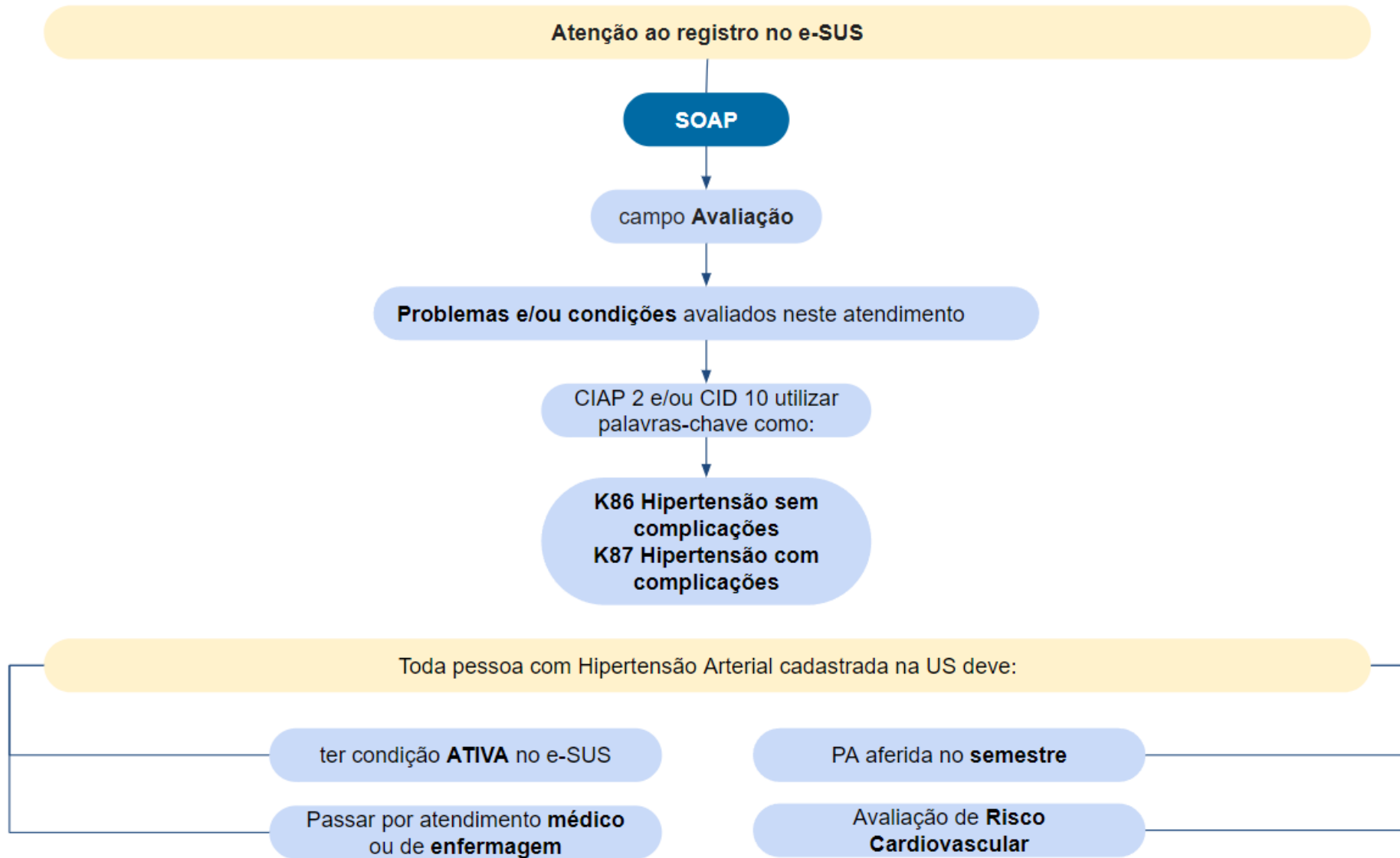
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

FLUXOGRAMA 10 - MANEJO DA HIPOTENSÃO ABSOLUTA E ORTOSTÁTICA



FLUXOGRAMA 11 - MANEJO DA HIPOTENSÃO RELATIVA



FLUXOGRAMA 12 – REGISTRO NO PEC E-SUS DA PESSOA COM HA

6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS

Conceito

O diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina e/ou na sua ação, de etiologia complexa e multifatorial, que envolve componentes genéticos, imunológicos e ambientais de origem ainda não completamente esclarecida

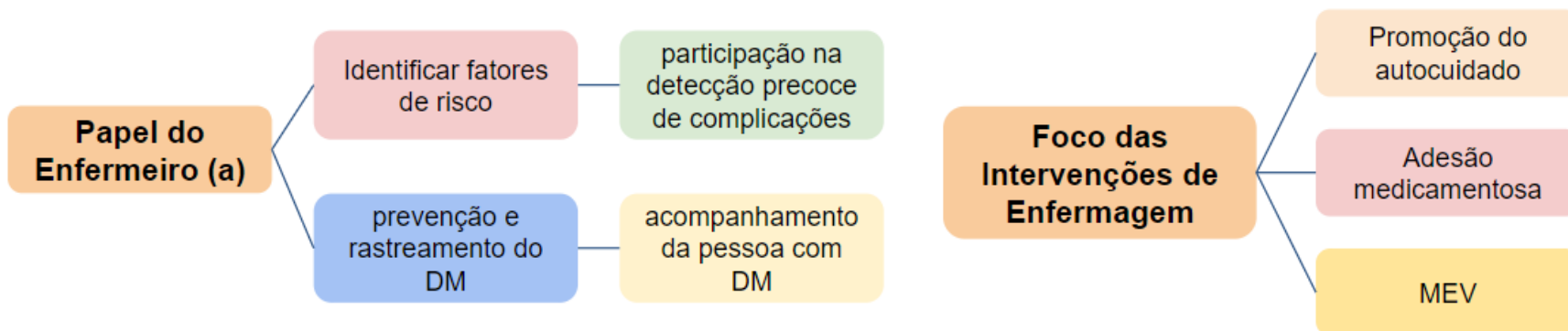
Subdivisão

DM tipo 1

DM tipo 2*

DM Gestacional

Os **sinais e sintomas** característicos da suspeita de DM são poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Sintomas mais inespecíficos como prurido vulvar ou cutâneo, visão turva e fadiga também podem estar presentes. Esses sinais são mais agudos no DM1, podendo evoluir para cetose, desidratação e acidose metabólica. Embora estes sinais e sintomas possam ocorrer no DM2, seu início é normalmente insidioso, levando frequentemente ao diagnóstico tardio a partir da apresentação de uma complicação (BRASIL, 2013b).



*Este protocolo abordará com maior ênfase o DM2 por configurar 90 a 95% dos casos de DM e estar associado a maior carga de doenças cardiovasculares no Brasil (GBD, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

QUADRO 46 – FATORES DE RISCO

Modificáveis	Não Modificáveis
<ul style="list-style-type: none"> →Obesidade-Sobrepeso - IMC >25; →Obesidade central - circunferência abdominal →Dislipidemia - HDL baixo e triglicérides elevados →Hipertensão Arterial →Doença cardiovascular, cerebrovascular ou DVP →Diabetes gestacional prévio (teste de rastreio 6 a 12 semanas após o parto), macrossomia e abortos de repetição 	<ul style="list-style-type: none"> →Idade superior a 45 anos →Antecedente familiar de diabetes (mãe ou pai) →Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

6.1. RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS

As indicações e condutas específicas para o rastreamento baseiam-se na idade e no tipo de diabetes em investigação. Independente do tipo de DM, a consulta de Enfermagem deve nortear-se pelo roteiro a seguir (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; PRÉCOMA et al., 2019):

- Realizar anamnese da história familiar e pessoal, com enfoque na identificação dos fatores de risco para DM, FRCV, necessidades em saúde e hábitos de vida do usuário;
- Identificar sinais e sintomas de gravidade como náuseas, vômitos, dor abdominal, alterações do nível de consciência que podem evoluir ao coma e morte. Na presença destes, encaminhar para consulta médica imediata;
- Exame físico: Glicemia capilar conforme indicações deste protocolo; aferir PA, frequência cardíaca e respiratória; peso e altura para cálculo do IMC e medida da circunferência abdominal;
- Cálculo de risco cardiovascular a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames;
- Promoção do autocuidado e de MEV;
- Solicitar exames de rastreamento conforme indicações deste protocolo;
- Pactuar retorno com resultados para gerenciamento do rastreamento (screening).

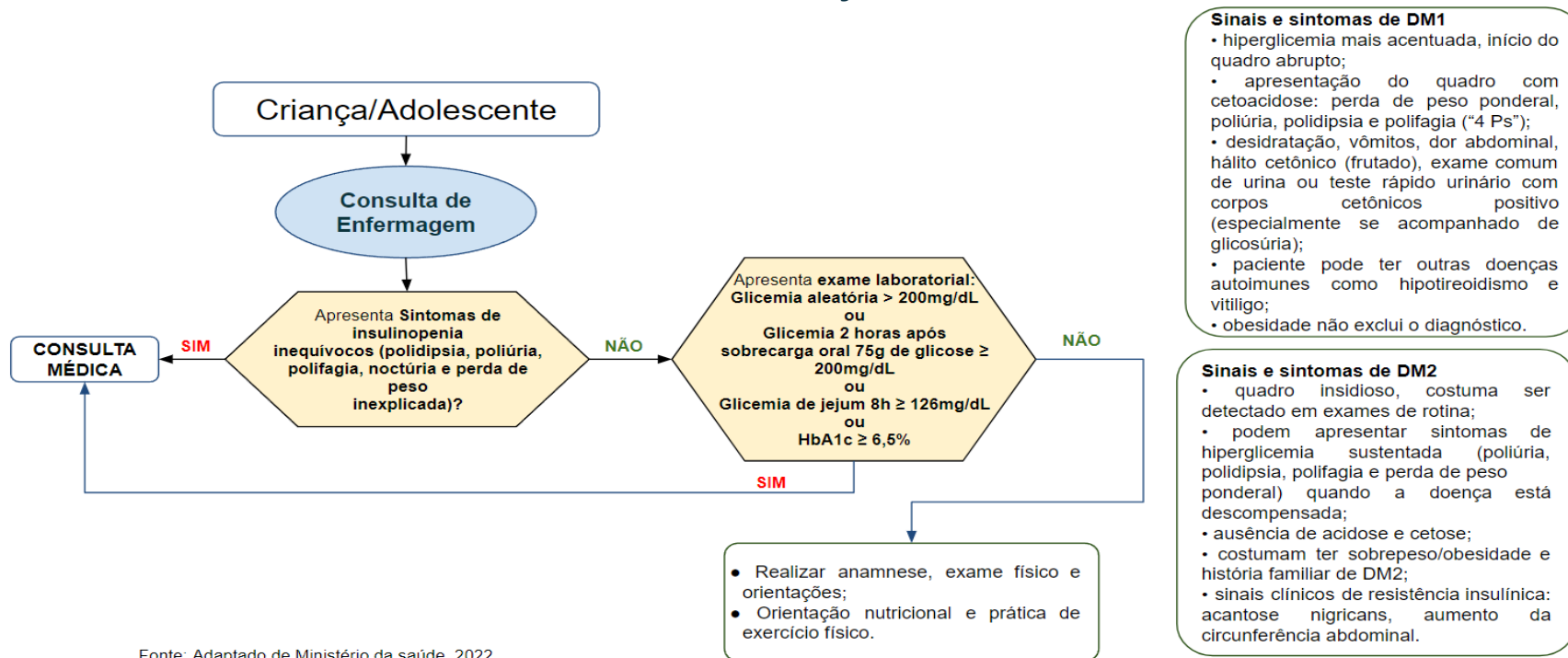
6.1.1. DIABETES MELLITUS TIPO 1 – DM1

O DM1 é uma das doenças crônicas mais comuns na infância, caracterizada pela destruição autoimune das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Geralmente, as crianças e adolescentes apresentam na ocasião da investigação os sinais e sintomas clássicos de hiperglicemia acentuada - poliúria, polidipsia, polifagia, noctúria e perda de peso inexplicada - e cetoacidose diabética (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; LEVITSKY; MISRA, 2020).

O rastreamento é demonstrado pela hiperglicemia a partir de glicemia ao acaso > 200 mg/dL e na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia descritos acima. A confirmação diagnóstica se dará a partir dos mesmos parâmetros de DM2 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em caso de confirmação da alteração glicêmica, esse usuário deve ser encaminhado para consulta médica com brevidade. A maioria dos casos será manejada prioritariamente por uma equipe da AAE e compartilhado o cuidado com a equipe de APS (TELESSAÚDERS, 2018a).

FLUXOGRAMA 13 - RASTREAMENTO DE DM1 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Fonte: Adaptado de Ministério da saúde, 2022

IMPORTANTE

As crianças com diagnóstico confirmado de DM1 devem iniciar insulinoaterapia enquanto aguardam o serviço especializado. Realizar interconsulta ou agendar consulta médica com brevidade para avaliação.

6.1.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2 – DM2 EM ADULTOS

O DM2 tem início geralmente insidioso e caracteriza-se pela perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina, estando diretamente relacionado aos hábitos de vida. Em torno de 80 a 90% dos casos de DM2 associam-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica. Indivíduos com DM2, diferentemente do DM1, podem apresentar níveis de insulina normais ou elevados na tentativa de regular os estados de hiperglicemia, porém, com o passar do tempo a secreção de insulina torna-se insuficiente para compensar a resistência dos tecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em decorrência dessas características, o rastreamento tem grande importância para a saúde pública em termos de diagnóstico precoce do DM e da condição de pré-diabetes em indivíduos assintomáticos. Deve ser realizado em todos os usuários com tuberculose, hanseníase, idade igual ou superior a 45 anos ou em qualquer idade a partir dos 18 anos excesso de peso e um ou mais dos seguintes fatores de risco (O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; ROBERTSON, 2020):

QUADRO 47 - FATORES DE RISCO PARA DM2 EM ADULTOS

→ Ascendência não branca	→ Sobrepeso / obesidade
→ História familiar de DM (familiar de primeiro grau)	→ Sedentarismo
→ Avançar da idade	→ Síndrome de ovários policísticos
→ Diagnóstico prévio de pré-diabetes ou DMG	→ Acantose nigricans
→ Hipertensão Arterial; Doença cardiovascular	→ Uso de corticoides, antirretrovirais, diuréticos tiazídicos ou antipsicóticos
→ HDL-c < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL	

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

O diagnóstico baseia-se na avaliação laboratorial de hiperglicemia, a partir da solicitação de exame glicemia de jejum (GJ), hemoglobina glicada (HbA1c) e/ou Teste oral de tolerância à glicose 75 g (TOTG), cujos parâmetros e condutas relacionadas são descritos no quadro 26 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

QUADRO 48 - CRITÉRIOS LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO DE NORMOGLICEMIA, PRÉ-DIABETES E DM

	Glicemia em Jjejum (mg/dl)	Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dl)	Glicemia ao acaso	HbA1c (%)
Normoglicemia	<100	<140	-	<5,7
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM*	≥ 100 e <126	≥ 140 e <200	-	≥ 5,7 e < 6,5
Diabetes estabelecido**	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas clássicos de hiperglicemia	≥ 6,5

*Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.

**Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes. Se a segunda medida apresentar níveis abaixo do limiar diagnóstico, repetir a coleta em 3 a 6 meses. Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

QUADRO 49 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM ADULTOS

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Risco de glicemia instável Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico
CIPE	Crise de saúde aguda Hiperglicemia
CIAP2	T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros T87 Hipoglicemia T99 Outras doenças endocrinológica/metabólica/nutricionais

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

QUADRO 50 - RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM ADULTOS

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Normoglicemia	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para DM e FRCV; - Estratificar risco cardiovascular; - Orientar o usuário quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento do DM e suas complicações; - Promover o autocuidado e MEV; - Realizar reforço positivo frente a hábitos e resultados desejáveis em saúde; - Gerenciar rastreamento a cada 3 anos ou menos conforme risco cardiovascular.
Pré-Diabetes ou risco aumentado para DM	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para DM e FRCV; - Estratificar risco cardiovascular; - Orientar o usuário quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento do DM e suas complicações; - Realizar promoção da saúde e de MEV; - Gerenciar rastreamento anual; - Encaminhar ao médico se até em 1 ano as MEV não forem bem-sucedidas.
Diabetes Mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para consulta médica para confirmação diagnóstica; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

6.1.3. DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Na última década, a incidência e prevalência de DM2 em crianças e adolescentes tem aumentado drasticamente. Apesar de serem comumente assintomáticos ou oligossintomáticos por longos períodos, a solicitação de exames de rotina para diagnóstico não é recomendada, exceto na presença de excesso de peso / obesidade associado a um ou mais dos seguintes fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; LAFFEL; SVOREN, 2020):

QUADRO 51 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:

<ul style="list-style-type: none"> → Sexo feminino → Excesso de peso ou obesidade → História materna de DMG → História familiar de DM2 em familiares de 1° e 2° grau; → Ascendência não branca 	<ul style="list-style-type: none"> → Sinais de resistência à insulina ou condições associadas à resistência à insulina: acantose nigricans, hipertensão, dislipidemia, síndrome de ovários policísticos ou recém-nascido pequeno para a idade gestacional
---	--

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

Nestes casos, a GJ deve ser o teste de escolha para o rastreamento e os parâmetros de interpretação serão os mesmos preconizados para adultos (quadro 26) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; LAFFEL; SVOREN, 2020). Embora o cuidado a partir do diagnóstico seja idealmente gerenciado pela AAE, as equipes de APS possuem papel fundamental na prevenção da obesidade infantil, no diagnóstico precoce do DM e na coordenação do cuidado daqueles em tratamento (TELESSAÚDERS, 2018b; LAFFEL; SVOREN, 2020)

QUADRO 52 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Risco de glicemia instável Obesidade Sobrepeso / Risco de Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico	Controle ineficaz da saúde Comportamento de saúde propenso a risco Controle da saúde familiar ineficaz
CIPE	Hiperglicemia Obesidade Sobrepeso	Papel Parenteral (Eficaz/ Ineficaz) Risco de Condição Psicossocial, Prejudicada Sono (Adequado/ Inadequado)
CIAP2	T29 Sinais/sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros T87 Hipoglicemia T99 Outras doenças endocrinológica/metabólica/nutricionais	

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

QUADRO 53 - MANEJO DO DM2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Normoglicemia GJ < 100 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> - Promover hábitos de vida saudáveis; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes
Pré-Diabetes GJ ≥ 100 < 126 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar à consulta médica para diagnóstico; - Pactuar seguimento com enfermeiro; - Promover hábitos de vida saudáveis; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes - Após confirmada a condição, gerenciar rastreamento a partir de solicitação de nova GJ em 1 ano.
Diabetes Mellitus tipo 2 GJ ≥ 126 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar à consulta médica para diagnóstico; - Pactuar seguimento com enfermeiro; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes; - Oferecer suporte e apoio psicológico a longo prazo diante do diagnóstico de DM e impactos na qualidade de vida da criança/adolescente e família; - Atentar para mudanças comportamentais, sinais de dificuldades de adesão ao tratamento do DM, principalmente, em adolescentes; - Atentar para sinais de isolamento social, baixa autoestima, depressão e dificuldade de aceitação por seus pares.

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

6.1.4. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL - DMG

Diabetes Mellitus Gestacional é definido como qualquer grau de intolerância à glicose que foi reconhecido durante a gravidez, de caráter transitório ou permanente no período pós-parto e que não preenche critérios de DM fora da gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 54 - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DM NA GESTAÇÃO:

<ul style="list-style-type: none"> → Idade materna avançada → baixa estatura (menos de 1,5m) → Síndrome de ovários policísticos → História familiar de DM em familiares de 1º grau; → Diagnóstico prévio de Pré-diabetes → Hipertensão ou pré-eclâmpsia 	<ul style="list-style-type: none"> → Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gravidez atual; → Crescimento fetal excessivo; → Polidrâmnio → Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou DMG
---	---

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

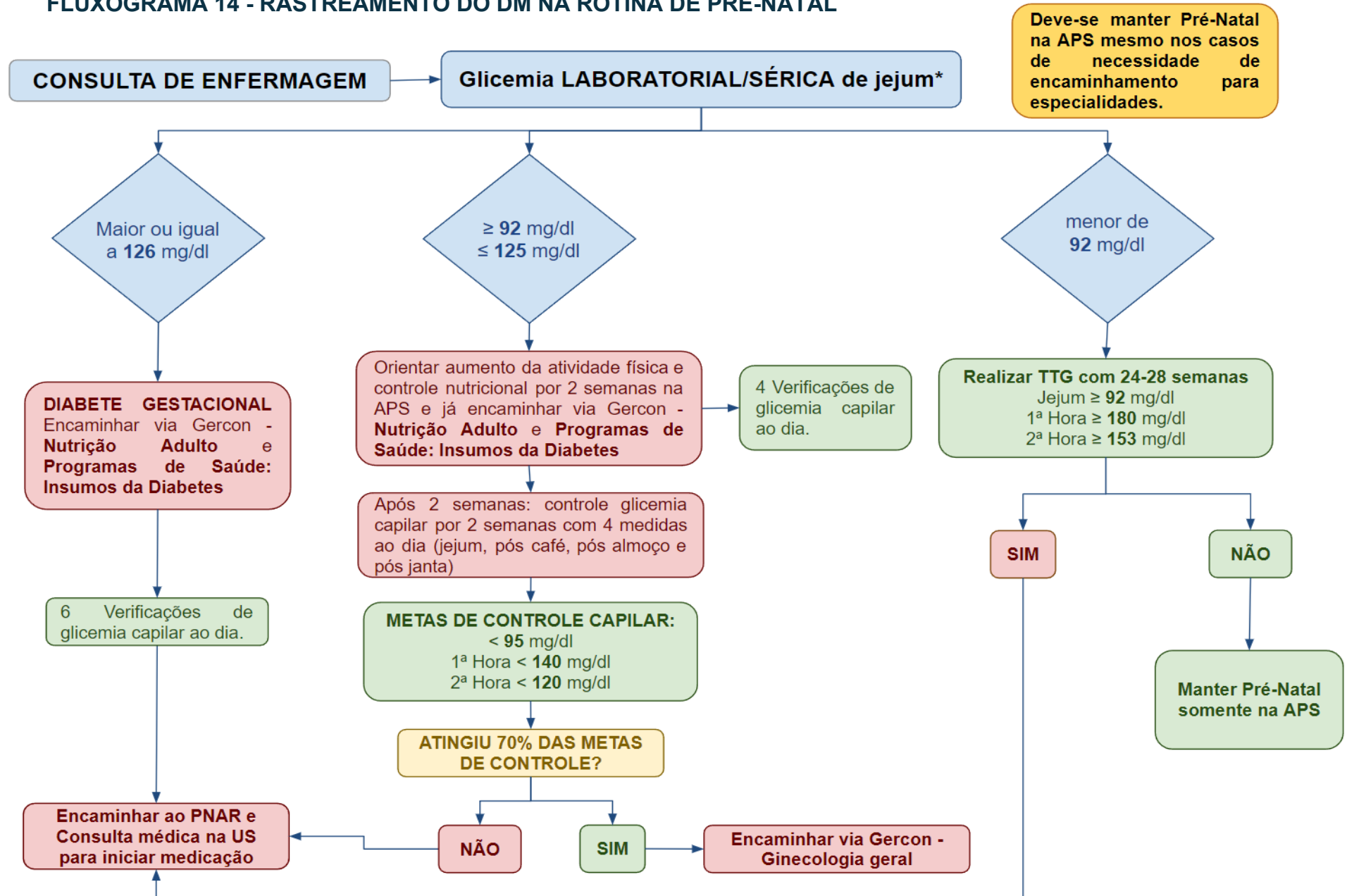
O DMG e o mau controle durante a gestação traz importantes riscos para a mãe, feto e neonato. Além disso, o diagnóstico constitui aumento no risco de obesidade e DM2 nos filhos, ao longo da vida. Intervenções intensivas no estilo de vida, com predomínio de hábitos alimentares saudáveis e controle de peso, devem ser encorajadas durante e após a gestação. Esses cuidados são especialmente importantes em mulheres com história de DMG, uma vez que podem reduzir em até 50% a incidência de DM2 no futuro, bem como retardar a progressão da doença quando já diagnosticada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). O DM diagnosticado a partir do rastreamento em consultas de pré-natal pode classificar-se em Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) ou DM diagnosticado durante a gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Você já Sabe, mas não custa Lembrar:

Em caso de dúvida sobre os exames durante o Pré-Natal, **consulte o Protocolo na BVAPS/POA**

Em caso de dúvidas com relação ao atendimento de adolescentes consulte o **Protocolo de Enfermagem de Saúde da Criança e do adolescente na página da BVAPS/POA.**

FLUXOGRAMA 14 - RASTREAMENTO DO DM NA ROTINA DE PRÉ-NATAL



Fonte: Elaboração própria

QUADRO 55 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO DMG E DM DIAGNOSTICADO DURANTE A GRAVIDEZ

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> • Controle ineficaz da saúde • Comportamento de saúde propenso a risco • Risco de glicemia instável • Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico • Risco de desequilíbrio eletrolítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Volume de líquido excessivo • Risco de volume de líquidos desequilibrado • Risco de infecção • Risco de binômio mãe-feto perturbado
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação da condição de saúde • Complicação durante a gestação • Hiperglicemia • Risco de complicação durante a gestação 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de complicação durante o processo parturitivo • Risco de complicações relacionadas com o parto • Resposta a terapia Eficaz / Ineficaz
CIAP2	W85 Diabetes Gestacional	

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

QUADRO 56 -MANEJO DO DMG E DM DIAGNOSTICADO DURANTE A GRAVIDEZ

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Diabetes Mellitus Gestacional Glicemia de jejum com IG < 20 semanas: ≥ 92 e ≤ 125 mg/dL; ou</p> <p>TOTG 75 g a partir de IG entre 24 a 28 semanas: Jejum ≥ 92 e ≤ 125 mg/dL 1h após ≥ 180 mg/dL 2h após ≥ 153 < 200 mg/dL.</p>	<p>Realizar escuta qualificada considerando os sentimentos e impactos decorrentes desse diagnóstico para a mulher e na vivência da gestação; Iniciar plano de cuidados; Promover autocuidado e MEV, com enfoque na alimentação saudável e atividade física com segurança e de acordo a idade gestacional; Identificar rede de apoio e fatores de risco à adesão ao tratamento; Solicitar monitoramento glicêmico no domicílio ou na Unidade de Saúde, conforme Fluxograma 14), conforme disponibilidade, via glicemia capilar em jejum além de 1h e 2h após as principais refeições OU, minimamente, em jejum e 1h após o café, almoço e janta; Monitorar metas glicêmicas a cada 14 dias; Programar seguimento a partir de consultas intercaladas com o médico conforme rotina de pré-natal de risco habitual; Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO a qualquer momento se não atingir o controle glicêmico e/ou houver diagnóstico associado de Hipertensão Arterial.</p>
<p>Diagnóstico de Diabetes Mellitus na gestação ou prévio à gestação: DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional; OU Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL; OU TOTG 75 g 2h após ≥ 200 mg/dL. OU Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de DM</p>	<p>Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; Solicitar insumos da Diabetes e Encaminhar Nutrição adulto (Fluxograma 14) Realizar escuta qualificada acolhendo os sentimentos e o impacto decorrentes desse diagnóstico na vida dessa mulher e na vivência da gestação; Contribuir ao plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV; Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE.</p>

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

A maioria das puérperas apresentará normalização das glicemias nos primeiros dias após o parto, especialmente, naquelas em aleitamento materno, pois está associado à prevenção do DM2 em mulheres com histórico de DMG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A incidência de diabetes entre mulheres com história prévia de DMG varia de 3 a 65%, devendo ser reclassificada 6 semanas após o parto a partir do exame TOTG 75 g, idealmente, ou glicemia de jejum. Os parâmetros glicêmicos serão os mesmos estipulados para a população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A dosagem de HbA1c no pós-parto não está indicada porque esse exame não está validado para o diagnóstico de DM2 no puerpério. Se resultados normais, as mulheres deverão ser rastreadas anualmente ou no máximo a cada 3 anos por toda a vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

6.2. ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM DM2

A consulta de Enfermagem para o manejo do DM2 tem como foco a promoção do autocuidado e de MEV, a gestão da adesão ao tratamento, o empoderamento da pessoa e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2013b). Além disso, prevê a estratificação de risco cardiovascular, de risco para diabetes e o rastreamento e detecção precoce das complicações de maneira integrada, apoiando o usuário em todas as fases de tratamento e de evolução da doença (RIO GRANDE DO SUL, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

As principais complicações do DM são: retinopatia/ cegueira, nefropatia/ insuficiência renal, neuropatia periférica com risco de úlceras nos pés, pé diabético e amputações não traumáticas de membros inferiores. O DM2 representa ainda incidência aumentada de HA, DCV, DAP e doenças cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 57 - CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DM2

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – ANAMNESE

História atual: tempo de diagnóstico, FRCV; medicamentos em uso, reações adversas e demais aspectos relacionados à adesão; consumo de medicamentos ou drogas que possam alterar o metabolismo da glicose ou interferir no tratamento;
 História familiar de HA, DM, DRC, DCV e DAC / morte prematura e/ou súbita;
 Estilo de vida e rotina do usuário;
 Espiritualidade (anexo 31) e contexto socioeconômico, incluindo rede de apoio e demais aspectos envolvidos na capacidade de autocuidado;
 Necessidades em saúde atuais;
 Rastreamento de sintomas de depressão e ansiedade, na visita inicial, anualmente e sempre que houver mudanças significativas no tratamento ou curso da doença.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - EXAME FÍSICO

Estado geral;
 Avaliação neurológica em idosos com 65 anos ou mais na primeira consulta e, anualmente, conforme necessidade, com objetivo de busca precoce de distúrbios neurológicos e declínio cognitivo. Recomenda-se uso de instrumentos de avaliação cognitiva como o Mini-Exame do Estado Mental (disponível em <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>);
 Atentar para sinais e sintomas de sarcopenia, como perda progressiva de massa, força e função muscular, especialmente no idoso e em pessoas com câncer e/ou DRC;
 Inspeção e palpação dos locais de aplicação da insulina, se prescrita. Identificando locais de lipodistrofia;
 Ausculta cardíaca e respiratória;

Frequência cardíaca e respiratória;
 Aferir PA – na primeira consulta, deve-se aferir a pressão arterial com a pessoa sentada e de pé;
 Avaliação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. Atentar para retardamento ou redução de pulsos femorais como sinais sugestivos de DAP ou coarctação da aorta;
 Avaliação do estado nutricional: peso e altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal
 Exame dos pés.

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

QUADRO 58 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DM2

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Controle ineficaz da saúde Comportamento de saúde propenso a risco Ansiedade Risco de infecção	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de perfusão cerebral ineficaz Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de pressão arterial instável Manutenção ineficaz da saúde Risco de glicemia instável
CIPE	Adesão a / Não adesão a tratamento Ansiedade Audição prejudicada Cognição prejudicada Efeito colateral da medicação Hiperglicemia / Hipoglicemia	Humor deprimido Pressão Arterial, Alterada Polifármacos (ou Polifarmácia) Manutenção da saúde prejudicada Visão Prejudicada
CIAP2	T89 Diabetes insulino-dependente	T90 Diabetes não insulino-dependente

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Realizar anamnese e exame físico completos na primeira consulta e direcioná-los nas consultas subsequentes conforme necessidades em saúde e etapa do plano de cuidados; - Estratificar risco cardiovascular conforme indicações deste protocolo; - Solicitar exames de rotina conforme indicações deste protocolo, - Avaliar a habilidade e a capacidade para o autocuidado; - Avaliar adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do DM2; - Avaliar entendimento e orientar usuário e/ou cuidador acerca da patologia, sintomas, tratamento e automonitoramento conforme indicações deste protocolo; - Iniciar e/ou atualizar plano conjunto de cuidados, centrado na pessoa e em sua rede de apoio; - Promover MEV; | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar abordagem integrada dos FRCV; - Oferecer suporte para reabilitação e limitação das incapacidades produzidas por complicações da doença, quando já instaladas; - Monitorar metas de controle; - Monitorar peso e estado nutricional; - Realizar reforço positivo frente a resultados desejáveis em saúde; - Pactuar retornos com equipe multiprofissional de acordo com o plano de cuidados e estrato de risco do usuário; - Encaminhar para consulta médica na presença de anormalidades no exame físico, do rastreio positivo para depressão/ansiedade, da necessidade de manutenção do tratamento prescrito ou conforme demais indicações deste protocolo. - Apoiar processo de tomada de decisão - Apoiar autocuidado; |
|---|--|

Fonte: Adaptado de Coren, 2020.

6.2.1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS

A estratificação de risco para DM consiste em uma forma de abordagem desta condição crônica, que proporciona organização da demanda, melhoria do fluxo e do acesso dos usuários, como também otimização do tempo de atendimento e dos custos em saúde. Todo usuário com DM apresenta risco para complicações decorrentes da doença, sendo o risco maior quando não há controle metabólico e pressórico e, menor quando existe a capacidade para o autocuidado (FORTALEZA, 2016).

O processo de estratificação de risco é dinâmico e deve ser feito periodicamente, podendo em algumas situações, haver mudança no estrato de risco de um mesmo usuário (FORTALEZA, 2016). Salienta-se que usuários estratificados em todos os níveis de risco devem ser acompanhados pelas equipes da APS, independente de necessitarem de encaminhamento à atenção especializada (SES/RS, 2018d).

Para fins de organização da assistência aos usuários com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, este protocolo propõe a utilização da estratificação de risco abordada a seguir, além da ERG/SBC citada no capítulo 3. Salienta-se que apesar das duas estratificações sugeridas considerarem critérios diferentes e complementares, sendo a classificação a seguir com maior detalhamento aos usuários com DM, a periodicidade das consultas de acompanhamento por estrato de risco ocorre da mesma forma em ambas.

QUADRO 59 - ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA USUÁRIOS COM DM

RISCO	CRITÉRIOS Controle glicêmico; hemoglobina glicada (HbA1c); complicações e capacidade de autocuidado*	ACOMPANHAMENTO
BAIXO	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c < 7,5% e <u>todas as</u> situações abaixo: - Controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas); - Ausência de internações por complicações agudas** nos últimos 12 meses; - Ausência de complicações crônicas***; - Capacidade de autocuidado suficiente .	01 consulta ao ano
MÉDIO	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c < 7,5% e <u>todas as</u> situações a seguir: - Controle pressórico adequado; - Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - Ausência de complicações crônicas; - Capacidade de autocuidado insuficiente . OU Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c entre 7,5 a 9% e todas as situações previstas no risco médio com exceção da capacidade de autocuidado que deve ser suficiente .	02 consultas ao ano
ALTO	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c entre 7,5 a 9% e uma das 03 consultas situações a seguir, independente da capacidade de autocuidado: - controle pressórico inadequado ; - internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras).	03 consultas ao ano
MUITO ALTO	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c > 9% , com capacidade de autocuidado insuficiente e uma das situações a seguir: - controle pressórico inadequado ; - internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras).	04 consultas ao ano

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

Anotações:

***Autocuidado:** constituem a prática de atividades que os usuários desempenham para seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O conceito de autocuidado insuficiente caracteriza-se por: limitação em níveis relevantes, dificuldade de compreensão de sua condição crônica, desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição, baixo suporte familiar e social, recolher-se em sua condição crônica, estar sem ação para melhoria de sua condição, abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e/ou depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

****Complicações agudas:** acidente vascular encefálico transitório ou não, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial obstrutiva periférica com intervenção cirúrgica.

*****Complicações crônicas:** macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica; microvasculares (retinopatia e nefropatia), neuropatia e pé diabético).

Cabe salientar que o indicativo de consultas/ano não substitui a avaliação de acordo com as condições clínicas do usuário, analisando os casos individualmente. Além disso, deve-se considerar o cuidado multiprofissional independente do estrato de risco, já que as ações voltadas à manutenção do autocuidado demandam essa abordagem (SES/RS, 2018d).

6.3. PRINCIPAIS EXAMES DE ROTINA

Os exames complementares a serem solicitados no acompanhamento da pessoa com DM objetivam o monitoramento dos níveis de controle e metas terapêuticas, bem como a avaliação permanente do risco CV e a detecção precoce de complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Cabe ressaltar que a solicitação destes exames delimita-se às indicações do presente protocolo de Enfermagem, e alterações em seus resultados deverão ser avaliadas sendo discutidas e compartilhadas em consulta médica ou via interconsulta, quando recomendado. Em caso de exames recentes e sem novos eventos clínicos no período, considerar os últimos resultados disponíveis.

QUADRO 60 - PRINCIPAIS EXAMES DE ROTINA PARA ACOMPANHAMENTO DO DM2 EM ADULTOS*

EXAME	OBJETIVO/CONSIDERAÇÕES	PERIODICIDADE
GLICEMIA DE JEJUM (GJ)	- Monitorar alterações glicêmicas em situações de estresse físico, como infecções; - Monitorar metas glicêmicas em condições que contraindicam a realização da HbA1c, como anemias e hemoglobinopatias; - Em caso de resultado com GJ \geq 300 mg/dL encaminhar para atendimento médico imediato.	ANUAL: se DM baixo e médio risco 2X ANO: se DM alto ou muito alto risco
HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c)	- Exame padrão-ouro para monitoramento de metas glicêmicas; - Representa dados dos últimos 3 meses ; - Em caso de resultado com HbA1c \geq 10% , encaminhar para atendimento médico de urgência.	2X ANO: se DM baixo ou médio risco 4X ANO: se DM alto ou muito alto risco
PERFIL LIPÍDICO Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos	- Rastreamento e acompanhamento de dislipidemias e Síndrome Metabólica. Para mais informações, consultar item " <i>Manejo das alterações lipídicas</i> ".	Anual: independente do escore de risco em DM Aos 3 e 6 meses após início de estatina ou manutenção de doses. Após correção, anual
CREATININA SÉRICA	- Rastreamento da DRC; - Utilizada para calcular a TFG . Para conduta e seguimento, consultar item " <i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i> ".	Anual: DM baixo ou médio risco 2X ANO: se DM alto risco 4X ANO: se DM muito alto risco Repetir em 3 meses se TFG alterada
EXAME SUMÁRIO DE URINA	- Glicosúria pode indicar mau controle glicêmico; - Na presença de Hematúria e proteinúria, solicitar albumina em amostra isolada de urina e creatinina sérica.	Anual: se DM baixo, médio ou alto risco 2X ANO: se DM muito alto risco
ALBUMINA EM AMOSTRA ISOLADA DE URINA*	- Solicitar como rotina , minimamente, se suspeita de SM ou dois ou mais FRCV ; - Método recomendado em conjunto com a creatinina sérica para rastreio da Nefropatia diabética e DRC;	Anual: independente do escore de risco em DM Nova coleta em 3 meses para confirmação, se alterada
ECG DE REPOUSO	- Classificação de risco CV; - Atentar, especialmente, se HA associada ou risco CV intermediário ou alto/muito alto.	Anual: se DM baixo, médio ou alto risco 2X ANO: se DM muito alto risco

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

Anotações:

*Além dos exames citados, atentar para a necessidade de avaliação oftalmológica em que o usuário deverá ser encaminhado à consulta médica para direcionamento ao especialista ou para triagem por telemedicina, se disponível.

6.4. TRATAMENTO E METAS GLICÊMICAS PARA CONTROLE DO DM2

O tratamento do Pré-DM ou DM2 busca o controle glicêmico para redução do risco de complicações a partir de **MEV** para todos os usuários e, na maior parte dos casos, da prescrição médica de **tratamento medicamentoso**. Apesar de na maioria das situações a indicação de antidiabéticos orais ser suficiente para o atingimento das metas de controle, o uso de insulina pode ser necessário ao longo dos anos ou em qualquer tempo do diagnóstico para correção de hiperglicemia grave - **GJ \geq 300 mg/dl ou HbA1c \geq 10%** (BRASIL, 2013b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Cabe ao médico o estabelecimento das metas terapêuticas para controle do DM e ao enfermeiro o monitoramento destas, de maneira integrada, centrando o plano de cuidados no usuário (BRASIL, 2013b). A busca de alvos glicêmicos mais próximos à normalidade são desejáveis, desde que não gerem instituição de polifarmácia ou prejuízos à qualidade de vida. Logo, a condição clínica global e a capacidade de autocuidado devem ser decisivos para a tomada de decisão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; COSENTINO et al., 2019).

O enfermeiro deverá encaminhar o usuário ao médico para consulta de revisão sempre que as MEV, promoção da adesão e do autocuidado não refletirem em alcance das metas ao longo de **3 a 6 meses** ou na presença de **hiperglicemia grave** (BRASIL, 2013b; COSENTINO et al., 2019).

QUADRO 61 - METAS GLICÊMICAS CONFORME FAIXA ETÁRIA E CONDIÇÃO CLÍNICA

EXAME	HbA1c	GLICEMIA CAPILAR Jejum	GLICEMIA CAPILAR 1h pós-prandial
Adultos	<7%	< 100-130 mg/dl	< 160-180 mg/dl
Adultos com boa tolerância	<6,5%	<100 mg/dl	<160 mg/dl
Adultos com complicações e riscos de hipoglicemia grave	< 8%	< 150 mg/dL	< 180 mg/dL
Gestantes	6%*	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL
Gestantes com riscos de hipoglicemia	< 7%	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL
Crianças e adolescentes < 18 anos	< 7- 7,5%	< 130-150 mg/dL	< 180 mg/dL
Idosos > 65 anos	7,5%	< 150 mg/dL	< 180 mg/dL
Idosos com complicações, riscos de hipoglicemia e dificuldades de autocuidado**	< 8%		Idosos com complicações, riscos de hipoglicemia e dificuldades de autocuidado**

Fonte: Adaptado de Coren, 2020

Anotações:

*Estritamente aos casos em que esta meta puder ser alcançada sem hipoglicemia significativa. O alvo mais baixo refere-se ao fato da HbA1C ser ligeiramente aumentada na gestação pelas alterações na circulação sanguínea.

**Conforme tempo de diagnóstico, expectativa de vida, condições cognitivas, capacidade de autocuidado, comorbidades/ multimorbidades e riscos de hipoglicemia grave.

6.5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSULINOTERAPIA

A insulina está entre os principais medicamentos definidos pela Organização Mundial da Saúde (2017) como potencialmente perigosos, pois falhas na sua utilização podem resultar em danos significativos, incluindo a morte. Os efeitos colaterais incluem a hipoglicemia como possível complicação mais grave, ganho de peso e lipodistrofias. Podem estar presentes efeitos colaterais menos comuns como fome, náuseas, diaforese, irritação no local da injeção ou anafilaxia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O enfermeiro deve realizar o treinamento inicial para o uso da insulina a partir da prescrição médica e manter-se vigilante nas consultas de Enfermagem subsequentes para os erros na utilização, dificuldades de adesão, eventos adversos, orientações de condutas frente à possibilidade de hipoglicemia, importância do automonitoramento da glicemia capilar e adoção de estratégias para engajamento no autocuidado (BRASIL, 2013b; WHO, 2013).

Cabe destacar que, muitas vezes, a insulina poderá ser parte integrante do tratamento devido ao declínio progressivo da função das células β pancreáticas com o passar dos anos de diagnóstico, independente dos níveis de adesão e de autocuidado do usuário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 62 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSULINOTERAPIA**ASPECTOS GERAIS**

- Realizar escuta empática acolhendo sentimentos e o impacto daquela prescrição para usuário e família, conforme momento de vida;
- Atentar se o usuário está em condições de receber orientações na ocasião do contato, antes de iniciar o treinamento. Se não estiver, despender mais tempo para a escuta e programar um retorno breve para realizar as instruções necessárias quando se sentir pronto e atento para isso;
- Evitar fornecer um grande volume de informações em uma mesma ocasião;
- Demonstrar a técnica e solicitar para quem irá realizar a aplicação, a repetição do processo para avaliar o aprendizado;
- Procurar ser objetivo e prático;
- Atentar para idosos e possíveis dificuldades auditivas, visuais ou cognitivas;
- Fornecer materiais informativos e ilustrativos, se disponíveis.

- ACONDICIONAMENTO

- Orientar manter a insulina sob refrigeração entre 2 a 8° C, ou até 30° C em temperatura ambiente, conforme recomendação do fabricante;
- Descartar o frasco em até 4 a 6 semanas após sua abertura;
- Acondicionar o frasco em sua embalagem original no refrigerador, nos locais de menor proximidade ao congelador como as prateleiras do meio para baixo. Evitar locais como a porta do refrigerador.

TÉCNICA PARA PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DA INSULINA

- Realizar higiene das mãos;
- Homogeneizar a insulina a partir da movimentação do frasco e da seringa com insulina previamente preparada, de dez a vinte vezes, em movimentos suaves (interpalmar, circular ou pêndulo) para prevenção do aparecimento de bolhas de ar;
- Realizar assepsia da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool a 70%;
- Aspirar o ar da dose correspondente de insulina na seringa e injetar no frasco;
- Posicionar o frasco de cabeça para baixo e aspirar a dose correspondente à insulina;
- Eliminar bolhas de ar, se presentes, e manter protetor da agulha até o momento antes da aplicação;
- Atentar para a graduação das seringas e indicações de agulhas x prega cutânea, conforme figura 3;
- Realizar assepsia com álcool 70% no local escolhido e esperar secar, para então fazer a prega subcutânea conforme indicações e aplicar a dose mantendo a agulha no tecido, com o êmbolo pressionado, por, no mínimo, 5 segundos;
- Soltar a prega subcutânea, se indicada, e remover a agulha suavemente, com movimento único;
- Descartar o material em recipiente adequado para perfurocortantes.
- Preparação de duas insulinas concomitantes: aspirar primeiro ar correspondente à dose de insulina NPH e injetá-lo no frasco da insulina NPH, retirando a agulha do frasco sem aspirar a insulina; após, aspirar ar correspondente à dose de insulina regular e injetá-lo no próprio frasco, aspirando na sequência a dose prescrita de insulina regular; posicionar o frasco de insulina NPH de cabeça para baixo, introduzir a agulha da seringa que já está com a insulina regular e aspirar a dose correspondente à insulina NPH; conferir se a dose total de insulina está de acordo com a prescrição médica. É indispensável a injeção do ar no frasco de NPH antes da aspiração da segunda dose para que não haja extravasamento do conteúdo da seringa com a insulina regular para o frasco de NPH;
- Se utilizar canetas, após a homogeneização da insulina, selecionar a dose necessária, realizar a assepsia da pele com álcool 70% esperando secar, realizar a prega cutânea e aplicar a dose pressionando o botão injetor da caneta de insulina.

- RODÍZIO DOS LOCAIS DE APLICAÇÃO

- Orientar locais para aplicação.
- Evitar a aplicação da insulina em um mesmo ponto por pelo menos 14 dias, tempo necessário de cicatrização do tecido;
- Recomendar a divisão do local de aplicação em quadrantes - figura 2 - e usar um quadrante por semana, espaçando as aplicações dentro de cada quadrante em pelo menos 1 cm cada, movendo-se sempre em sentido horário;
- Reforçar a importância do rodízio de locais desde o início do tratamento para a adequada absorção e prevenção de lipodistrofias. Com o tempo de uso é comum que os usuários insistam em determinadas regiões de aplicação por facilidade ou por diminuição da sensibilidade à dor e por alterações decorrentes das repetidas aplicações;
- Atentar para a contraindicação de aplicar insulina em área com lipohipertrofia até o tecido alterado voltar ao normal;
- Para gestantes a partir do último trimestre de gravidez, desaconselhar aplicações na região abdominal para evitar riscos de lesão uterina, desconforto, saída de insulina e descontrole glicêmico.

- REUTILIZAÇÃO DE SERINGAS E AGULHAS

- Recomendar seringas com agulhas fixas, com graduação adequada ao número de unidades de insulina diária;
- Na impossibilidade de uso único, orientar os usuários a reutilizar agulhas para aplicação de insulina subcutânea, entre 4 a 8 utilizações (**1 SERINGA POR DIA**).

DESCARTE

- Atentar para procedimentos operacionais padrão (POP) de Enfermagem locais elaborados pelos municípios conforme logística e insumos disponíveis;
- Garantir que os perfurocortantes, materiais com sangue e frascos de insulina gerados no domicílio sejam descartados adequadamente. Na ausência do coletor próprio para perfurocortantes, recomenda-se recipiente com características semelhantes: identificado como material contaminado, inquebrável, paredes rígidas, resistentes à perfuração, boca larga (o suficiente para colocar os materiais sem acidentes) e tampa

- TRANSPORTE

- Orientar para transporte doméstico o uso de embalagem comum, respeitando-se os cuidados com o tempo (até 7 dias), o calor (temperatura máxima até 30°) e a não exposição à luz solar direta;
- Atentar para a insulina não entrar em contato direto com o gelo ou similar em caso de utilização de embalagem térmica ou isopor;
- Atentar para transportá-la sempre como bagagem de mão;
- Desaconselhar a conservação da insulina em porta-luvas, painel, bagageiro de carro ou ônibus

- INSUMOS PARA DIABETES

- Orientar direitos do usuário para receber, gratuitamente, insumos e medicamentos necessários ao tratamento, conforme critérios pré-definidos, previstos na Lei Federal nº 11.347/2006, e nas Portarias nº 2.583/2007 e nº 1.555/2013.
- Incluir no Gercon – fluxo gercon

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

6.5.1. USO DA CANETA DE INSULINA

A troca de insulina na forma de frasco-ampola por caneta, pode ser realizado nas seguintes situações:

- DM1 em qualquer idade;
- DM2 na faixa etária menor ou igual a 19 anos ou maior ou igual a 40 anos;
- DMG;
- Apresentar diagnóstico de cegueira em ambos os olhos e/ou acuidade visual que prejudique o uso adequado de insulina em frasco-ampola;
- Estar impossibilitado de uso pleno de um dos membros superiores;

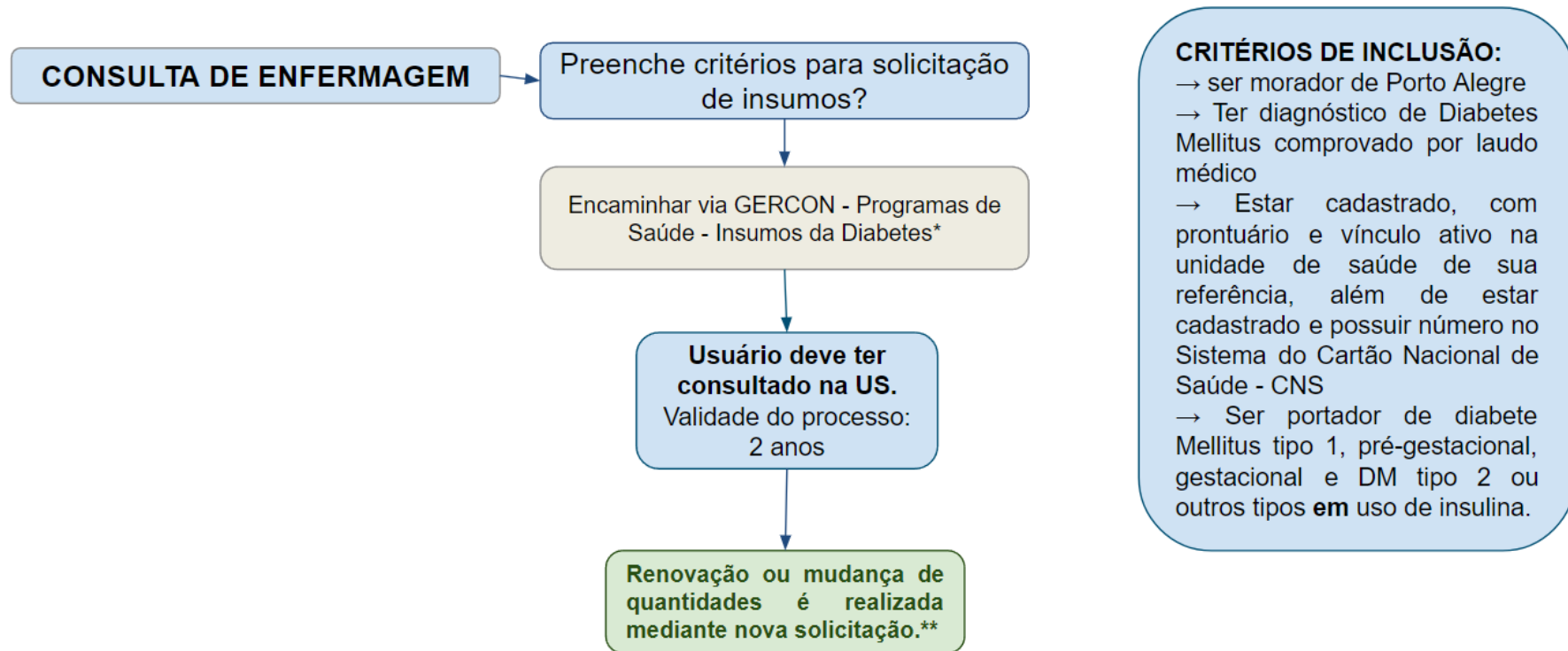
A realização da troca de apresentações poderá ser feita por profissional Farmacêutico, mediante registro de atendimento, quando cumpridos os critérios acima, não necessitando passar novamente por consulta médica;

Para retirar a caneta de insulina pela primeira vez, é necessário passar por orientação farmacêutica do dispositivo. Em caso da US não possuir farmacêutico, o paciente deverá ser orientado a ir em uma US com farmacêutico ou em Farmácia Distrital solicitar a troca. (Nota Técnica nº002/2022, disponível na BVAPS em assistência farmacêutica)

Lembrando que todos os usuários em uso de insulina DEVEM ser encaminhados para o PMDID (Programa Municipal de Insumos da Diabetes em Porto Alegre), via GERCON.

(Portaria 664/2019, disponível na BVAPS em assistência farmacêutica)

FLUXO ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO PROGRAMA MUNICIPAL DE INSUMOS DA DIABETES EM PORTO ALEGRE

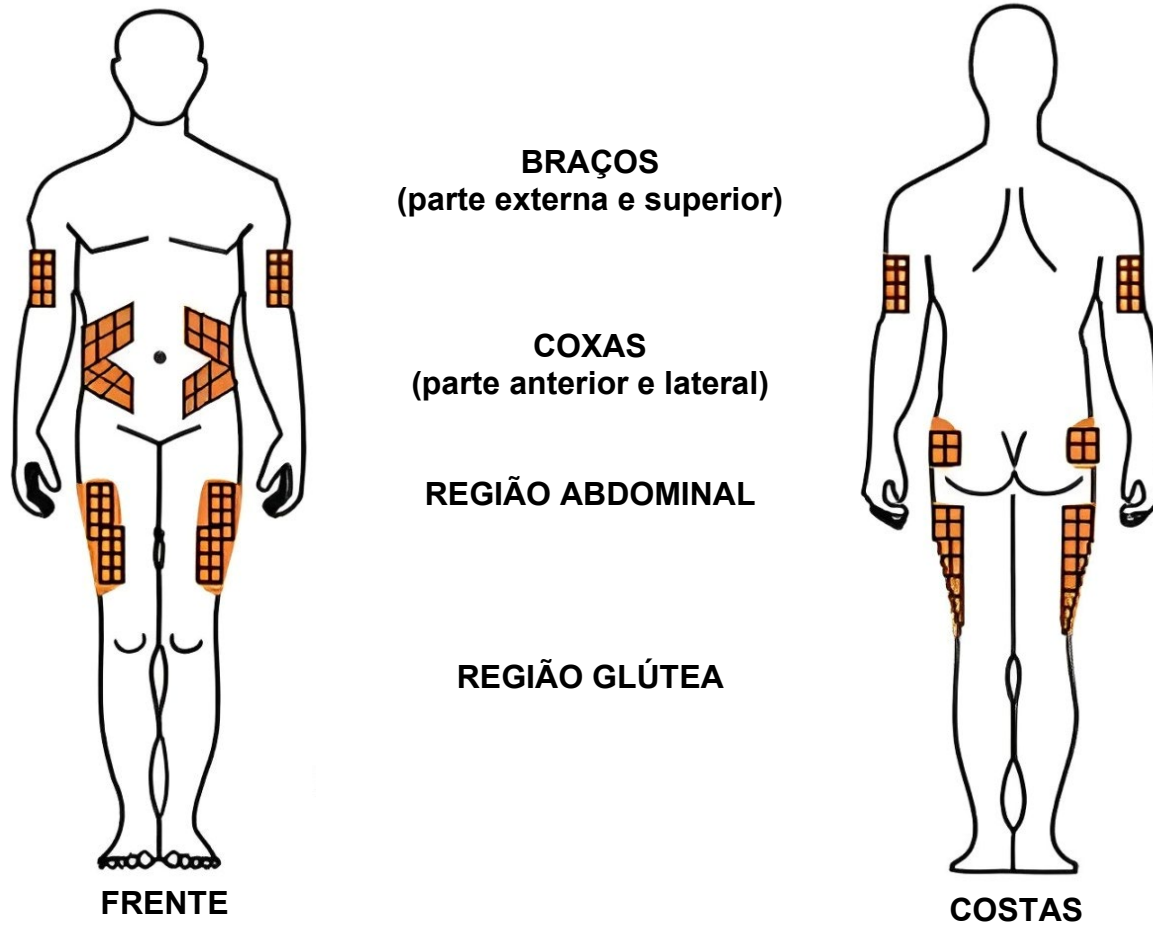


Fonte: NT 10/2019 PMPA

*: Qualquer profissional poderá incluir a solicitação no sistema, entretanto a requisição (prescrição) deverá vir de médico com CNES vinculado ao SUS (APS ou hospitalar). Anexar a requisição no sistema caso a solicitação não seja feita por profissional de medicina; EXCETO GESTANTE.

** : A consulta para renovação será avaliada pela regulação nos casos de mudança de tratamento, caso contrário, a renovação é feita sem necessidade de nova consulta;

Fonte: Portaria 664/2019, SMS, POA.

FIGURA 2 - LOCAIS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA POR QUADRANTES

Fonte: COREN-RS, 2020

6.6. INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR NA UNIDADE DE SAÚDE E NO DOMICÍLIO

O monitoramento da glicemia capilar na unidade de saúde e/ou a automonitorização da glicemia capilar (AMGC) podem proporcionar otimização do controle glicêmico a partir do envolvimento do usuário como protagonista em seu tratamento (O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019).

A relação custo-benefício positiva e a efetividade da recomendação da AMGC dependem de critérios bem definidos para sua solicitação e de capacitação sistemática dos profissionais e dos usuários com DM, para que os dados gerados não sejam subutilizados e de fato contribuam ao controle glicêmico (AUGUSTO et al., 2014; O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Para usuários com DM2 em uso de insulina basal e/ou múltiplas injeções diárias, recomendase a AMGC para acompanhamento e manutenção do tratamento (BRASIL, 2013b; O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Já para usuários em uso apenas de antidiabéticos orais, a AMGC não é recomendada na ausência de risco de hipoglicemia franca, por não haver evidências que sustentem os benefícios dessa prática para além do controle regular via HbA1c, nem indicações padronizadas para a frequência de testes (O'CONNOR; SPERL-HILLEN, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; WEINSTOCK, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Diante disso, o monitoramento das metas glicêmicas via glicemia capilar, além dos exames de rotina, pode ser parte integrante do plano de cuidados do usuário, de acordo com o quadro abaixo.

QUADRO 63 - INDICAÇÕES PARA MONITORAMENTO DE METAS GLICÊMICAS VIA GLICEMIA CAPILAR NA UNIDADE DE SAÚDE OU AMGC

POPULAÇÃO-ALVO	INDICAÇÕES	FREQUÊNCIA DE TESTES
Em uso de Insulina basal	<p>Automonitorização da glicemia capilar é o método preferencial: - Monitorar ajuste de doses e avaliar efeitos de mudanças no tratamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detectar hipoglicemias assintomáticas e hiperglicemias pós-prandiais; - Manejar alterações agudas da glicemia; - Avaliar resposta glicêmica à presença de doenças graves /infecções. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 a 3x ao dia, principalmente, antes do café e antes do jantar; - Após alcance das metas glicêmicas, podem ser realizados mais esparsamente, conforme critério clínico, durante a semana, em diferentes horários. Retomar controle diário na semana anterior à data da consulta programada na unidade de saúde; - Sempre que houver alterações agudas sintomáticas da glicemia.
Em uso de insulina basal e de ação rápida	<p>Automonitorização da glicemia capilar é o método preferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para definir a dose a ser aplicada de insulinas se prescrição de esquema terapêutico conforme a glicemia capilar; - Monitorar ajuste de doses e avaliar efeitos de mudanças no tratamento; - Reconhecer padrões de flutuação da glicemia no dia a dia e adequar o tratamento ao estilo de vida; - Detectar hipoglicemias assintomáticas e hiperglicemias pós-prandiais; - Manejar alterações agudas da glicemia. - Avaliar resposta glicêmica à presença de doenças graves/infecções. 	<p>4 a 7x ao dia – antes das refeições e/ou 1h após as refeições (pós-prandiais) e antes de dormir;</p> <p>Sempre que houver alterações agudas sintomáticas da glicemia.</p>
Em uso de antidiabéticos orais	<p>Preferencialmente, na unidade de saúde, ou no domicílio se houver disponibilidade e desejo;</p> <p>Avaliar resposta glicêmica ao início do tratamento ou para manutenção de doses, até alcance dos alvos terapêuticos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detectar hipoglicemias assintomáticas; - Manejar alterações agudas da glicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sugere-se no mês anterior à data da consulta programada na Unidade de Saúde, monitoramento com 2 a 3 medidas por semana, em diferentes turnos e com os devidos registros; - Sempre que houver alterações agudas sintomáticas da glicemia, ou na vigência de doenças graves/infecções.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

Anotações:

Deve-se estimular o usuário a trazer o medidor de glicose e as tiras em todas as consultas de Enfermagem e a realizar registros de situações que interferem na glicemia no momento da aferição, como estresse, esquecimento ou atraso no horário habitual de doses, exercício, mudança na alimentação, entre outros.

6.7. AVALIAÇÃO DOS PÉS DA PESSOA COM DIABETES

A Atenção Primária tem um papel importantíssimo na identificação e na prevenção das doenças do pé relacionadas ao diabetes. O rastreio anual é prática recomendada pelos órgãos internacionais e guidelines que orientam as condutas com Diabetes Mellitus (DM), sendo assim, incentive sua equipe na identificação dos diabéticos e na execução dos testes de avaliação. As orientações a seguir estão ancoradas nas Diretrizes do Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (IWGDF, 2023).

A etiopatologia do pé em risco divide as ocorrências desse agravo em neuropático, vascular ou misto.

A neuropatia diabética é a complicação crônica mais predominante do DM, acometendo mais da metade dos pacientes. A perda da sensibilidade protetora plantar é o principal fator para o desenvolvimento de ulceração no pé.

A incidência anual de úlceras nos pés em pessoas diabéticas é de 2%, no entanto estudos evidenciam um risco de 25% de desenvolvimento de uma úlcera ao longo da vida, com risco elevado para amputações.

O diagnóstico da neuropatia diabética é clínico, com avaliação, anamnese, identificação de fatores de risco e outras complicações relacionadas ao diabetes.

As desordens vasculares (isquêmicas) acontecem geralmente por aterosclerose, e apresentam histórico de dor a elevação do membro ou claudicação intermitente. Pode apresentar dificuldade na palpação da artéria pediosa dorsal e tibial posterior e palidez do pé a elevação do membro.

As complicações de ordem mista tem a ocorrência da doença neuropática e isquêmica, juntas.

Enfermeiro, realize a avaliação geral e dos pés durante a consulta de Enfermagem e observe:

→ **Marcha:** modo de execução da marcha e pontos de apoio dos pés ao solo. Observe a marcha no caminhar ou na entrada do usuário no consultório.

→ **Calçado:** observe o material e anatomia do calçado que a pessoa está utilizando. Calçados com tiras estreitas e de borracha tem mais propensão para formação de úlceras.

→ **Cor e temperatura do pé:** o aspecto avermelhado sugestivo de infecções pode ser de difícil visualização dependendo da tonalidade da pele. Toque em ambos os pés simultaneamente e compare a temperatura. Pés pálidos e frios pode indicar distúrbios arteriais.

→ **Edema:** presença de edema sugere má circulação e/ou processo infeccioso. Avalie.

→ **Presença de calosidades ou deformidades:** pode indicar espessamento protetor da epiderme por atrito recorrente. Avalie novamente se o calçado não pode ser o responsável pelo atrito. A presença do calo pode ser um precursor de uma ulceração.

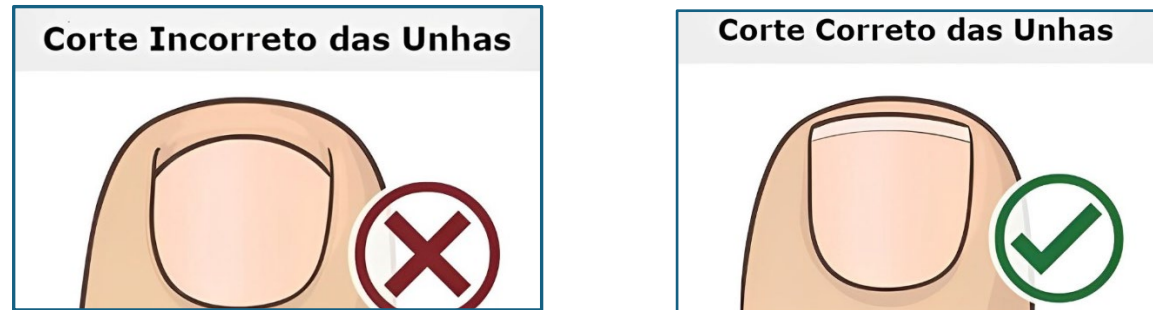
→ **Higiene dos pés:** Avalie se há uma higiene adequada. Incentive a inspeção diária dos pés.

→ **Presença de úlcera nos pés:** se o usuário já tiver ulceração nos pés, precisa ser realizado manejo adequado da ferida, encaminhamento vascular, avaliação com serviço especializado e vigilância atenta da APS para evitar amputações e morte.

→ **Corte das unhas:** o corte reto das unhas pode prevenir ulcerações. Incentive que o usuário diabético corte suas unhas em formato reto.

Palpação de pulso pedioso ou tibial posterior: pulsos ausentes ou filiformes podem ser um indicativo de Doença Arterial Periférica (DAP). Pergunte se usuário sente dor ao caminhar, pode ser indício de claudicação intermitente e desordem arterial.

FIGURA 3 – MANEIRA CORRETA DE CORTAR AS UNHAS DOS PÉS



Fonte: Google Imagens

FIGURA 4 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO IWGDF 2023 E A FREQUÊNCIA DE TRIAGEM DOS PÉS



* SPP- Sensibilidade Protetora Plantar

**DAP-Doença Arterial Periférica

Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

6.7.1. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE PROTETORA PLANTAR

Percepção de pressão: monofilamento Semmes-Weinstein de 10 gramas - avalia a perda da sensação protetora plantar.

Os locais de avaliação da sensação de pressão, utilizando monofilamento, foram atualizados no Consenso de 2023 da IWGDF.

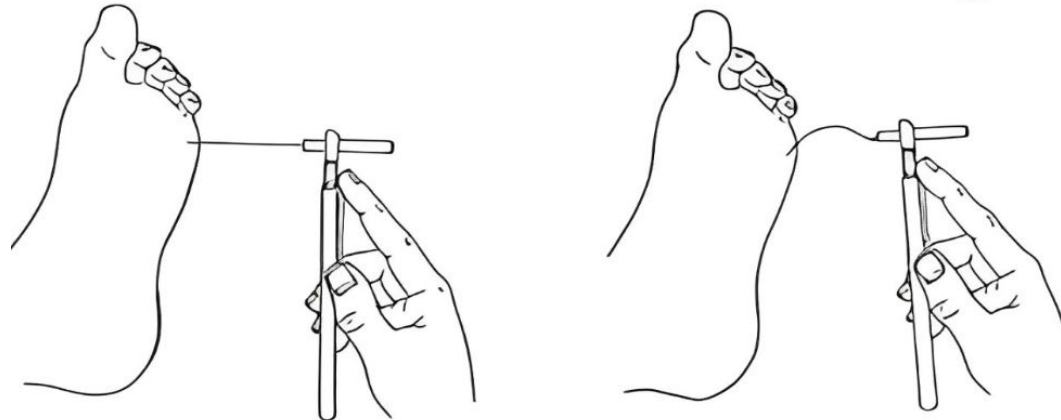
→ Teste primeiro aplicando o monofilamento nas mãos, cotovelo ou testa do usuário, para demonstrar a sensação percebida.

→ Informe o usuário para que não olhe a execução dos teste e certifique-se dessa ação.

→ Aplique o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele, com força suficiente para fazer com que o filamento dobre ou entorte, conforme Figura 39. Todo procedimento deve durar aproximadamente 2 segundos.

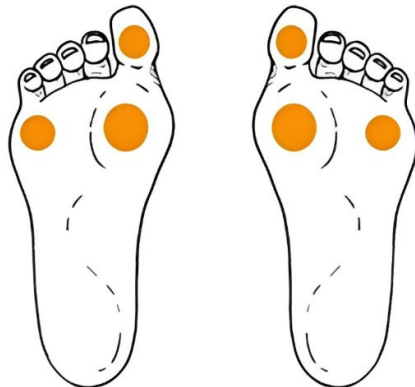
→ Teste três locais diferentes em ambos os pés, de acordo com a Figura 5.

FIGURA 5 – LOCAIS DE TESTAGEM COM O MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN 10G



Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

FIGURA 6 – ENVERGADURA CORRETA DO MONOFILAMENTO SEMMES-WEINSTEIN 10G



Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

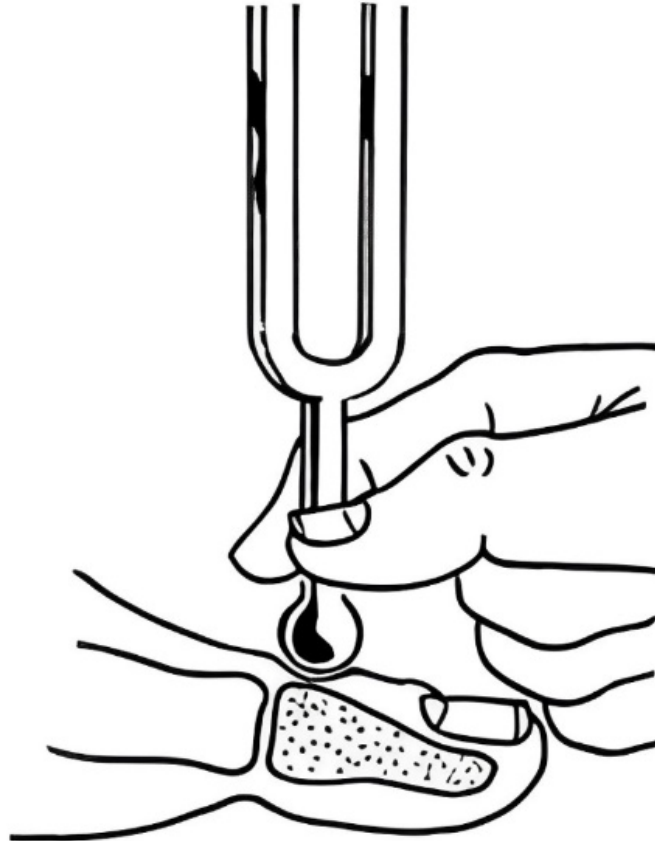
- Não aplique o filamento diretamente sobre úlcera, calo, cicatriz ou tecido necrótico.
- Não permita que o filamento deslize pela pele ou faça contato repetitivo no local do teste.
- Pressione o filamento contra a pele e pergunte ao paciente se ele sente a pressão aplicada ('sim'/'não') e em seguida onde sente a pressão (por exemplo, 'planta do pé esquerdo'/'calcanhar direito').
- Repita esta aplicação duas vezes no mesmo local, mas alterne com pelo menos uma aplicação “simulada” na qual nenhum filamento é aplicado (um total de três perguntas por local).
- A sensação protetora é:
 - **Presente:** se o paciente responder corretamente em duas das três aplicações;
 - **Ausente:** se o paciente responder duas de três respostas incorretas.

Incentive os pacientes durante os testes, dando feedback positivo.

Os monofilamentos tendem a perder força de flambagem temporariamente após serem usados várias vezes no mesmo dia, ou permanentemente após uso prolongado. Dependendo do tipo de monofilamento, sugerimos não usar o monofilamento nas próximas 24 horas após avaliar 10 a 15 pacientes e substituí-lo após usá-lo em 70 a 90 pacientes.

6.7.2. PERCEPÇÃO DE VIBRAÇÃO: UTILIZANDO DIAPASÃO 128 HZ

- Teste primeiro aplicando o diapasão no pulso, cotovelo ou clavícula do usuário para demonstrar como é a sensação.
- Certifique-se de que o paciente não consiga ver onde o examinador aplica o diapasão.
- Aplique o diapasão em uma parte óssea na face dorsal da falange distal do primeiro dedo do pé (ou em outro dedo do pé se o hálux estiver ausente).
- Aplique o diapasão perpendicularmente, com pressão constante.
- Repita esta aplicação duas vezes, mas alterne com pelo menos uma aplicação 'simulada' na qual o diapasão não esteja vibrando.
- O teste é positivo se o paciente responder corretamente pelo menos duas das três aplicações, e negativo se duas das três respostas estiverem incorretas.
- Se o paciente não conseguir sentir as vibrações no dedo do pé, repita o teste maisproximalmente (por exemplo, maléolo, tuberosidade da tíbia).
- Incentive o paciente durante o teste, dando feedback positivo.

FIGURA 7 – MÉTODO DE USO DO DIAPASÃO DE 128 HZ

Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

→ **Teste de toque leve:** este teste simples pode ser usado para rastrear a perda de sensação protetora, quando o monofilamento de 10 gramas ou o diapasão de 128 HZ não estiver disponível. O teste tem concordância razoável para determinar perda da sensação protetora plantar, mas sua precisão na previsão de úlceras nos pés não foi estabelecida.

→ Explique o procedimento e certifique-se de que tudo foi compreendido.

→ Instrua o usuário a fechar os olhos e dizer sim quando sentir o toque.

→ O examinador toca levemente e sequencialmente com a ponta do seu dedo indicador as pontas do primeiro, terceiro e quinto dedos de ambos os pés por 1–2 segundos.

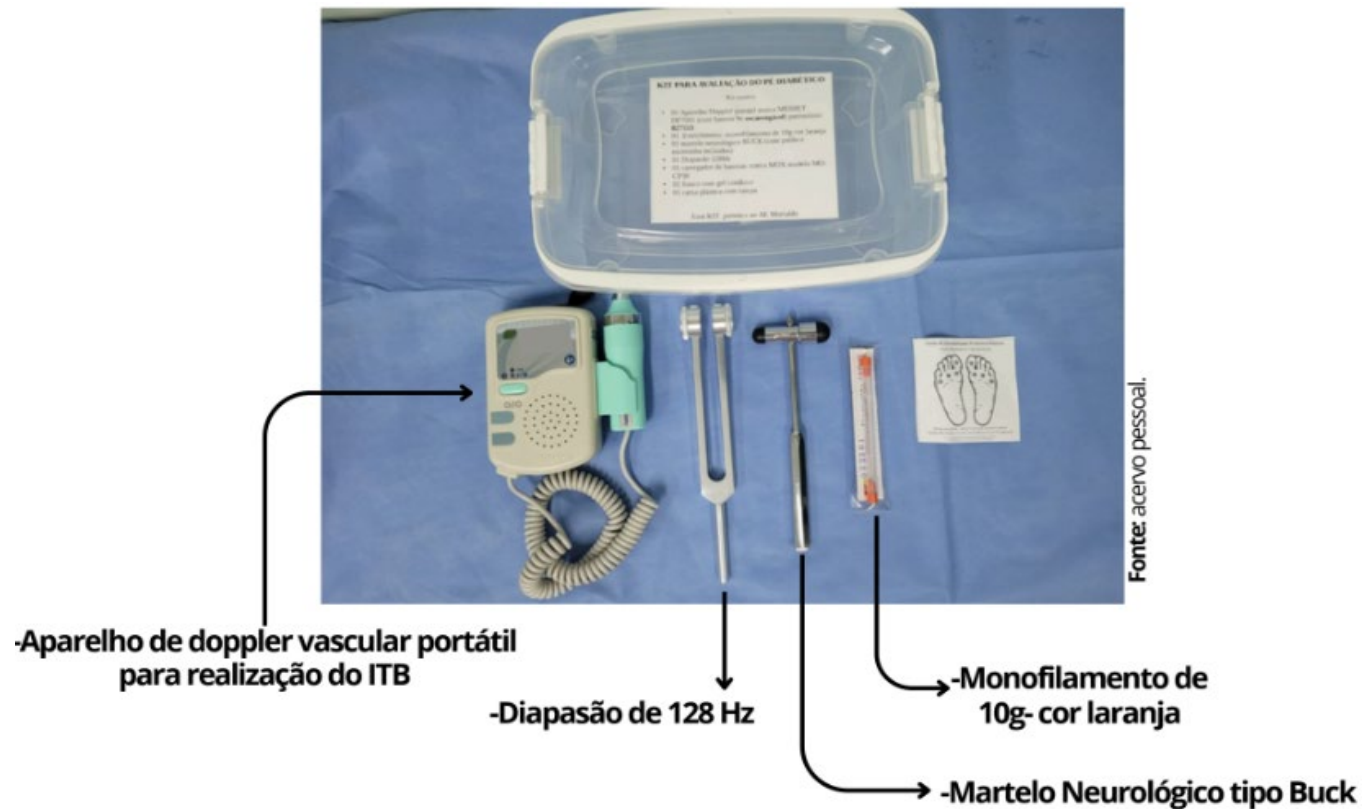
→ Ao tocar, não empurre, bata ou cutuque.

-Perda de sensação protetora é provável quando o toque leve não é detectado em 2 ou mais locais.

ACHADOS IMPORTANTES	Monofilamento 10 g	ALTERADO: se duas respostas forem erradas (em três aplicações), inclusive a simulação.	Há perda da sensibilidade protetora plantar se os exames estiverem alterados.
	Diapasão de 128 Hz	ALTERADO: se há resposta incorreta em duas das três aplicações, inclusive a simulação.	

Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

Os Kits de avaliação do pé em risco estão disponíveis nas Unidades de Saúde de Porto Alegre para utilização!



6.7.3. MEDIÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL (ITB)

Exame de rastreio da Doença Arterial Periférica

Materiais e cuidados necessários:

- Aparelho de Doppler portátil de 5-10 MHz.
- Gel transdutor.
- Esfigmomanômetro (selecione um manguito de pressão arterial de tamanho suficiente para ser colocado ao redor dos braços e panturrilhas (aproximadamente 40% extra para envolver).
- O ambiente deve ser tranquilo, com temperatura confortável em torno de 22–24 °C.
- Orientar usuário a não ingerir substância alcoólica ou cafeína e não realizar exercícios 2 horas antes do teste e permanecer na posição supina horizontal, durante 10 minutos antes da medição.
- Descobrir os braços e pernas.

Sempre use a mesma sequência de medições descrita abaixo, com uso de doppler vascular.

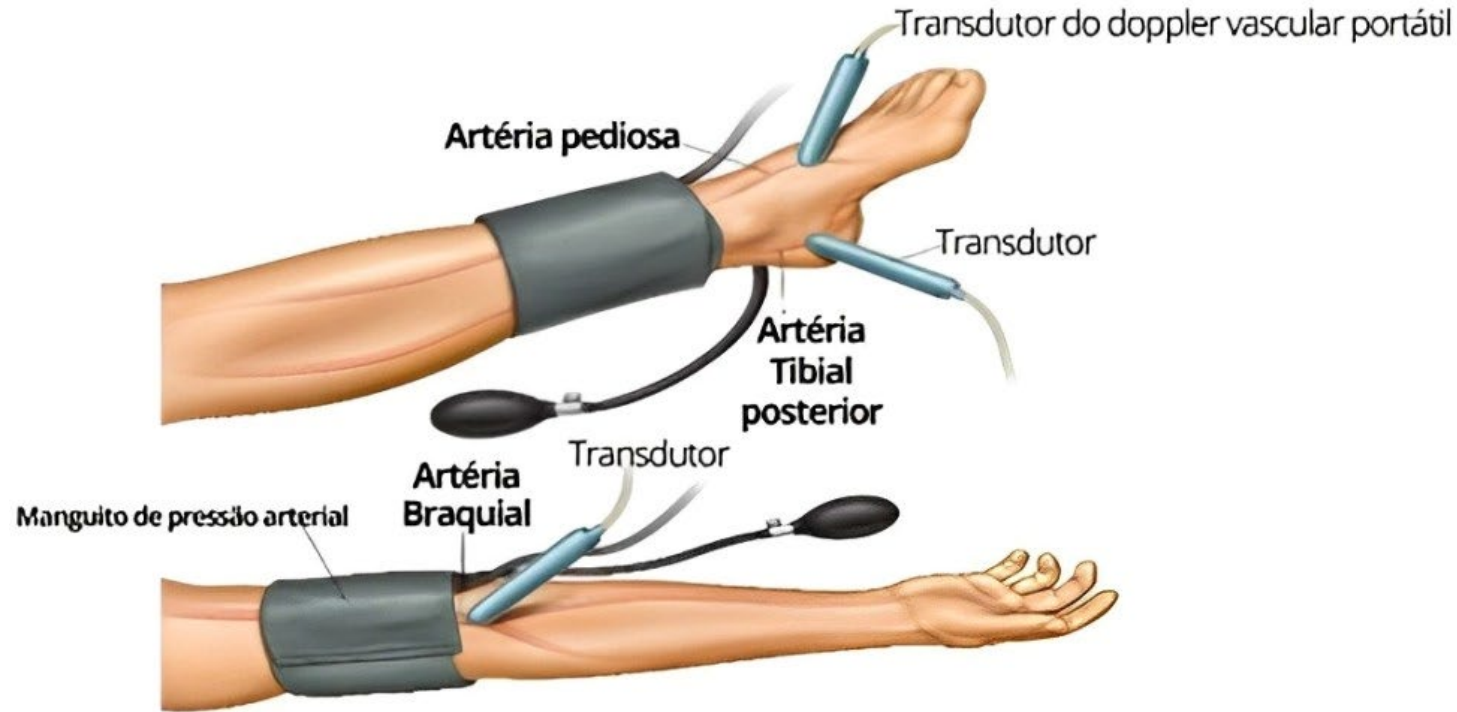
1) Pressão braquial:

- Coloque o manguito em volta do braço;
- Aplique o gel sobre a área da artéria braquial (pode ser palpada primeiro) e posicione o transdutor do doppler sobre a artéria. Certifique-se de que um sinal sonoro claro seja detectado no aparelho de doppler;
- Insufle o manguito até valores suprassistólicos, ou seja, cerca de 30 mmHg acima da pressão quando o sinal desaparecer completamente;
- Esvazie lentamente o manguito a uma taxa de 2–3 mmHg por segundo até que um sinal sonoro reapareça; a pressão do manguito naquele momento é igual à pressão sistólica na artéria. Registre o resultado. Repita este procedimento no outro braço.

2) Pressão no tornozelo:

- Coloque o manguito da panturrilha aproximadamente 2 cm acima do maléolo, com os tubos apontando para cima;
- Aplique o gel nas áreas da artéria dorsal do pé e das artérias tibiais posteriores;
- Coloque o transdutor do doppler com um ângulo de 40-60° apontando para montante em a área de cada artéria ;
- Mova lentamente a sonda para selecionar a área com o melhor sinal;
- Avalie de forma audível o som do doppler;
- Um sinal ausente ou um sinal monofásico é anormal e é indicativo da presença de doença arterial periférica;
- Infle o manguito até 30 mmHg acima da pressão onde o som pulsátil é perdido/a forma de onda visual desaparece;
- Esvazie lentamente o manguito a uma taxa de 2–3 mmHg por segundo; a pressão sistólica deve ser medida assim que uma forma de onda audível retornar ou houver um pequeno movimento ascendente regular de uma forma de onda visual (que ocorre antes do retorno completo da forma de onda) e registre o resultado;
- Após um minuto de descanso, realize a medição na outra artéria do mesmo pé ou se o sinal foi perdido durante a primeira medição (não reinsufle o manguito durante o procedimento) Repita essas medições na outra perna.

FIGURA 8 – LOCALIZAÇÃO DOS MANGUITOS PARA ITB



Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

6.3.1. CÁLCULO DO IBT

O ITB é obtido a partir da divisão da maior pressão arterial sistólica do tornozelo (artéria tibial posterior ou artéria dorsal do pé) e do braço (artéria braquial), verificadas nos quatros membros, com auxílio de manguito e sonar.

$$\text{ITB} = \frac{\text{PA SISTÓLICA DO TORNOZELO}}{\text{PA SISTÓLICA DO BRAÇO}}$$

Exemplo:

$$\text{ITB} = \frac{120 \text{ mmHg}}{120 \text{ mmHg}} \rightarrow \begin{array}{l} \text{(Pressão Arterial sistólica do Tornozelo)} \\ \text{(Pressão Arterial sistólica do Braço)} \end{array}$$

$$\text{ITB} = 1 \rightarrow \text{(Resultado do cálculo de divisão de } 120/120=1\text{)}$$

Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

QUADRO 64 - CLASSIFICAÇÃO SOBRE A GRAVIDADE DAS ISQUEMIAS CONFORME SCORE DO ITB

RESULTADO DO ITB	INTERPRETAÇÃO
>1,3	Calcificação arterial pode estar presente.
09 – 1,3	Sem isquemia óbvia. Em situações de úlceras de perna pode-se optar por terapia compressiva.
< 0,5	Isquemia severa. Encaminhar para avaliação do vascular com urgência. Não comprimir.

Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

→ A DAP é menos provável na presença de ITB 0,9-1,3 (IWGDF, 2023).

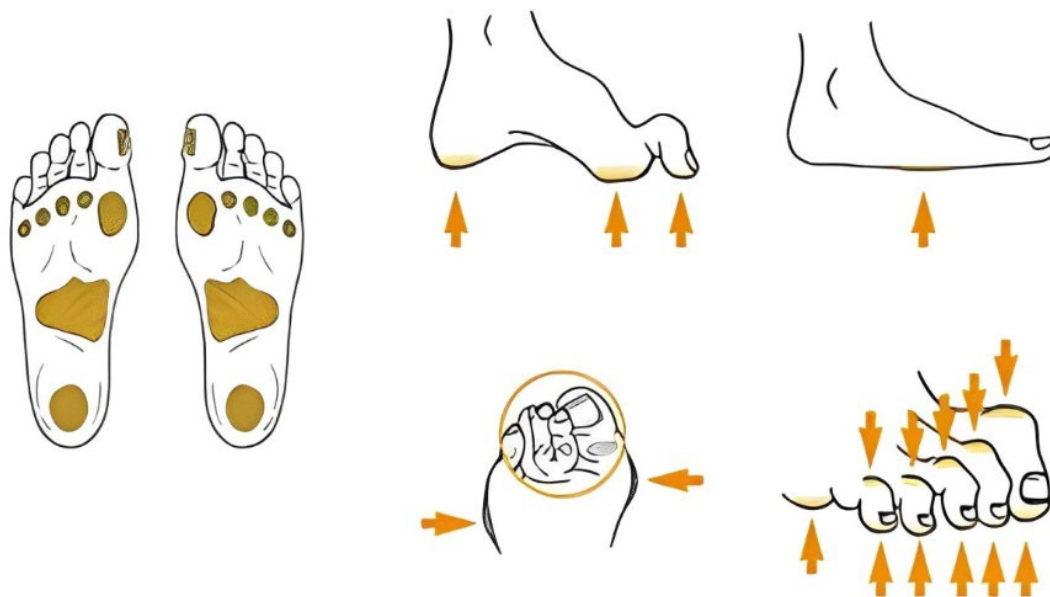
→ **Se ITB for <0,5 encaminhe ao vascular com urgência.**

→ Em casos de dificuldades na realização do ITB, contate as enfermeiras estomaterapeutas do Ambulatório de Especialidades de sua região.

→ Em pacientes diabéticos, níveis de ITB acima de 1,3 podem ser sugestivos de calcificação arterial, referenciar para avaliação do vascular, se possível.

6.4. FERIDAS NOS PÉS RELACIONADAS AO DIABETES

A ulceração dos pés é uma das principais lesões incapacitantes no mundo. Apesar dos esforços em prevenção de lesão nos pés das pessoas com diabetes, a incidência de ulceração ainda é alta. Estima-se que uma a cada três pessoas com diabetes desenvolverão uma úlcera nos pés ao longo da vida. Sem os cuidados adequados as ulcerações podem causar infecções, hospitalizações, amputações e mortes. As causas mais comuns são a perda da sensibilidade protetora dos pés associado ao estresse mecânico pela dinâmica de caminhar. Há a necessidade de envolvimento da equipe multidisciplinar para os processos de cura.

FIGURA 9 – ÁREAS DOS PÉS COM MAIOR RISCO DE ULCERAÇÕES

Fonte: Protocolo de Prevenção e tratamento de feridas, Porto Alegre, 2024

Existem **fatores de risco pré-ulcerativos** como presença de bolhas, fissuras, calos e hemorragias que precisam ser observados e tratados para evitar um dano ainda mais prejudicial. São cuidados que devem ser instituídos:

- Remoção e desbastamento do excesso de calo (diminuirá a pressão plantar na área afetada);
- Proteção das bolhas e drenagem quando necessário;
- Tratamento de fissuras;
- Tratamento de unhas encravadas ou espessadas (avaliação médica para cantoplastia)
- Avaliação médica para tratamento antifúngico para infecções fúngicas nos pés.

Durante a consulta de enfermagem em usuários que já apresentam alguma ulceração nos pés, avalie:

- Sinais e sintomas locais ou sistêmicos de inflamação: febre, dor ou flutuação de coleção purulenta. Encaminhe avaliação médica com brevidade na unidade de saúde.
- Avaliar se há comprometimento grave, como as gangrenas e se há necessidade de encaminhar para avaliação na emergência.
- Observe se há avaliação programada com médico vascular. Em caso negativo, encaminhe, descrevendo o quadro clínico. Caso disponha do resultado do ITB, associe-o.

O tratamento de feridas nos pés relacionadas ao diabetes incluem o desbridamento, a preparação do leito da ferida e o uso de tecnologias para alcançar a cicatrização, considerando custo-efetividade (IWGDF, 2023). Avaliar a lesão conforme as características contidas no capítulo **“Avaliação da lesão”**, no protocolo de prevenção de tratamento de Feridas – disponível na página da **BVAPS/POA**

6.5. QUEIXAS MAIS COMUNS EM DM

As queixas mais comuns em usuários com DM no dia a dia das equipes de APS são decorrentes de alterações agudas da glicemia, classificadas em hiperglicemias ou hipoglicemias (BRASIL, 2013c). O manejo dessas condições será abordado a seguir.

6.5.1. MANEJO DA HIPERGLICEMIA

A hiperglicemia pode ocorrer na ocasião do diagnóstico do DM (especialmente em crianças e adolescentes com DM1 - consultar rastreamento do DM) ou devido à descompensação da doença conhecida. Quando não identificada e tratada adequadamente, pode evoluir para quadros graves de cetoacidose (DM 1 ou 2) ou hiperosmolaridade não cetótica (DM 2), que demandam internação em unidades de emergência e/ou de terapia intensiva (BRASIL, 2013c; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os estados infecciosos são as etiologias mais comuns relacionadas à cetoacidose e ao estado hiperglicêmico hiperosmolar, mas outros fatores importantes como trauma, uso de glicocorticoides, AVC, uso de antipsicóticos atípicos, uso de drogas ilícitas, infarto agudo do miocárdio e uso excessivo de álcool podem ser observados (BRASIL, 2013c).

Não obstante, mundialmente, a descompensação do Diabetes está relacionada a baixos níveis de adesão. A consulta de Enfermagem, com foco nos fatores precursores da hiperglicemia, pode evitar manutenção equivocada de doses medicamentosas, bem como otimizar as agendas/recursos disponíveis da equipe, na medida em que aborda a adesão, o autocuidado e as MEV para o controle glicêmico (WHO, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Exames laboratoriais e monitoramento da glicemia capilar no domicílio ou na Unidade de Saúde, já poderão ser solicitados, se indicados, para que o atendimento posterior seja mais efetivo. Alguns casos exigirão encaminhamento para avaliação médica imediata ou com brevidade, conforme sinais de gravidade, demais demandas do usuário e/ou confirmação de que apesar de boa adesão, o controle não está adequado.

QUADRO 66 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM HIPERGLICEMIA

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Manutenção ineficaz da saúde Risco de glicemia instável Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Confusão aguda / Risco de Risco de infecção Náusea Dor aguda
CIPE	Adesão a / Não adesão a Continuidade do cuidado Eficaz/ Ineficaz Crise de saúde aguda	Hiperglicemia Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada
CIAP2	K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	
COMO AVALIAR/IDENTIFICAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Hiperglicemia grave Presença de sinais de gravidade como náuseas, vômitos, dor abdominal com defesa, sinais importantes de desidratação, hálito cetônico, taquipneia, hipotensão, alterações do nível de consciência e/ou HGT ≥ 300 mg/dl	- Encaminhar para atendimento médico imediato.	
Hiperglicemia HGT ≥ 200 mg/dl < 300 mg/dl assintomático ou com sintomas de boca seca, sede, poliúria, enurese; emagrecimento; náuseas, dor abdominal sem defesa, sinais de desidratação, cansaço, fraqueza ou sonolência e visão turva.	<ul style="list-style-type: none"> - Em caso de ausência de diagnóstico de DM, realizar consulta de rastreamento; - Na presença de diagnóstico prévio de DM: - Avaliar presença/intensidade de sintomas e demais demandas clínicas indicativos de encaminhamento para avaliação médica, se necessário; - Identificar fatores precursores da hiperglicemia e revisar plano de cuidados; - Orientar medidas de prevenção da hiperglicemia: realizar acompanhamento regular e exames periódicos, entender equilíbrio entre tratamento, alimentação, estresse e nível de atividade física, nunca deixar de usar por conta própria insulina conforme prescrição médica se infecções/quadros agudos; - Orientar medidas para manejo da hiperglicemia no domicílio: ingerir um copo de água de hora em hora, procurar US se glicemia se manter elevada por mais de 12h. Orientar procurar atendimento médico de urgência se evolução do quadro com presença de sinais de gravidade; - Pactuar retorno para consulta de acompanhamento DM. 	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

6.5.2. MANEJO DA HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia em usuários com DM é definida como todo o episódio de concentração de glicose plasmática anormalmente baixa, que expõe o indivíduo a danos. A hipoglicemia pode ser assintomática ou vir acompanhada de sintomas como sensação de fome, cefaleia, confusão mental, taquicardia, tremores, sudorese, alterações visuais e nos casos mais graves, convulsões, coma e óbito. Se prolongada, pode causar lesões cerebrais irreversíveis. É necessário atentar que os limiares glicêmicos que induzem os sintomas variam entre os indivíduos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; CYRER, 2020).

As principais causas são uso de dose excessiva de insulina, polifarmácia, idade avançada e disfunção cognitiva, desequilíbrio entre dieta, exercício físico e insulino terapia, condições agudas que resultam em menor ingestão alimentar como náuseas e vômitos, atraso nas refeições, uso nocivo de álcool e insuficiência renal (BRASIL, 2013c; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

QUADRO 67 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA HIPOGLICEMIA

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Manutenção ineficaz da saúde Risco de glicemia instável Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Risco de perfusão tissular periférica ineficaz Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Confusão aguda / Risco de Náusea Risco de queda
CIPE	Crise de saúde aguda Hipoglicemia Polifarmácia	Risco de Efeito Colateral da Medicação Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada Risco de Lesão por Queda
CIAP2	K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Hipoglicemia moderada a grave (nível 2 e 3) HGT < 54 mg/dl e/ou sinais de gravidade como tonturas, alterações do nível de consciência e impossibilidade de ingestão via oral</p>	<p>- Encaminhar para atendimento médico imediato.</p>
<p>Hipoglicemia leve (nível 1)</p> <p>HGT < 70 e ≥ 54 mg/dl Assintomática ou acompanhada de tremores, palpitações, ansiedade/excitação, sudorese, fome e parestesias.</p>	<p>Gerenciar hipoglicemia: Administrar 15-20 g de glicose por via oral, equivalentes a 1 colher de sopa de açúcar ou 30 ml de soro glicosado a 50% diluído em um copo de água filtrada; Repetir HGT e o processo de administração de glicose via oral de 15 em 15 min até HGT ≥ 70 mg/dL. Se persistência ou piora do quadro, encaminhar para avaliação médica; Orientar o consumo de uma refeição ou lanche equilibrado após a normalização dos níveis glicêmicos para evitar recorrência; Identificar fatores precursores e pactuar retorno para revisão do plano de cuidados; Orientar medidas para prevenção da hipoglicemia como manter alimentação balanceada evitando ficar longos períodos em jejum, pessoas em uso de insulina ou sulfonilureias carregar sempre consigo uma fonte de carboidrato de absorção rápida (sachê de glicose 15 g ou balas não <i>diets</i>) e realizar acompanhamento regular; Orientar medidas para manejo da hipoglicemia no domicílio: ingerir 1 colher de sopa de açúcar diluída em um copo de água ou 3 balas não <i>diets</i> ou um sachê de glicose 15 g de 15 em 15 min até normalizar o HGT. Procurar US em caso de persistência do quadro. Orientar familiar que em caso de alteração grave do nível de consciência, colocar mel ou açúcar embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha do usuário e procurar atendimento médico de urgência.</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

Você já Sabe, mas não custa Lembrar:

- Todos os pacientes com diabetes mellitus devem ser sistematicamente **investigados para tuberculose (TB)**, dado o risco aumentado de desenvolvimento da doença ativa, conforme diretriz do Ministério da Saúde.
- Na presença de sintomas respiratórios (tosse por mais de duas semanas, febre, sudorese noturna, emagrecimento, fraqueza), realizar exames específicos como baciloscopia, teste rápido molecular (TRM-TB) e radiografia de tórax.
- Acompanhar de forma rigorosa pacientes diabéticos diagnosticados com TB, devido ao risco de complicações e prolongamento do tratamento.
- **Realizar investigação de diabetes em todos os pacientes em tratamento de tuberculose.**

7. MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO

A consulta de Enfermagem no manejo da hipertensão e diabetes, salvo às especificidades discutidas ao longo dos capítulos anteriores, requer objetivos concomitantes e frequentemente associados, entre eles, a promoção do autocuidado e MEV. As dificuldades das pessoas em adequar seus hábitos a um estilo de vida saudável e conciliar suas atividades diárias com o tratamento medicamentoso e as diferentes tecnologias do cuidado têm sido uma lacuna a ser trabalhada de forma mais efetiva na rotina da APS (MOURA et al., 2011; WHO, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

Observa-se que, em geral, são necessários pelo menos de 2 a 8 meses para mudar um hábito, aprender ou aplicar um comportamento recomendado a partir do processo de orientação no serviço de saúde (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Promover esse processo não é atribuição exclusiva de um profissional de saúde ou outro, contudo, o enfermeiro tem papel fundamental na elaboração e coordenação do plano de cuidados, no qual serão definidas e pactuadas em conjunto com o usuário as mudanças necessárias à sua saúde e bem-estar.

Sendo assim, buscar estratégias que contemplem a educação em saúde, o empoderamento, o apoio ao autocuidado e, conseqüentemente, o controle das doenças crônicas, devem ser diretrizes fundamentais da assistência a esse público-alvo (BRASIL, 2014; POWERS et al., 2017; MENDES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

7.1. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Entende-se por autocuidado a capacidade do indivíduo em cuidar de si, incluindo o contexto em que está inserido e suas atitudes perante a doença. Nesse sentido, o autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, o qual orienta ao usuário o que ele deve fazer. O autocuidado reconhece o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro nesse processo (BRASIL, 2014; MENDES, 2012).

Inicialmente é fundamental que as pessoas com doenças crônicas e seus familiares estejam bem informados sobre sua condição de saúde, motivados a lidar com ela e adequadamente capacitados a cumprirem o seu papel no plano de cuidados (SILVA, 2016). As informações essenciais as quais todos os usuários devem ter acesso são: sintomas, causas, diagnóstico, evolução, formas e objetivos de tratamento, automonitoramento, possíveis complicações e sinais de alerta (MENDES, 2019).

Cabe ressaltar que pessoas consideradas com ‘capacidade para o autocuidado insuficiente’ são aquelas (BRASIL, 2014):

- Com dificuldades de compreensão de sua doença crônica, das necessidades farmacológicas e/ou do plano de tratamento;
- Que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento;
- Com baixo suporte social e fraca rede de apoio;
- Com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições;
- Que reduzem a sociabilidade e tornam-se reclusas por suas limitações, muitas vezes fazendo dos próprios problemas o centro de suas vidas;
- Que abandonam o tratamento por não atingirem as metas terapêuticas;
- Com depressão grave e prejuízo no desempenho das atividades diárias.

7.2. MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

O conhecimento, isoladamente, não é suficiente para promover a mudança do comportamento. Por isso, é necessário sensibilizar e estimular a modificação da maneira de agir dos usuários com relação às medidas de autocuidado, considerando que esse processo envolve dimensões como propósito de vida, concepção de prioridades, escolaridade, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

O primeiro passo para o estímulo à mudança de comportamento é considerar o estágio no qual o usuário se encontra. Os estágios motivacionais para a mudança de comportamento e estratégias recomendadas são descritos no quadro a seguir (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

QUADRO 68 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS ESTÁGIOS E ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Comportamento de saúde propenso a risco Controle da saúde familiar ineficaz Disposição para controle da saúde melhorado Manutenção ineficaz da saúde Disposição para nutrição melhorada Disposição para sono melhorado	Disposição para melhora do autocuidado Manutenção do lar prejudicada Disposição para conhecimento melhorado Disposição para processos familiares melhorados Disposição para enfrentamento familiar melhorado
CIPE	Aceitação da condição de saúde Ambivalência Autoeficácia - baixa ou alta Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento	Conhecimento, Adequado / Falta de conhecimento sobre Disposição (ou Prontidão) para – (Ex: tomada de decisão, Abandono de Tabagismo; MEV; autocuidado) Disposto (ou pronto) a Aprender Tomada de decisão, Eficaz

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

QUADRO 69. ESTÁGIOS E ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

ESTÁGIO	CONCEITO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Pré-contemplação/ Pré-ponderação	Não tem intenção de modificar determinado comportamento em um futuro próximo, ainda que reconheça essa necessidade; A resistência para a mudança pode apresentar-se de forma hostil, resignada ou racionalizadora.	Fornecer informações, levantar dúvidas e trazer questionamentos; Evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento; Dar feedback.
Contemplação/ Ponderação	- Ambivalência: ao mesmo tempo em que há consciência dos riscos e problemas relacionados ao comportamento, há o desejo de mudar, mas não neste momento.	Explorar a ambivalência; Evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento alvo; Utilizar balança decisória (prós e contras da mudança); Fornecer apoio, fortalecendo a autoeficácia.
Preparação	Está se preparando para a mudança, estabelecendo metas para a mudança de comportamento nos próximos 30 dias; A pessoa parece estar pronta para comprometer-se com a ação, mas isso não significa que toda a ambivalência esteja resolvida.	Elaborar em conjunto com a pessoa/rede de apoio um plano de ação/ plano de cuidados; Estabelecer metas e prazos.
Ação	-Realizando a mudança.	Acompanhar o processo de mudança, avaliando os resultados e adequando o plano de cuidados conforme necessidade.
Manutenção	- Quando os indivíduos mantiveram sua mudança de comportamento por um período maior - em geral, 6 meses após o início da fase de ação.	Realizar reforço positivo auxiliando na identificação dos benefícios do comportamento assumido; Reconhecer as situações de risco para deslizes e recaídas, estabelecendo estratégias de prevenção e enfrentamento.
Deslizes e recaídas	Caráter transitório ou permanente; Recaídas e deslizes são esperados no processo de mudança a longo prazo e se não trabalhados adequadamente, podem enfraquecer a autoeficácia e reforçar pensamentos de culpa, fracasso ou impotência.	Auxiliar a pessoa a renovar o processo de mudança; Evitar falas que provoquem culpa, imobilização ou desmoralização da pessoa; Avaliar e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.

Fonte: adaptado de Coren/RS, 2020

7.3 HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

As dificuldades dos profissionais em estabelecer empatia e comunicação apropriadas para compartilhar as responsabilidades do plano conjunto de cuidados com o usuário e família podem prejudicar a adesão e o processo de mudança de comportamento (ALIOTTA; VLASNIK; DELOR, 2004; DICKINSON et al., 2017; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Nesse sentido, uma abordagem inadequada a partir de uma linguagem não centrada na pessoa (mesmo que com intenção de) pode levar a atritos entre as necessidades em saúde, o plano de cuidados e as prioridades do usuário, conforme momento de vida (SPEIGHT et al., 2012; DICKINSON et al. 2017).

Reflexos disso, são sentimentos de fracasso, frustração e culpa, gerados como consequências de expectativas irreais e inequânimes de cuidado. Com o tempo, muitas pessoas param de confiar em si e nos profissionais ou familiares, buscando evitar - consciente ou inconscientemente - atendimentos na unidade de saúde (SPEIGHT et al., 2012).

O quadro abaixo descreve maneiras mais efetivas de comunicação para a promoção do autocuidado e mudanças de estilo de vida.

QUADRO 70 - DESENVOLVENDO HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO CENTRADAS NA PESSOA (A)

PRINCÍPIOS ORIENTADORES	
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar culpar ou empregar termos que impliquem em julgamento moral sobre comportamentos, mesmo que com tom amigável; • Evitar uso de termos como: “diabético”, “hipertenso”, “não aderente”, “mau controle”, “descompensado”, “você deve”, “você tem que”, “você não pode”; • Preferir termos como: “pessoa com diabetes ou hipertensão”, “manejo da condição”, “você atingiu seus objetivos”, “você pode considerar...”, “você pode escolher entre...”, “o que você pensa ou gostaria de...”; • Atentar que ideias de “não controle” geram frustração e sentimento de impotência, podendo paralisar a mobilização de forças para enfrentamento; • Evitar fornecer muitas informações sobre a condição crônica como rotina; • Aceitar e respeitar que o indivíduo tem o direito de fazer escolhas e é responsável por sua própria condição; 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar que a doença nem sempre pode ser prioridade na vida do usuário; • Lembrar sempre de que todas as pessoas são diferentes, mesmo com características em comum decorrentes de riscos e doenças; • Procurar estimular a esperança e o otimismo, valorizando todos os passos realizados em busca da mudança, por menores que possam parecer em um primeiro momento; • Reforçar que saúde e bem-estar a partir do autocuidado e mudanças no estilo de vida vão muito além do que “controlar doenças”; • Focar a abordagem e a linguagem na produção de vida e não na reprodução de discursos que remetam hábitos saudáveis a sacrifícios ou de que mudanças são difíceis; • Destacar sempre o que as pessoas alcançaram e estão dispostas a fazer em vez de explorar como rotina dificuldades, hábitos nocivos ou resultados anteriores que não deram certo.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 70. DESENVOLVENDO HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO CENTRADAS NA PESSOA (B)

EXEMPLOS DE COMO CONDUZIR UMA CONVERSA SOBRE MUDANÇA*
<p>1. Conhecer a pessoa, sua rede de apoio e a rotina antes de abordar a condição clínica. “Antes de tudo, se o Sr. não se importar, eu gostaria de lhe conhecer um pouco melhor. Como você se descreveria em relação a sua família, a sua rotina?” “Como o diabetes / hipertensão afeta a sua vida diária e a da sua família?”</p>
<p>2. Faça perguntas abertas, uma de cada vez e evite responder ou completar as frases pela pessoa. “Como tem sido com as suas medicações?” “Que perguntas você tem?” “O que lhe causa maior preocupação sobre sua condição de saúde nesse momento?”</p>
<p>3. Respeite a autonomia e peça permissão para informar. “Eu realmente estou preocupada em quanto o cigarro está influenciando a sua saúde. Tudo bem para você se falássemos um pouco a respeito?” “Para que eu não me concentre em algo que não seja útil para você nesse momento, pergunto o que você já sabe sobre o colesterol alto e o que você gostaria de saber?”</p>
<p>4. Explore as razões, a importância e a confiança da pessoa para mudar determinado comportamento. “Por quais razões você quer emagrecer?” “O que lhe motiva a parar de fumar?” “Qual a importância para você, hoje, de iniciar uma atividade física?” “O quão confiante você se sente para aplicar a insulina sozinho a partir de agora?”</p>
<p>5. Evite aconselhar, auxilie a pessoa a encontrar as suas próprias respostas e alternativas. “De que formas você pensou em fazer essa mudança?” “O que você já tentou ou fez para parar de fumar?” “Que tipos de atividades físicas você se enxergaria fazendo?”</p>
<p>6. Faça afirmações e reforços positivos. Usuário: “Eu consegui reduzir o açúcar do café, mas os doces não consegui deixar de comer. Não consigo.” Profissional: “Que ótimo que você conseguiu dar o primeiro passo, mudar nem sempre é fácil no início. Me conte mais como você conseguiu fazer essa mudança?”</p>
<p>7. “Faça resumos e finalize a consulta retomando as pactuações. “Então, você decidiu que vai tentar iniciar caminhadas com o seu esposo e vai tentar fazer mais vezes o exame da glicose durante o dia. Conversamos um pouco sobre o quanto você acha importante cuidar mais de você nesse momento. Combinamos de você repetir os exames em um mês e retornar comigo em consulta. É isso ou esqueci de alguma coisa?”</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

Anotações: *Abordagem baseada na Entrevista Motivacional, que constitui um estilo de comunicação colaborativa e centrada na pessoa com objetivo de evocar as motivações para mudanças de comportamento no interesse de sua saúde.

7.4. AÇÕES PARA 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
- Hábitos alimentares
- Controle do peso
- Recreação
- Exercícios regulares e
- Evitar substâncias nocivas ao organismo

7.4.1. 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 compõem 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

7.4.2. 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 adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em prática produtivas adequadas e sustentáveis. (BRASIL, 2014).

QUADRO 71 - DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados

Em grande variedade e predominantemente de origem vegetal, alimentos in natura ou minimamente processados são a base ideal para uma alimentação nutricional- mente balanceada, saborosa, culturalmente apropriada e promotora de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável. Variedade significa alimentos de todos os tipos – grãos, raízes, tubérculos, farinhas, legumes, verduras, frutas, castanhas, leite, ovos e carnes – e variedade de dentro de cada tipo – feijão, arroz, milho, batata, mandioca, tomate, abóbora, laranja, banana, frango, peixes etc.

2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias

Utilizados com moderação em preparações culinárias com base em alimentos in natura ou minimamente processados, óleos, gorduras, sal e açúcar contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação sem torná-la nutricionalmente desbalanceada.

3. Limitar o consumo de alimentos processados

Os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam. Em pequenas quantidades, podem ser consumidos como ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados

4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados

Devido a seus ingredientes, alimentos ultraprocessados – como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo” – são nutricionalmente desbalanceados. Por conta de sua formulação e apresentação, tendem a ser consumidos em excesso e a substituir alimentos in natura ou minimamente processados. Suas formas de produção, distribuição, comercialização e consumo afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente.

5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia

Procure fazer suas refeições em horários semelhantes todos os dias e evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, sem se envolver em outra atividade. Procure comer em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja estímulos para o consumo de quantidades ilimitadas de alimento. Sempre que possível, coma em companhia, com familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola. A companhia nas refeições favorece o comer com regularidade e atenção, combina com ambientes apropriados e amplia o desfrute da alimentação. Compartilhe também as atividades domésticas que

antecedem ou sucedem o consumo das refeições.

6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados

Procure fazer compras de alimentos em mercados, feiras livres e feiras de produtores e outros locais que comercializam variedades de alimentos in natura ou minimamente processados. Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente. Sempre que possível, adquira alimentos orgânicos e de base agroecológica, de preferência diretamente dos produtores.

7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias

Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las, principalmente com crianças e jovens, sem distinção de gênero. Se você não tem habilidades culinárias – e isso vale para homens e mulheres –, procure adquiri-las. Para isso, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet, eventualmente faça cursos e comece a cozinhar!

8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece

Planeje as compras de alimentos, organize a despensa doméstica e defina com antecedência o cardápio da semana. Divida com os membros de sua família a responsabilidade por todas as atividades domésticas relacionadas ao preparo de refeições. Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer. Reavalie como você tem usado o seu tempo e identifique quais atividades poderiam ceder espaço para a alimentação.

9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

No dia a dia, procure locais que servem refeições feitas na hora e a preço justo. Restaurantes de “comida a quilo” podem ser boas opções, assim como refeitórios que servem “comida caseira” em escolas ou no local de trabalho. Evite redes de fast-food.

10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Lembre-se de que a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar ou, menos ainda, educar as pessoas. Avalie com crítica o que você lê, vê e ouve sobre alimentação em propagandas comerciais e estimule outras pessoas, particularmente crianças e jovens, a fazerem o mesmo.

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2023.

Conheça a versão completa do guia alimentar para a população brasileira:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dez_passos_alimentacao_adequada_saudavel_dobrado.pdf

7.4.3. 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

7.4.4. 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.

7.4.5. 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.

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.

7.4.6. PESO CORPORAL

A obesidade é uma condição crônica. Logo, não tem cura. Mas, pode ser controlada. As complicações que acompanham a obesidade incluem doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, por exemplo. 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.

Ao contrário do que muitos pensam, inclusive por conta do estigma e preconceito, ninguém escolhe ser obeso. Por ser multifatorial e completo, a obesidade não tem uma resposta simples. Além disso, é importante estabelecer objetivos viáveis, considerando mudanças

que possam ser mantidas a longo prazo.

Uma questão relevante dá conta do reganho de peso. Estudos mostram que perdas modestas de peso e, portanto, mais viáveis reduzem uma série de riscos para a saúde, independentemente do peso final do tratamento.

Por isso, é tão importante avaliar a trajetória de peso. Reconhecer que pequenas perdas de peso são benéficas para a saúde é essencial no tratamento. A pessoa pode continuar na mesma faixa de classificação e, ainda assim, obter muitos ganhos para a saúde é essencial para o tratamento.

O tratamento da obesidade é difícil e o objetivo é muito mais amplo do que satisfazer o desejo de ser considerado magro. Importante que essas expectativas sejam consideradas desde o início, afinal, muitas pessoas desistem e abandonam o tratamento porque a perda de peso foi menor do que suas expectativas (muitas vezes, criadas também por profissionais de saúde).

Para saber mais sobre o assunto, acesse o link:

https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Ebook_Obesidade_Controlada.pdf

QUADRO 72 CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Baixo peso	<18,49
Eutrófico	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25 - 29,9
Obesidade de grau I	30 - 34,9
Obesidade de grau II	35 - 39,9
Obesidade de grau III	≥ 40

Fonte: WHO, 2018

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

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

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.

QUADRO 73 VALORES DE CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

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

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

7.4.7. 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. Dados de altura e peso devem ser registados corretamente.

Avaliar qualidade da dieta por meio do Marcador de Consumo Alimentar. Avaliar tempo de sono, hábitos de vida sedentário (atividade física e tempo de tela). Em adolescentes, avaliar maturidade sexual (em função da repleção energética).

7.4.8. CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS

O autocuidado deve ser centrado na pessoa e propõe a construção de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida conjuntamente entre o profissional de saúde e o usuário. Mendes (2012) sugere que sejam levantados os objetivos de vida, além de questionamentos sobre o grau de interesse em mudar determinado comportamento, pontuando de 0 a 10. É necessário realizar uma pactuação com o usuário, descrevendo o que será feito, quantas vezes, quando, onde e como. Nessa perspectiva, avaliar o grau de confiança do indivíduo em fazer a atividade pactuada e, se o valor for menor que 7, desmembrar a tarefa em partes menores e mais acessíveis. Estas estratégias são demonstradas no quadro 43 a seguir (MENDES, 2012).

QUADRO 74 - CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS (A)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> •Comportamento de saúde propenso a risco •Controle da saúde familiar ineficaz •Disposição para controle da saúde melhorado •Saúde deficiente da comunidade •Manutenção ineficaz da saúde •Disposição para nutrição melhorada •Disposição para sono melhorado 	<ul style="list-style-type: none"> •Disposição para melhora do autocuidado •Manutenção do lar prejudicada •Disposição para conhecimento melhorado •Disposição para processos familiares melhorados •Disposição para enfrentamento familiar melhorado •Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> •Aceitação da condição de saúde •Adesão a / Não adesão a •Apoio familiar / Falta de Apoio familiar •Apoio social / Falta de Apoio social •Capaz de Executar o Autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> •Capacidade para participar no planejamento do cuidado •Comportamento de busca de saúde •Continuidade do cuidado, Eficaz •Qualidade de vida •Déficit de autocuidado

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

QUADRO 74. CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS (B)

PACTUAÇÃO	PREENCHER COM O USUÁRIO:
Data:	
Comportamento e/ou atividade:	
O que você fará/Quanto/Quantas vezes (dia/semana)/Quando/Onde/Como:	
As principais barreiras para alcançar essa meta são:	
As ações que posso fazer para superar essas barreiras são:	
Grau de confiança - de 0 (totalmente sem confiança) a 10 (totalmente confiante):	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

7.4.9. ACOMPANHAMENTO

Em cada uma das consultas de acompanhamento, o Enfermeiro deve estar atento ao cumprimento das metas acordadas anteriormente e pactuar novos objetivos. Para este acompanhamento, sugere-se utilizar a técnica dos Cincos “As”, a qual traz orientações sobre todo o processo de promoção do autocuidado.

QUADRO 75 - TÉCNICA DOS 5 “AS”

INTERVENÇÃO	TÉCNICA
AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias do usuário sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde, assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que o usuário relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ele entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE/ PACTUE	Estabeleça uma parceria com o usuário para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança - auxilie no planejamento, na elaboração e adequação dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizos e recaídas; forneça material de apoio.
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com o usuário as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

Posto isto, os principais objetivos do autocuidado compreendem: gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer a condição de saúde e a partir disso, decidir e escolher o tratamento, adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a saúde, utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças e superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde (MENDES, 2012).

Assim sendo, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na identificação das barreiras à mudança, na motivação dos usuários, no aperfeiçoamento de habilidades para solução de problemas, buscando assegurar o suporte necessário para as mudanças comportamentais.

Para saber mais sobre essas e demais ferramentas para a promoção do autocuidado na APS, consulte o Caderno de Atenção Básica nº 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica”, disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

8. 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

8.1. AÇÕES EDUCATIVAS EM GRUPOS

No contexto atual da APS, o trabalho com grupos é uma atividade frequentemente realizada, tendo como foco principalmente a promoção da saúde e prevenção de agravos. Furlan (2010) destaca algumas vantagens na realização de grupos com os usuários:

- Os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários. O espaço de grupo propicia que o saber esteja nas pessoas e não centrado em um profissional de saúde (mas, também nele).
- Grupos podem trazer bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento do tratamento. A possibilidade de os encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado.
- Os usuários podem sentir maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que tem no manejo da doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) pode propiciar.
- O grupo pode ampliar o olhar dos profissionais e usuários sobre as relações e os modos de viver. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e o acompanhamento do sujeito.
- A prática em grupo possibilita que várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida e valores parecidos se reúnam. A troca de experiências pode possibilitar que se forme uma rede social e de suporte para além do grupo (FURLAN, 2010, p. 107-109)

8.1.1. ELABORAÇÃO DOS GRUPOS

Ao planejar a formação de um grupo é muito importante refletir sobre o público-alvo e a finalidade da ação, de modo a selecionar o formato mais apropriado para responder às necessidades do contexto ou problema para o qual planejamos uma intervenção. Os grupos podem ser classificados de muitas formas. Segundo Zimermann e Osório (1997), a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo. O que determina diferenças entre os grupos é a finalidade para o qual eles foram criados e compostos. Influenciam as vertentes teóricas utilizadas, o tipo de setting que preside o grupo (constituição), a finalidade, as pessoas que compõem o grupo, a área em que o grupo está sendo aplicado, o tipo de vínculo estabelecido com o coordenador e o tipo de técnica aplicada.

A realização de grupos não é uma atividade simples. Conforme Casanova, Osório e Dias (2012), tal atividade envolve uma série de aspectos para que seja uma oferta resolutive e de qualidade. É necessário planejar e ter objetivos claros na realização de um grupo, seja por meio do conhecimento da situação-problema, sobre as patologias em questão (como hipertensão, depressão), seja pela organização das intervenções que serão realizadas na abordagem.

QUADRO 76 - PASSO-A-PASSO PARA FORMAÇÃO DOS GRUPOS

Fazer o diagnóstico local:

- Conhecemos nosso território?
- Quais as principais demandas e necessidades dos usuários deste território?
- Quais são os indicadores de saúde da comunidade?
- Quais os riscos e vulnerabilidades observados?

As respostas para estas questões possibilitam um diagnóstico local. E o melhor espaço para a realização deste diagnóstico sem dúvida são as reuniões de equipe, onde será possível analisar e discutir as principais necessidades e demandas do território.

Definir o público-alvo

A equipe pode definir como prioridade grupos que envolvam adolescentes, mulheres, homens, idosos, aposentados, gestantes, mães, pessoas com doenças crônicas, fumantes, pessoas acima do peso, usuários com dor crônica, com crises de ansiedade, entre outros.

Estabelecer os objetivos do grupo

Os objetivos do grupo devem ser construídos de forma participativa, sendo sempre desejável que os usuários participem desta decisão nas reuniões iniciais do grupo. Oferecer suporte para um tratamento ou para enfrentamento de situações de vida, realizar tarefas para socialização ou aprendizagens, estimular autocuidado, oferecer técnicas de controle de estresse, ressignificar papéis ocupacionais, psicoterapia, etc.

Elaborar as ações e estratégias para a formação e desenvolvimento do grupo

Definida a população alvo e estabelecidos os objetivos, planejar as estratégias e organizar as atividades do grupo na Unidade.

Grupos Abertos: o grupo pode receber novos participantes durante o processo.

Grupos Fechados: o grupo seguirá com os mesmos participantes até o seu término.

Organizar os critérios de seleção dos participantes: quais os usuários que podem se beneficiar dos grupos de acordo com o diagnóstico da situação do território.

Definir o número de participantes: para permitir maior espaço para as verbalizações dos usuários e uma condução e manejo das situações grupais de forma mais segura.

Eleger os profissionais que irão participar das reuniões: sempre que possível, é importante que a equipe decida por pelo menos dois profissionais fixos que possam acompanhar o grupo em todos os seus encontros.

Não existe uma categoria profissional mais adequada que outras para coordenar grupos. Muitos profissionais de saúde podem auxiliar na condução. O papel do agente comunitário de saúde nas equipes, por exemplo, pode facilitar seu desempenho como coordenador de alguns grupos. O vínculo, o conhecimento da realidade daquela comunidade, as histórias e o modo como eles lidam com as relações na vida podem auxiliar na adesão e fortalecimento do grupo.

O encontro em grupo pode ser dividido em três momentos:

Aquecimento: quando acontecem os cumprimentos e a troca de informações sobre como passaram desde o último encontro. Podem ser utilizadas aqui, por exemplo, dinâmicas de aquecimento de grupos, preferencialmente esta etapa não deve ultrapassar 15 minutos.

Abordagem do tema/assunto do encontro: O coordenador apresenta o assunto combinado para aquele dia e as estratégias que irá utilizar: roda de conversa; tarefa a ser realizada (ex: jogo sobre o tema, leitura de um texto, atividade de artesanato, entre outras)

Encerramento: Por volta de 20 minutos antes do término do tempo, o coordenador pode iniciar o fechamento da discussão. Isto pode ser proposto pedindo que os participantes expressem sua percepção sobre o assunto após a discussão e/ou fazendo uma síntese dos temas abordados e problematizados, sobre as conclusões que o grupo parece ter chegado e reforçando possíveis esclarecimentos feitos por ele e os profissionais da equipe sobre o tema. Neste momento, o coordenador pode solicitar ou não que os outros profissionais da equipe também se expressem.

Fonte: Adaptado de Catanduva/SP, 2022.

QUADRO 77 – ASPECTOS IMPORTANTES NO PLANEJAMENTO DE UM GRUPO NA APS

DEFININDO AS ATIVIDADES COM O GRUPO:

- O que fazer?

Discutir com os participantes o que se pretende com a formação do grupo e discutir quais atividades e ações podem ser realizadas para atingir os objetivos e que sejam de interesse de todos.

- O que é preciso para fazer?

Uma vez definidas as atividades pelo grupo, devemos pensar nos recursos necessários para a realização destas atividades. Os recursos incluem tanto os humanos quanto os materiais.

Os grupos voltados para educação em saúde necessitam de profissional de saúde para mediar as discussões.

Já os grupos de promoção da saúde, ao longo do tempo podem exigir menor tempo da equipe, pois a própria condução das atividades pode ser transferida para os participantes, no sentido da corresponsabilização e da autonomia.

Em alguns casos, também podemos envolver outras pessoas para auxiliar no grupo, que pode ser, por exemplo, um educador físico do, ou mesmo uma pessoa da comunidade que executa alguma atividade de educação em saúde.

É de fundamental importância que vários membros da equipe de saúde estejam envolvidos na construção dos grupos, pois para os participantes, isso demonstra a importância da atividade.

A equipe deve fomentar a participação das pessoas envolvidas no projeto e por fim, aumentar a capacidade técnica, política e social dos participantes.

LEMBRE-SE QUE DEVEMOS PRESERVAR A AUTONOMIA DO GRUPO. A INTENÇÃO É QUE OS PARTICIPANTES POSSAM COMPARTILHAR CONHECIMENTOS E TÉCNICAS, A FIM DE GERAR UM EMPODERAMENTO DOS MESMOS.

Em relação às instalações e recursos materiais, depende também das atividades escolhidas. O grupo deve fazer uma lista e ver o que já existe de disponível na unidade ou mesmo o que alguns participantes podem contribuir (por exemplo, música para o grupo de dança), e ainda solicitar auxílio para as secretarias do município (saúde, promoção social, educação, etc), e dispor de equipamentos que podem estar disponíveis no território, como praças, escolas, salões paroquiais, associações de bairro, casa dos participantes, e a própria UBS.

- Quando fazer?

Logo no início é importante estabelecer um cronograma (calendário) das atividades. O horário de funcionamento do grupo que deve ser pré-estabelecido (início, término, periodicidade e frequência). Essa definição deve considerar os objetivos que queremos atingir e a disponibilidade das pessoas.

TUDO DEPENDE DOS OBJETIVOS E PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES.

Já em relação à disponibilidade das pessoas, um grupo voltado para educação em saúde, seja para problemas crônicos ou de gestantes que acontece no horário comercial, dificilmente terá a participação dos que trabalham. Uma solução seria realizar o grupo após o expediente da UBS, e compensar dando folgas em outro momento para os funcionários envolvidos

• Quantas pessoas devem participar?

O tamanho do grupo também deve ser decidido conforme os recursos disponíveis e o objetivo do grupo. Por exemplo, um grupo voltado para a promoção da saúde, que tem atividades de socialização ou voluntariado, pode ter um número maior de participantes e é muito difícil estabelecer um limite, e neste caso, o bom senso deve prevalecer sobre as clássicas recomendações. Já um grupo de educação em saúde não deve ultrapassar 15 pessoas para permitir uma participação efetiva de todas as pessoas, pois estamos falando de uma prática educativa dialogada e não uma palestra prescritiva. Por exemplo, num grupo de pessoas que tem hipertensão, ao invés de uma palestra sobre necessidade dos medicamentos, realização de dieta e atividade física, o grupo deve oportunizar que as pessoas relatem suas dificuldades ou formas de realizar o cuidado. Isso permite um enriquecimento e aprendizado do grupo.

Isso não quer dizer que essas informações não devam ser passadas, porém a proposta é ir além de “ensinar comportamentos para evitar riscos à saúde” (escovar os dentes, lavar as mãos, parar de fumar). A educação nos grupos tem como sua maior premissa possibilitar ao sujeito desenvolver suas máximas potencialidades.

Fonte: Adaptado de TelessaúdeSC, 2018.

QUADRO 80 – UTILIZANDO DINÂMICAS DE GRUPO

Os grupos são potencializadores de energias, pois pertencer a um grupo exige considerações importantes a serem feitas. A mobilização de emoções no grupo é muito maior porque nele o indivíduo se expõe muito mais.

Ou seja, nada do que se faz em grupo passa despercebido, tudo é significado por alguém. Por essa razão o profissional deve ser assertivo em suas escolhas de atividades

Dinamizar um grupo é prepará-lo para o que vai acontecer. Pode ser um momento de aquecimento em que a intenção é de que todos participem efetivamente como podem e sabem participar. É importante que seja utilizada uma atividade em que o participante possa sentir-se pertencente a um grupo.

Fonte: Adaptado de TelessaúdeSC, 2018.

O profissional pode fazer algumas perguntas para si mesmo antes de utilizar uma dinâmica de grupo:

A atividade que eu escolhi tem relação com o conteúdo que quero trabalhar?

- O tempo que tenho vai dar para aplicar todas as etapas do desenvolvimento dessa atividade?
- A atividade não explorará as pessoas sem a autorização delas?
- A atividade que eu escolhi facilitará o processo de aprendizagem do grupo?
- Com essa atividade chegarei no objetivo que quero?
- Consigo dimensionar algumas reações que podem aparecer e o que vou fazer com elas?

- Estou preparado ou tenho a quem pedir ajuda se necessitar de apoio emocional no grupo?
- Essas e outras perguntas podem servir para preparar o mediador/facilitador.

8.1.2. AVALIANDO O GRUPO

Após atividade é importante a equipe fazer uma breve reunião para troca de impressões e planejamento do próximo encontro. É fundamental registrar os acontecimentos e falas do grupo. Este registro pode ser feito pelo(s) profissional(is) que está atuando no dia como, nesta reunião que se segue ao grupo.

O grupo já está formado e só o que precisamos é estabelecer medidas para determinar avanços e resultados. Por fim, determinar os benefícios esperados ou a situação ao final do grupo depois de ter alcançado com êxito os objetivos. O processo de controle e avaliação vai desde a discussão das ideias iniciais durante as reuniões, lista de presença, síntese de opiniões e primeiras impressões do grupo, pontos falhos até correções (CORREIA, 2009). Um bom parâmetro inicial que diz respeito a efetividade do grupo e pode ser facilmente aferido, diz respeito ao número de participantes que permaneceram no grupo por um período de tempo.

Junto com a equipe, iniciar um processo de análise do trabalho desenvolvido e rever os problemas enfrentados em sua unidade de saúde para identificar se há possibilidade de criar novos grupos, adequar os já existentes

MAIS INFORMAÇÕES EM:

Dica de Material para planejamento e funcionamento de grupos na Atenção Primária do Telessaúde SC.

<https://bit.ly/3we1Oyt>

Webpalestra TelessaúdeSC: “Trabalhando com grupos na APS”:

<https://www.youtube.com/watch?v=dljCHdbvpqA>

Apostila “Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família”, da Una-SUS SC

https://drive.google.com/file/d/1xy6ObVZCDv_NcQrBvtL54zNfvHAfks5H/view

METODOLOGIA DE TRABALHO EM GRUPOS PARA AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

<https://bit.ly/alimentacaogrupos>

QUADRO 78 – ROTEIRO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS HAS

HIPERTENSÃO ARTERIAL	
IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO	Obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, estresse
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"> • Alimentos <i>in natura</i>, minimamente processados e ultraprocessados • Leitura de rótulos dos alimentos • Recomendações de acordo com Fascículos do Guia Alimentar para Hipertensão.
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

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2023.

QUADRO 79 – ROTEIRO SUGERIDO PARA ACOMPANHAMENTO DE GRUPOS DM

DIABETES MELITO	
IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO	Obesidade, sedentarismo, fumo, álcool, estresse
O que é diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de diabetes • Valor normal da glicemia • Tratamento <ul style="list-style-type: none"> • Cronicidade da doença • Diabetes na família
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos <i>in natura</i>, minimamente processados e ultraprocessados • Leitura de rótulos dos alimentos • Recomendações de acordo com Fascículos do Guia Alimentar para Diabates.
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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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, com- prometimento 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

Fonte: Adaptado de São Paulo, 2020.

9. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/
- Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmen L. O. O. More, Carla Ribeiro. – Florianópolis, 2010. Disponível em https://drive.google.com/file/d/1xy6ObVZCDv_NcQrBvtL54zNfvHAfks5H/view
- ALIOTTA, S; VLASNIK, J.; DELOR, B. Enhancing adherence to long-term medical therapy: a new approach to assessing and treating patients. **Pubmed**, [s.l.], v. 21, p. 214-31, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15605616/>.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes 2020. **The journal of clinical and applied research and education diabetes care**, [s.l.], v. 43, p. 193-202, 2020.
- ARMSTRONG, D.G, ASLA, R.J. Management of diabetic foot ulcers. Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com> Acesso em: 21 mai. 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. –Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p:il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v.2). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.pdf .
- AUGUSTO, M.C. et al. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. **Revista Latino-Americana**, set./ out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dKdPs5ctBFVvKq4sKHQZDmR/?format=pdf&lang=pt>
- FURLAN, P.G. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, SP. 2012. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/quadros_tese.pdf
- BAKRIS, G. L. Moderately increased albuminuria (microalbuminuria) and cardiovascular disease. Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 29 abr. 2020.
- BASILE, J.; BLOCH, M. J. Overview of hypertension in adults. Post TW, ed. UpToDate, mai. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358 /2009**, de 15 out. 2009.. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Primária n.29**: rastreamento. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e insumos estratégicos em saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n. 35, p. 162, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.37, p.128, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.36, p.160, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 1 ed. V. II, n.28, p. 290, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Manual do pé diabético, p. 62, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436/GM**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, seção 1, p. 68, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira** [recurso eletrônico] Rio de Janeiro, 6.5 MB; ePUB, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2605**, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 156**, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital do Coração. **Alimentação cardioprotetora.** Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos.** Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2.** Brasília, 2020c. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumos/pcdt_resumido_diabete-melito_tipo2.pdf

BRASÍLIA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas.** Brasília: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, módulo 3, 7 ed., p. 68, 2014.

BRETTLER, J. **Hipertensão essencial.** BMJ Publishing Group Ltda, London, ago 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/26>

CAPUCCIO, F. C. et al. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. BMJ Publishing Group Ltda, jul 2004.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto no 94.406**, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei no 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406%2C%20DE,enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997/>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Rio de Janeiro: 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n 514/2016.** Aprova o guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n 564/2017**. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Parecer n° 19**, de 2016.

Parecer quanto ao uso da classificação internacional da atenção primária por enfermeiros da atenção básica na sistematização da assistência de enfermagem através do E-SUS e, se esta pode ser utilizada como diagnóstico de enfermagem ou se há a necessidade de utilizá-la juntamente com outros sistemas de classificação de diagnóstico de enfermagem. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=legislacao&pagina=pareceres>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Protocolo de Enfermagem volume 1: Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, p. 57, 2015.

COSENTINO, F. et al. **Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the task force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology and the European Association for the Study of Diabetes**. European Heart Journal, [S.l.] v. 41, issue 2, p. 255-323, 7 jan 2020.

CYRER, P. E. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. Post TW, ed. UpToDate, 2020.. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 1 out 2020.

DICKINSON, J.K. et al. The use of language in diabetes care and education. Diabetes Care, [S.l.] 2017.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, HS, CROGHAN, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. [S.l.], Arch Intern Med., 2000.

DINIZ, A. G. **Relevância da nutrição no processo de cicatrização de feridas**. 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) -Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa, 2013.

FERREIRA, S. R. S; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 690 p, 2017.

FERREIRA, S. R. S. et al. **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária em saúde**. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

FLORIANÓPOLIS. Protocolo de enfermagem sobre hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, v. 1, versão 1.5, 2015.

CATANDUVA. Secretaria Municipal de Saúde. **GUIA PRÁTICO DE GRUPOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Catanduva/SP, 2022. Disponível em: <https://observasaudecatanduva.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/GUIA-PRATICO-DE-GRUPOS-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE.pdf>

SANTA CATARINA, Universidade Federal de. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Trabalhando com grupos na Atenção Básica à Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2018. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/14865/1/Apostila_Grupos%20na%20ABS_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf

FRANSWAY, A. F. Stasis dermatites. Post TW, ed. UpToDate, 2019.. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.

GAIESKI, D; MIKKELSEN, M. E. **Avaliação e abordagem inicial do paciente adulto com hipotensão e choque indiferenciados**. Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 15 mai 2020.

GBD 2019 Risk Factors Collaborators. **Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019**. Lancet 2020, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext)

- GIN, H. et al. **Treatment by a moisturizer of xerosis and cracks of the feet in men and women with diabetes:** a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Diabetic Medicine, UK.
- GLYNN, L. G. et al. **Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension.** Cochrane Database of Systematic Reviews, [S.I.], v. 3, 2010.
- GOLDSTEIN, A. O; GOLDSTEIN; B. G. A. **Dermatophyte (tinea) infections.** Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.
- GOMES, A. **Hypergranulation:** best practices in nursing systematic review of the literature. Journal of aging and innovation, v. 2, ed. 2, 2013.
- GONÇALVES, JPB. **Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde:** revisão sistemática e meta- análise de ensaios clínicos controlados. 2014. Dissertação (mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
- GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre pé diabético.** Tradução de Ana Claudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.
- HEARTS, XX. **Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde.** Organização Panamericana da Saúde, Washington, 2019.
- HEINISCH, R. H.; STANGE, L. J. **Religiosidade e doenças cardiovasculares.** Arq Catarin Med, 2014
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Bruxelas, tlas, 8.ed., 2017.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY. Clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder. Kidney International Supplements, p.1-59,2017.
- INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease.** 2019.
- INZUCCHI, S.E.; LUPSA, B. **Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults.** Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 mai 2020.
- KAUFMANN, H. **Treatment of orthostatic and postprandial hypotension.** Post TW, ed. UpToDate, 2018. Disponível em:
- LAFFEL, L.; SVOREN, B. **Management of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents.** Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/uptodate>
- LEEHEY, D.J.; MOINUDDIN, I. **Doença renal diabética.** BMJ Publishing Group Ltda, London, 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/530>
- LISBOA, C.S.F.; LOPES, E.C. **Automonitorização da glicemia: construção de uma proposta de documento orientador:** construção de uma proposta de documento orientador. Boletim da saúde, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 65-74, 2017
- MACEDO, G.M.C.; NUNES, S.; BARRETO, T. **Skin disorders in diabetes mellitus:** an epidemiology and physiopathology review. Diabetol Metab Syndr, [S.I.], 2016.
- MACH, F. et al. **Guidelines for the management of dyslipidaemias:** lipid modification to reduce cardiovascular risk. The task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology and European Atherosclerosis Society. European Heart Journal, [S.I.], 2020
- MALIK, R. A.; ALAM, U.; AZMI, S. **Neuropatia diabética.** BMJ Best Practice. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/531>.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. **Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104,2016.
- MELVIN, L.M.; FUNAI, E.F. **Gestational hypertension.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019
- MOURA, D. J. M. et al. **Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão:** uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem,

Brasília, v. 64, n. 4, 2011.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** Tradução de Regina Machado Garcez. Revisão técnica Alba Lucia Bottura Leite de Barros. Porto Alegre: Artmed, 11 ed., 2018.

NERENBERG, J. et al. **Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children.** Can J Cardiol, v. 34, n. 5, p. 506-25, 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Diabetic foot problems: prevention and management.** NICE guideline, [S.l.]: 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Hypertension in adults: diagnosis and management.** NICE guideline Published, [S.l.], 2019. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng136.

NOBRE, F. et al. **Sexta Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e Quarta Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 110, n.5, supl. 1, 2018.

NOBREGA, A. C. L.; CASTRO, R. R. T.; SOUZA, A. C. **Estresse mental e hipertensão arterial sistêmica mental.** Revista Brasileira de Hipertensão, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 94-7, 2007.

O'CONNOR, P.J.; SPERL-HILLEN, J.M. **Diabetes do tipo 2 em adultos.** London: BMJ Publishing Group Ltda, 2019.

OLIVEIRA, L.F.; RODRIGUES, P.A.S. **Circunferência de cintura: protocolos de mensuração e sua aplicabilidade prática.** Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde, v.3, n.2, p. 90-95, 2015.

PAPPACCOGLI, M. et al. **Comparison of Automated Office Blood Pressure With Office and Out- Off-Office Measurement Techniques: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Hypertensio Journal, [s.l.], v. 73, issue 2, p. 481-490,2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.12079>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus.** SESA, Curitiba, 57 p., 2018.

PENTEADO, M. S.; OLIVEIRA, T. C. **Associação estresse-diabetes mellitus tipo II.** Revista Brasileira de Clínica Médica, v. 7, p. 40-5, 2009.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de 4 Atenção Básica. **Guia de apoio à tomada de decisão para o acolhimento com identificação de necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica.** Coordenação Geral da Atenção Básica - Fernando Ritter (org.), Porto Alegre, 2015.

POWERS, M. A. et al. **Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics.** The Diabetes Educator, [s.l.], v. 43, n.1, 2017.

PRÉCOMA, D. B. et al. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2024** <https://www.portal.cardiol.br/br/diretrizes>

RIO DE JANEIRO. **Guia de referência rápidasobre Hipertensão: Manejo clínico da hipertensão em adultos.** Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

ROBERTSON, P. R. **Prevention of type 2 diabetes mellitus.** Post TW, ed. UpToDate.Disponível em: <https://uptodate.com>

ROERECKE, M; KACZOROWSKI, J; MYERS, M. **Comparing Automated Office Blood Pressure Readings With Other Methods of Blood Pressure Measurement for Identifying Patients With Possible Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis.** JAMA Intern Med, [s.l.]. 2019.

SACKS, F.M. et al. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet.** N Engl J Med, [s.l.], 2001.

Schneider SCHNEIDER, RH; GRIM,Grim CE; RAINFORTH,Rainforth MV; KOTCHEN, Kotchen T; NIDICH, Nidich SI; GAYLORD-KING, Gaylord-King C, et al. **Stress reduction in the secondary prevention of cardiovascular disease: randomized, controlled trial of transcendental**

meditation and health education in Blacks. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, [s.l.], 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. **Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus**. Fortaleza, 139 p., 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Portal Saúde, 2018a. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 303/18 CIB/RS** Nota Técnica 03/2018 Atenção ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2018b. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-has.pdf>

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 22/2019 CIB/RS**. uia do Pré-Natal na Atenção Básica, 2018c. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/11090647-nt-pn-cib-22-19.pdf>

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 302/18 CIB/RS**. Nota Técnica 02/2018 - Atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus tipo II na Atenção Básica, 2018d. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180934/14103410-rescib30218dmab.pdf>

SILVA, C. G. **Conhecimento e Atividades de Autocuidado dos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2: Fatores Associados**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

SIU, A. L. **Screening for high blood pressure in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement**. *Annals of Intern Medicine*, [s.l.], 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/M15-2223>. Acesso em:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.

SPEIGHT, J.; CONN, J.; DUNNING T., SKINNER, T.C. **A new language for diabetes: improving communications with and about people with diabetes**. *Diabetes Res Clin Pract*, [s.l.] 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Aplicação de insulina: dispositivos e técnica de aplicação**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014-2015). São Paulo: Clannad, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019- 2020)**. São Paulo: Clannad, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>.

SOUZA, A. Condições psicossociais e psiconeurológicas. *In: BARROS, N.; RAMOS, S.; MANENTI, E.; FRIEDRICH, M. A. G.; SAADI, E. K. (Org.). Entendendo as doenças cardiovasculares*. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 95-99.

STEINBERG, M.P.; MILLER, W.R. **Applications of motivational interviewing in diabetes care**. Guilford Press, 2015.

STERGIOU, G. S.; BLIZIOTIS, I. A. **Home Blood Pressure Monitoring in the Diagnosis and Treatment of Hypertension: A Systematic Review**. *American Journal of Hypertension*, v. 24, n. 2, p. 123-134, 2011.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M.; *Sistematização da Assistência de Enfermagem*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3 ed. 2019.

TELESSAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento para endocrinologia pediátrica: RegulaSUS**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Endocrinologia_Pediatrico.pdf

TELESSAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento para obstetrícia: pré-natal de alto risco**. Porto Alegre, 2016. Revisado em 15 de agosto de 2023. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf

TELESSAÚDERS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Resumo Clínico Doença Renal Crônica: RegulaSUS**. Porto Alegre, 2016. Revisado em 9 de fevereiro de 2018a. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/nefrologia_resumo_doenca_renal_cr%C3%B4nica_TSRS.pdf

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **High blood pressure in adults: screening.** [S.L.], 2015.

VIJAN, MD. **Screening for lipid disorders in adults.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 29 abr 2020.

YOUNG-HYMAN, D. et al. **Psychosocial care for people with diabetes:** a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care, [s.l.], 2016.

YUSUF, S; HAWKEN, S.; OUNPUU, S; DANS, T; AVEZUM A; LANAS, F; MCQUEEN M; BUDAJ, A; PAIS, P; VARIGOS, J; LISHENG, L; INVESTIGATORS, Interheart Study. **Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries:** case-control study. Lancet, p. 937-952, 2004.

WAHEED, S. **Avaliação da proteinúria.** London: BMJ Publishing Group Ltda, 2018.

WEFFORT, Virginia Resende Silva; LAMOUNIER, Joel Alves (Coord.). **Nutrição em pediatria:** da neonatologia à adolescência. São Paulo: Manole, 2 ed. 2017.

WEINSTOCK, R. **Self-monitoring of glucose in management of nonpregnant adults with diabetes mellitus.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 21 mai 2020.

WEXLER, D. J. **Overview of general medical care in nonpregnant adults with diabetes mellitus.** Post TW, ed. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 mai 2020.

WILLIAMS, B; MANCIA, G; SPIERING, W et al. **Guidelines for the management of arterial hypertension.** European Heart Journal, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Who Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases.** Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018:** monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva: World Health Organization, 2 ed. 2018b. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm:** Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2019–2021.** Strategy. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-nominations-to-uniatf-2020-awards>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Oftalmologia Adulto: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 19 jun. 2017 [atualiz. 10 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiaisprotocolos>

ANEXOS



Prefeitura de
Porto Alegre
SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO 1 - PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM DM

COLETA DE DADOS/ ENTREVISTA:

Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e de trabalho Identificar **Conhecimento sobre sua doença e os riscos** que ela acarreta

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

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).

Antecedentes familiares: Acidente vascular encefálico; Doença arterial coronariana prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos); Morte prematura e súbita de familiares 1º. Grau

Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade

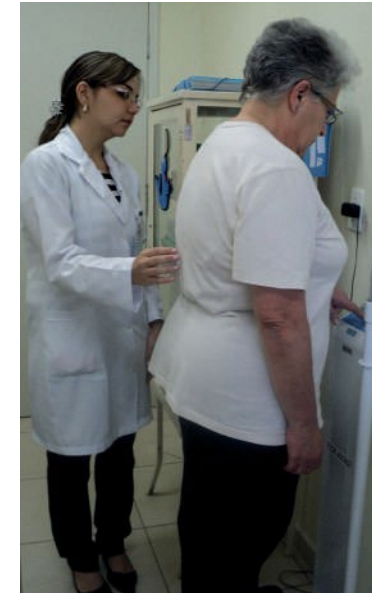
Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e cafeína

Uso de medicamentos (anticoncepcionais, corticosteroides, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos e outros)

Atividade física Condições de moradia.

COLETA DE DADOS:

- O conhecimento do usuário em relação a doença
- Sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento), apresentação inicial, evolução, estado atual, tempo de diagnóstico.
- Exames laboratoriais anteriores
- Padrões de alimentação, estado nutricional, evolução do peso corporal
- Tratamento(s) prévio(s) e resultados Prática de atividade física



- Intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemia)
- Infecções de pés, pele, dentária e geniturinária
- Úlceras de extremidades, parestesias, distúrbios visuais
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) no passado
- Uso de medicações que alteram a glicemia
- Fatores de risco para aterosclerose, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, história familiar
- História familiar de DM ou outras endocrinopatias Histórico gestacional
- Passado cirúrgico.

EXAME FÍSICO

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

ANEXO 2 - VACINAÇÃO PARA A PESSOA COM DIABETES MELLITUS

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

Indivíduos com DM apresentam maior risco de infecção fúngica, viral e bacteriana, que podem aumentar a morbidade e a mortalidade. A imunização desses pacientes é, portanto, importante estratégia de proteção da saúde e de promoção da qualidade de vida.

Existem protocolos nacionais e internacionais que definem as vacinas especialmente recomendadas para as pessoas com diabetes. Parte delas é disponibilizada na rede básica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), algumas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), presentes em todos os estados e outras somente na rede privada.

O grande desafio é vacinar esta população. Concorrem para isso superar a desinformação sobre os benefícios da imunização (tanto entre pacientes como entre profissionais da saúde) e a baixa cobertura da Atenção Básica à Saúde em alguns municípios, o que compromete o acesso à orientação adequada, salvo em grandes campanhas.

As infecções que acometem pacientes com DM costumam ter apresentação clínica semelhante à da população em geral, são causadas por agentes etiológicos similares aos mais comuns na região e devem ser tratadas de modo semelhante. No entanto, muitas vezes, apresentam maior gravidade e mortalidade. Por isso, recomenda-se que as pessoas com diabetes recebam os seguintes imunobiológicos:

- **Contra influenza - anualmente, para todos os usuários > 6 meses de idade:** 1 dose anualmente;
- **Contra pneumococo (Vacina Pneumo 23)** - está indicada para crianças a partir de 2 anos de idade, adolescentes e adultos vivendo com diabetes, pelo menos uma vez com um reforço em 5 anos (A Vacina é realizada no CRIE, encaminhar o paciente para os locais de realização, exceto quando o mesmo for acamado ou institucionalizado, nestes casos a US pode solicitar a vacina para o Núcleo de Imunizações)
- **Vacina Hepatite B:** 3 doses com esquema 0/1/6 meses
- **COVID-19:** Pessoas acima de 5 anos de idade, 1 dose anualmente
- LINK ÚTIL: <https://prefeitura.poa.br/sms/vigilancia-em-saude/imunizacoes>



ANEXO 3 - AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST I- TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você costuma beber? (01 dose: 01 copinho de pinga ou destilado ou licor, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho) (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você consome 06 ou mais doses em uma mesma ocasião? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>Total:</p>	

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2017.

Pontuação	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool: informações sobre consumo, limites de beber e orientações gerais
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica: educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a redução ou abstinência
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve de acordo com a motivação para mudança do padrão de beber e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Avaliação do Diagnóstico e encaminhar para tratamento na Unidade de Saúde, se necessário, com apoio de profissionais de saúde mental, ou nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Fonte: Adaptado de Florianópolis, 2017.

ANEXO 4 - TESTE DE FAGERSTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro? [3] Dentro de 5 minutos [2] Entre 6-30 minutos [1] Entre 31-60 minutos [0] Após 60 minutos	4. Quantos cigarros você fuma por dia? [0] Menos de 10 [1] de 11-20 [2] de 21-30 [3] Mais de 31
2. Para você, é difícil não fumar em lugares proibidos? [1] Sim [0] Não	5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? [1] Sim [0] Não
3. Qual dos cigarros que você fuma durante o dia lhe dá mais satisfação? [1] O primeiro da manhã [0] os outros	6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo? [1] Sim [0] Não

Total: [0-2] Muito baixa; [3-4] Baixa; [5] Moderada; [6-7] Elevada; [8-10] Muito elevada.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

ANEXO 5 - QUESTIONÁRIOS FICA E HOPE PARA AVALIAÇÃO DE ESPIRITUALIDADE

<p>Questionário FICA</p> <p>F – Fé/ crença Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? Se não: o que te dá significado à vida?</p>
<p>I - Importância ou influência Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?</p>
<p>C – Comunidade Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela te dá suporte, como? Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você? Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?</p>
<p>A – Ação no tratamento Como você gostaria que o seu médico ou profissional de saúde considerasse a questão religiosidade/ espiritualidade no seu tratamento? Indique, remeta a algum líder espiritual/religioso.</p>
<p>Questionário HOPE</p>
<p>H – Há fontes de esperança? Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz? A que você se apega nos tempos difíceis? O que lhe dá apoio e faz você andar para frente?</p>
<p>O – Organização religiosa Você se considera parte de uma religião organizada? Isso é importante? Faz parte de uma comunidade? Isso ajuda? De que formas sua religião ajuda você? Você é parte de uma comunidade religiosa?</p>
<p>P – Práticas espirituais pessoais Você tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião organizada? Você crê em Deus? Qual é a sua relação com ele? Que aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual ajudam mais? (oração, meditação, leituras, frequentar serviços religiosos?)</p>
<p>E – Efeitos no tratamento Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta? Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

ANEXO 6 - ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO DOS PÉS – PREVENINDO O PÉ DIABÉTICO

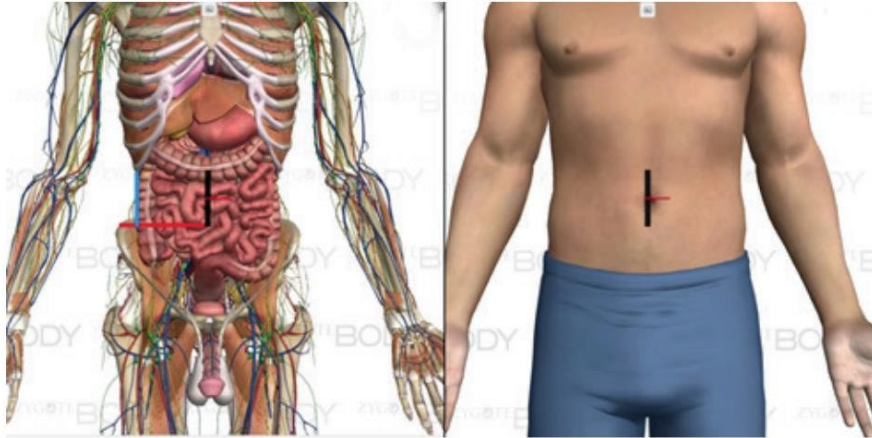
Vamos prevenir problemas com os seus pés?

- Realize a inspeção diária dos pés (seja por você mesmo ou com ajuda de um familiar ou um cuidador orientado), incluindo as áreas entre os dedos.
- Realize a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos.
- Cuidado com a temperatura da água! Ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura.
- Evite andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre.
- Sempre use meias claras ao utilizar calçados fechados.
- Use, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura.
- Procure trocar de meias diariamente.
- Nunca use meias apertadas e evite usar meias altas acima do joelho.
- Inspeção e palpe diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar seus pés.
- Use calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares.
- Use cremes ou óleos hidratantes para pele seca, porém, evite usá-los entre os dedos.
- Corte as unhas em linha reta.
- Não utilize agentes químicos ou emplastros para remover calos. Calos e calosidades devem ser avaliados e tratados pela sua equipe de saúde.
- Faça a reavaliação dos seus pés com a sua equipe de saúde uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado).
- Procure imediatamente sua Unidade de Saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer.
- Em caso de dúvidas, procure sempre a sua equipe de saúde!

Fonte: Reproduzido de Brasil, 2016.

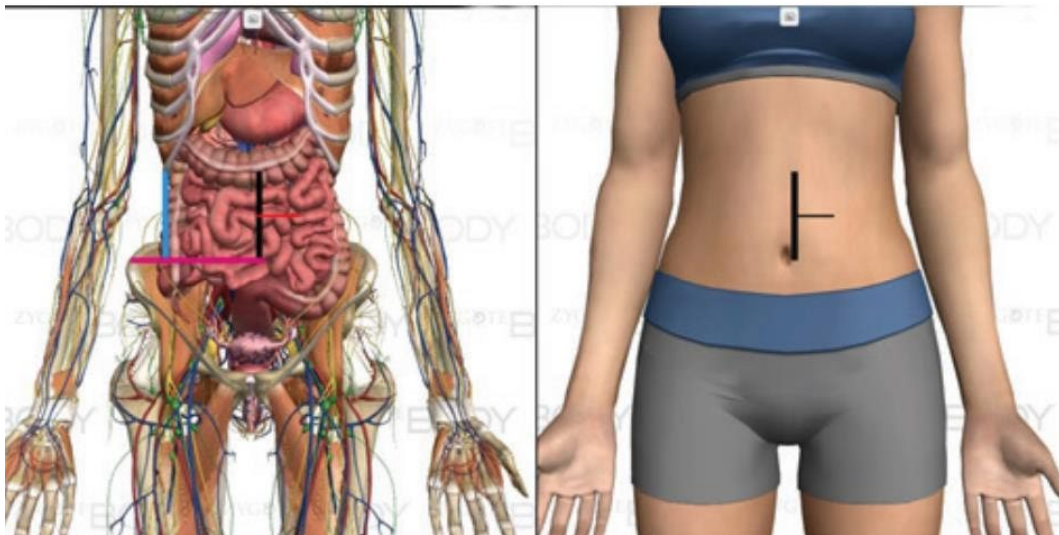
ANEXO 7 - TÉCNICA ILUSTRADA DE MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

FIGURA 10: PONTO MÉDIO ENTRE ÚLTIMOS ARCOS COSTAIS E CRISTA ILÍACA (AZUL E PRETO), E CORRESPONDÊNCIA NO CORPO MASCULINO.



Fonte: Reproduzido de Oliveira; Rodrigues, 2015.

FIGURA 11: PONTO MÉDIO ENTRE ÚLTIMOS ARCOS COSTAIS E CRISTA ILÍACA (AZUL E PRETO), E CORRESPONDÊNCIA NO CORPO FEMININO.



Fonte: Reproduzido de Oliveira; Rodrigues, 2015.

ANEXO 8 – FORMULÁRIO PARA MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL – MRPA

Nome: _____ Data da consulta: _____

Utilize um aparelho de pressão automático de braço para verificar a pressão após pelos menos 5 minutos de repouso, na posição sentada, com as pernas descruzadas, costas apoiadas e braço apoiado na altura do coração. Evite falar durante o procedimento. As medidas da pressão arterial devem ser feitas:

- Pela manhã, antes do café e das suas medicações (caso utilize). Aguarde um minuto de intervalo entre cada medida;
- Pela noite, antes do jantar e das suas medicações (caso utilize). Aguarde um minuto de intervalo entre cada medida;
- Registre no campo “Anotações”, dados que possam ser úteis para entender melhor o padrão de sua pressão, como, por exemplo, estar com dor no momento da aferição ou ter esquecido ou atrasado alguma dose de seus medicamentos por algum motivo.

Realize as medições e registros conforme a opção prescrita abaixo:

1. () Monitoramento com duas medidas, 2x ao dia por 7 dias.

Medidas	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
Manhã							
Medida 1							
Medida 2							
Noite							
Medida 1							
Medida 2							
Anotações							

2. () Monitoramento com três medidas, 2x ao dia por 5 dias.

Nº Medida	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Anotações
Manhã						
Medida 1						
Medida 2						
Medida 3						
Noite						
Medida 1						
Medida 2						
Medida 3						

Profissional: _____ Data: _____

ANEXO 9 – RASTREAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA

De acordo com o Protocolo de Regulação ambulatorial Oftalmologia adulto (SES, 2023), todo paciente com diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 ou em uso crônico de cloroquina/hidroxicloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, mesmo que assintomáticos.

Não é necessário encaminhar para rastreamento gestantes com diabetes gestacional, apenas gestantes com diabetes preexistente.

Podem ser avaliados pelo TeleOftalmo (somente para médicos) ou encaminhados para oftalmologia em serviço de média complexidade:

Rastreamento de retinopatia em pacientes não gestantes com diabetes mellitus (DM1 ou DM2), sem diagnóstico prévio de retinopatia diabética:

Grupo de Pacientes	Primeiro exame recomendado	Acompanhamento mínimo de rotina
Diabetes tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> Em até 5 anos após o diagnóstico de diabetes mellitus. 	<ul style="list-style-type: none"> Anualmente, se houver retinopatia¹. A cada 2 anos, se não houver evidência de retinopatia.
Diabetes tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> No momento do diagnóstico de diabetes mellitus. 	<ul style="list-style-type: none"> Anualmente, se houver retinopatia¹. A cada 2 anos, se não houver evidência de retinopatia.
Gravidez com diabetes preexistente²	<ul style="list-style-type: none"> Antes da concepção e durante o primeiro trimestre. Aconselhar sobre o risco de desenvolvimento e/ou progressão da retinopatia. 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento rigoroso durante o 1º trimestre da gestação e após, conforme orientação do oftalmologista.

¹Achados anormais requerem acompanhamento mais frequente.

²Não é necessário rastrear retinopatia em pacientes com diabetes gestacional.

Fonte: TelessaúdeRS, SES, 2023

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);
2. apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;
3. apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico, medicamentos em uso para controle metabólico;
4. se gestante, descreva idade gestacional;
5. se paciente utiliza hidroxicloroquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;
6. anexar laudo de retinografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
7. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.