



PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM **NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

HIPERTENSÃO E DIABETES

PROTOCOLOS DE
ENFERMAGEM
**NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

HIPERTENSÃO E DIABETES

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolos de enfermagem na atenção primária à
saúde [livro eletrônico] : hipertensão e
diabetes / [organização Conselho Regional
de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. --
Porto Alegre : Conselho Regional de Enfermagem
do Rio Grande do Sul, 2020.
PDF

Vários autores.
ISBN 978-65-88784-01-3

1. Cuidados primários de saúde 2. Diabetes
3. Enfermagem 4. Enfermagem - Cuidados 5. Hipertensão
6. Serviços de atenção primária I. Conselho Regional
de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

20-53580

CDD-610.733

Índices para catálogo sistemático:

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à
saúde : Ciências médicas 610.733

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

GESTÃO 2018-2020

DIRETORIA Presidente

Enfº Daniel Menezes de Souza

Conselheira Secretária

Enfª 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) SUPLENTEs 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



**HIPERTENSÃO
E DIABETES**

**PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**PORTARIA COREN-RS N.º 336/2020 COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

INTEGRANTES Carlice 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 Michelin 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:

Vanessa Lagemann Drehmer
Setor de Comunicação e Eventos



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Valores referenciais e de alvo terapêutico conforme risco cardiovascular estimado em adultos acima de 20 anos	50
Figura 2 - Locais para aplicação de insulina por quadrantes.....	96
Figura 3 - Recomendações para tamanho das agulhas e prega cutânea na insulinoterapia.....	96



LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Manejo a partir da estratificação de risco cardiovascular global.....	46
Fluxograma 2 - Avaliação do perfil lipídico e seus componentes.....	51
Fluxograma 3 - Rastreamento do DM1 em crianças e adolescentes.....	79
Fluxograma 4 - Rastreamento do DM na rotina de pré-natal	84



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nível de Evidência segundo o Sistema GRADE.....	16
Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (a).....	17
Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP	28
Quadro 4 - Manejo do Sobrepeso e Obesidade (a)	33
Quadro 5 - Manejo do sedentarismo (a)	35
Quadro 6 - Manejo da dieta inadequada (a)	37
Quadro 7 - Manejo do uso nocivo de álcool em adolescentes e adultos	39
Quadro 8 - Manejo do tabagismo em adolescentes e adultos	40
Quadro 9 - Manejo do estresse psicossocial	42
Quadro 10 - Abordagem da espiritualidade e religiosidade em saúde	43
Quadro 11 - Estratificação do risco cardiovascular segundo o modelo ERG/SBC (2019)	45
Quadro 12 - Principais exames para estratificação de risco global em indivíduos maiores de 18 anos e fatores de risco cardiovascular (a)	47
Quadro 13 - Critérios para classificação da DRC segundo TFG e excreção urinária de albumina.....	53
Quadro 14 - Manejo do rastreamento a partir da classificação de risco da DRC	54
Quadro 15 - Proposta de periodicidade de consultas individuais conforme estratificação de risco cardiovascular	55
Quadro 16 - Rastreamento da hipertensão arterial em pessoas com idade maior ou igual a 18 anos (a)	58
Quadro 17 - Principais causas de HA secundária e seus sinais/sintomas	60
Quadro 18 - Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (a)	61
Quadro 19 - Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com HA (a)	64
Quadro 20 - Classificação da HA e metas para controle dos níveis pressóricos	66
Quadro 21 - Cuidados de Enfermagem para a Aferição da PA em consultório (a)	67
Quadro 22 - Indicações para monitoramento da PA conforme método de escolha	69
Quadro 23 - Principais exames de rotina para acompanhamento do usuário vivendo com Hipertensão (a)	70
Quadro 24 - Manejo das crises hipertensivas (a).....	72
Quadro 25 - Manejo da Hipotensão (a).....	74
Quadro 26 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM	80
Quadro 27 - Rastreamento do Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos.....	81
Quadro 28 - Manejo do DM2 em crianças e adolescentes (a).....	82
Quadro 29 - Manejo do DMG e DM diagnosticado durante a gravidez (a).....	85
Quadro 30 - Consulta de Enfermagem para acompanhamento do usuário com DM2 (a)	87
Quadro 31 - Estratificação do risco para usuários com DM (a)	89
Quadro 32 - Principais exames de rotina para acompanhamento do DM2 em adultos* (a)	91
Quadro 33 - Metas glicêmicas conforme faixa etária e condição clínica (a).....	92
Quadro 34 - Cuidados de Enfermagem na insulino terapia (a).....	93
Quadro 35 - Indicações para monitoramento de metas glicêmicas via glicemia capilar na unidade de saúde ou AMGC	98
Quadro 36 - Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (a).....	99
Quadro 37 - Periodicidade recomendada para exame dos pés segundo classificação de risco e nível de atenção (a)	102
Quadro 38 - Manejo dos principais achados no exame dos pés (a).....	102
Quadro 39 - Manejo da Hiperglicemia.....	107
Quadro 40 - Manejo da Hipoglicemia (a)	108
Quadro 41 - Estágios e estratégias para a mudança de comportamento (a)	112
Quadro 42 - Desenvolvendo habilidades de comunicação centradas na pessoa (a).....	114
Quadro 43 - Construção do plano conjunto de cuidados (a)	116
Quadro 44 - Técnica dos 5 “As”	118



LISTA DE SIGLAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

AB - Atenção Básica

AMGC - Automonitorização da Glicemia Capilar

AMPA - Automedida da Pressão Arterial

APS - Atenção Primária à Saúde

AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BMJ - *British Medical Journal*

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CA - Circunferência Abdominal

CIAP-2 - Classificação Internacional de Atenção Primária

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CKD-EPI - *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN-RS - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

CV - Cardiovascular

DAC - Doença Aterosclerótica

DALYs - *Disability-adjusted life-years* ou taxas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

DAP - Doença Arterial Periférica

DASC - Doença Aterosclerótica Subclínica

DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DC - Doenças Crônicas

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV - Doenças Cardiovasculares

DE - Diagnóstico de Enfermagem

DM - *Diabetes Mellitus*

DM1 - *Diabetes Mellitus* tipo 1

DM2 - *Diabetes Mellitus* tipo 2

DMG - *Diabetes Mellitus* Gestacional

DRC - Doença Renal Crônica

DRD - Doença Renal do Diabetes

EAS - Exame Sumário de Urina



ECG - Eletrocardiograma

EQU - Exame Qualitativo de Urina

ER - Estratificadores de Risco

ERG - Escore de Risco Global

FC - Frequência Cardíaca

FCRV - Fatores de Risco Cardiovascular

FICA ou HOPE - Acrósticos que denominam instrumentos utilizados para realização de anamnese espiritual

FR - Fatores de Risco

GJ - Glicemia de Jejum

GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

HA - Hipertensão Arterial

HbA1c - Hemoglobina Glicada

HDL - *High Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de alta densidade

HELLP - Síndrome Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas, Baixa contagem de plaquetas

HGT - Hemoglicoteste

HJB - Hipertensão do Jaleco Branco

HM - Hipertensão Mascarada

HVE - Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

ITB - Índice Tornozelo-braço

LDL - *Low Density Lipoproteins* ou Lipoproteínas de baixa densidade

LOA - Lesão em Órgão-alvo

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MEV - Mudanças de Estilo de Vida

MI - Membros Inferiores

MRPA - Monitoramento Residencial da Pressão Arterial

NANDA-I - *North American Nursing Diagnosis Association International*

ND - Neuropatia Diabética

NPH - *Neutral Protamine Hagedorn*

OMS - Organização Mundial da Saúde



**HIPERTENSÃO
E DIABETES**

**PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAM - Pressão Arterial Média

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PE - Processo de Enfermagem

PN - Pré-Natal

PND - Polineuropatia Diabética

POP - Procedimento Operacional Padrão

PSP - Perda de Sensibilidade Protetora

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RD - Retinopatia Diabética

RS - Rio Grande do Sul

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAHOS - Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia

SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SM - Síndrome Metabólica

SOAP - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano

SUS - Sistema Único de Saúde

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

TG - Triglicérides

TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose 75 g

UH - Urgência Hipertensiva

UPD - Úlcera do Pé Diabético

US - Unidade de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - *World Health Organization*



SUMÁRIO

ORIENTAÇÕES COM GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE EVIDÊNCIAS.....	16
APRESENTAÇÃO	22
1 INTRODUÇÃO	23
2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	26
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	30
3.1 MANEJO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR	32
3.1.1 Obesidade	32
3.1.2 Sedentarismo	35
3.1.3 Dieta inadequada	36
3.1.4 Abuso de álcool.....	38
3.1.5 Tabagismo.....	39
3.1.6 Estresse Psicossocial.....	41
3.1.7 Espiritualidade e Religiosidade	42
3.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2019)	44
3.3 PRINCIPAIS EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	47
3.4 MANEJO DAS ALTERAÇÕES LIPÍDICAS	49
3.5 RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	52
3.6 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS.....	55
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	56
4.1 RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL - HA.....	57
4.1.1 Rastreamento da HA em adultos	57
4.1.2 Rastreamento da HA em crianças e adolescentes	60
4.1.3 Rastreamento da HA na gestação	60
4.2 ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO COM HA.....	64
4.2.1 Classificação da HA e metas para controle	66
4.2.2 Indicações para monitoramento da pressão arterial na unidade de saúde e no domicílio	67
4.2.3 Principais exames de rotina	69
4.3 QUEIXAS MAIS COMUNS EM HIPERTENSÃO	72
4.3.1 Manejo das crises hipertensivas	72
4.3.2 Manejo da Hipotensão.....	74
5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM DIABETES MELLITUS.....	76
5.1 RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS	78



5.1.1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1 – DM1.....	78
5.1.2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 - DM2 em adultos.....	79
5.1.3	DM2 em crianças e adolescentes	81
5.1.4	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional - DMG	83
5.2	ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO VIVENDO COM DM2	87
5.2.1	Estratificação de risco para Diabetes <i>Mellitus</i>	89
5.2.2	Principais exames de rotina	90
5.2.3	Tratamento e metas glicêmicas para controle do DM2.....	92
5.2.4	Cuidados de Enfermagem na insulino terapia	93
5.2.5	Indicações para monitoramento da glicemia capilar na unidade de saúde e no domicílio 97	
5.2.6	Exame dos pés	99
5.3	QUEIXAS MAIS COMUNS EM DM.....	106
5.3.1	Manejo da Hiperglicemia.....	106
5.3.2	Manejo da Hipoglicemia	108
6	MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO	110
6.1	PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	111
6.2	MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	112
6.3	HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	114
6.4	CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS	116
6.5	ACOMPANHAMENTO	118
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXOS	128
	ANEXO 1 - AUDIT: <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> / Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool.....	129
	ANEXO 2 - Teste de Fagerström para dependência de nicotina.....	130
	ANEXO 3 - Questionários FICA e HOPE para avaliação de espiritualidade	131
	ANEXO 4 - ESCORE DE FRAMINGHAM.....	132
	ANEXO 5 - Orientações para o autocuidado dos pés – prevenindo o pé diabético	137
	APÊNDICE 1- TÉCNICA ILUSTRADA DE MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL	138
	APÊNDICE 2 – Formulário para Monitoramento Residencial da Pressão Arterial – MRPA	139

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 locais 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 susceptíveis 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.

*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a aproximação e compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Fonte: Adaptado de GRADE, 2014; Brasil, 2014.



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (a)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
BMJ BVS Ministério da Saúde Medline World Health Organization UptoDate	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	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
	Dislipidemias	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 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
	Rastreamento	Rastrear HA em crianças e adolescentes, anualmente, a partir dos 3 anos de idade.	C Baixo



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	Diagnóstico de HA se níveis sustentados de PA ≥ 140 / 90 mmHg em consultório/US e/ou PA ≥ 135 / 85 mmHg em MRPA;	A Alto
	Controle	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.	
BMJ Best Practice PubMed Scielo MEDLINE	Hipertensão Arterial	Exames de rotina para acompanhamento da HA: ● Glicemia de Jejum; ● Perfil lipídico com Colesterol total, HDL e triglicerídeos; ● Potássio; ● Exame sumário de urina - EQU; ● Ácido úrico;	C Baixo
	Exames	● Creatinina sérica; ● Microalbumina de amostra – se proteinúria no EQU / DM / suspeita de síndrome metabólica/ HA com 2 ou + FRCV; ● Eletrocardiograma.	B Moderado
		● Fundoscopia	A Alto
BMJ Best Practice MEDLINE Scielo	Crise hipertensiva	Emergência Hipertensiva é definida por PA ≥ 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 ≥ 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



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	A partir dos testes Glicemia de Jejum, HbA1c ou Teste oral de tolerância à glicose 75 g;	B Moderado
	Diabetes Mellitus	Crianças a partir dos 10 anos e/ou puberdade e adolescentes com sobrepeso/obesidade e um ou mais FR para DM; Todas as pessoas com idade ≥ 45 anos ou em qualquer idade se excesso de peso e um ou mais FR.	A Alto C Baixo
BMJ Best Practice BVS Scielo Uptodate	Diabetes Mellitus	• Crítérios 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 $\geq 92 < 126$ mg/dL no 1º trimestre + qualquer um dos seguintes valores de TOTG 75 g no 2º ou 3º trim.: Jejum - $\geq 92 < 126$ mg/dL/ Após 1h: ≥ 180 mg/dL / 2h: ≥ 153 mg < 200 mg/ dL. • PRÉ-DM: GJ ≥ 100 e < 126 mg/dL / HbA1c $\geq 5,7\%$ e $< 6,5\%$. • DM2: GJ ≥ 126 ou ao acaso > 200 mg/dL; TOTG 75 mg 2h após ≥ 200 mg/dL; HbA1c $\geq 6,5\%$.	A/B Moderado a alto
	Diabetes Mellitus tipo 1		
	Diabetes Mellitus Gestacional		
	Diabetes Mellitus tipo 2		



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 Scielo UptoDate World Health Organization	Diabetes Mellitus		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;	A/B Moderado a alto
	Management		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;	
	Tratamento		Os aspectos psicossociais e de rede de apoio devem ser considerados para todas as tomadas de decisão em saúde. A HbA1c é considerada o exame padrão-ouro para avaliar o controle metabólico da maioria dos indivíduos com DM.	
BMJ Best Practice PubMed Scielo MEDLINE	Diabetes Mellitus		Exames de rotina para acompanhamento DM: ● HbA1c; ● Perfil lipídico com Colesterol total, HDL e triglicerídeos; ● Creatinina sérica; ● Albumina em amostra isolada de urina; ● Fundoscopia;	A Alto
	Exames		● Glicemia de Jejum; ● Eletrocardiograma;	B Moderado
			● Exame sumário de urina (EAS/EQU).	C Baixo
BMJ Best Practice PubMed Scielo UPtoDate	Diabetes Mellitus		A Automonitorização da Glicemia Capilar (AMGC) é recomendada para gestantes, pessoas com DM2 em uso de insulina basal e/ou múltiplas injeções diárias;	B Moderado
	Automonitoramento		Não há consenso quanto a AMGC para pessoas em uso apenas de antidiabéticos orais.	C Baixo



Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (e)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
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
	Diabetes Mellitus	Onicocriptose: considerar para dor - Paracetamol 500 mg 1 comprimido via oral de até 6/6h 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
UPtoDate	Úlcera do 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;	
	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.	C Baixo
			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

*(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. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

“O vento é o mesmo, mas a resposta é diferente em cada folha”.
Cecília Meireles



1 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 díade 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/RSa, 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).



2 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 Florianópolis, 2015.

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.



3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Pâmela Leites de Souza Steffen¹

Tainá Nicola²

Janilce Dorneles de Quadros³

Carlice Maria Scherer⁴

Thais Mirapalheta Longaray⁵

Fábio Meller da Motta⁶

Daniel Soares Tavares⁷

Vanessa Romeu Ribeiro⁸

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 resolatividade 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);

1Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

2Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

3Enfermeira. Especialista. SES-RS

4Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

5Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

6Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

7Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

8Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande



- Exame físico: aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, peso e altura para cálculo do IMC (quadro 4) e medida da circunferência abdominal (apêndice 1);
- 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.



3.1 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. Devido à sua complexidade, o manejo da dislipidemia será abordado em subitem separado - *Manejo das alterações lipídicas*.

3.1.1 Obesidade

A obesidade é uma doença crônica de etiologia múltipla, recidivante e muitas vezes silenciosa; se não manejada adequadamente pode ter um impacto devastador em termos de qualidade de vida do indivíduo e de economia dos Países (BRASIL, 2017b). A atenção efetiva às pessoas com sobrepeso ou obesidade requer intervenções multifatoriais para promoção da redução de peso por meio de atividade física, alimentação saudável e abordagens para mudança de comportamento, a partir de ações baseadas no trabalho em equipe multiprofissional e em caráter interdisciplinar (BRASIL, 2017b; PRÉCOMA et al., 2019; BRASIL, 2020a).

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 4 - Manejo do Sobrepeso e Obesidade (a)

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
Nanda-I ®	Risco de sobrepeso			
	Sobrepeso			
CIPE	Obesidade			
	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			
	Enfrentamento familiar incapacitado			
	Manutenção ineficaz da saúde			
	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico			
	Risco de tromboembolismo venoso			
	Baixa autoestima crônica / Risco			
	Apoio social / Falta de Apoio social			
	Autoimagem negativa			
	Baixa autoestima			
	Disposição (ou Prontidão) para mudança			
	Manutenção da saúde, prejudicada			
	Obesidade			
	Sobrepeso			
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR		OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Cálculo do IMC*: IMC = Peso (Kg) / Altura (m) ² Adultos: • IMC ≥ 25,0 < 30,0: sobrepeso; • IMC ≥ 30: obesidade. Idosos: • IMC ≥ 22,0 < 27,0: eutrófico; • IMC ≥ 27,0: sobrepeso. Medida da circunferência abdominal (CA): • CA ≥ 88 cm - mulheres; • CA ≥ 102 cm - homens.		Pactuar metas de redução de peso a partir de 5 a 10% ao longo de 6 meses , ao ritmo de 0,5 a 1,0 kg/mês . Considerar metas de 7 a 10% de redução do peso inicial para indivíduos com pré-diabetes e jovens com DM2, sobrepeso ou obesidade. Busca manutenção de perda de peso ≥ 10% do peso inicial após 1 ano . Redução da CA. Prática de 45 a 60 min de atividade física de intensidade moderada por dia, incluindo àqueles com tendência à obesidade ou com perfil familiar. Para aqueles que foram obesos e perderam peso, 60-90 min diários para evitar recuperar o peso perdido. Indivíduos fisicamente inativos, iniciar atividade física fracionada em sessões de 10 min progredindo até meta mínima de 150 min/semana	- Realizar avaliação antropométrica e cálculo do IMC em todas as consultas de avaliação do risco cardiovascular; - Programar consulta médica se IMC ≥ 35 kg/m ² e presença de comorbidades (DM, HA, dislipidemia, osteoartrites, entre outras) ou IMC ≥ 40 kg/m ² ; - Apoiar e promover autocuidado; - Considerar fragilidades, potencialidades, rede de apoio, estilo de vida e motivação para a mudança de comportamento; - Promover a redução e manutenção de peso como parte de um programa integrado de atividade física, alimentação saudável e abordagens para mudança de comportamento ; - Atentar que a redução da ingestão calórica é mais importante que a adoção de dietas específicas; - Monitorar peso e resposta ao tratamento.	



Quadro 4 . Manejo do Sobrepeso e Obesidade (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Crianças e adolescentes: Antropometria e cálculo do IMC (a partir dos 2 anos), conforme curvas de crescimento, disponíveis no <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i> , do COREN-RS.	Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, complementado com alimentação até os 2 anos ou mais; Ajuste gradual da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos; Atividade física de intensidade moderada a vigorosa (preferencialmente lúdicas e recreativas) por pelo menos 1h, diariamente; Pactuar metas de redução de peso a partir de 7 a 10% para crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade e DM2.	- Promover ações preventivas desde o pré-natal, com estímulo ao aleitamento materno; - Identificar fatores de risco como prematuridade, bebês pequenos para idade gestacional (IG), bebês grandes para IG, filhos de mães com DM, pais obesos, interrupção precoce do aleitamento materno e introdução inadequada da alimentação complementar; - Realizar escuta qualificada aos sentimentos da criança/adolescente e família; - Investigar hábitos alimentares dentro e fora de casa e orientar sobre alimentação saudável. Consultar <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS, para mais informações segundo faixa etária; - Promover atividade física, estimulando uma vida ativa com redução dos comportamentos sedentários, como limitar tempo de tela não escolar a menos de 2h diárias; - Orientar horas adequadas de sono (de 9 a 13 horas, conforme faixa etária); - Encaminhar para consulta médica em caso de obesidade grave ou quando as estratégias relativas à dieta e atividade física não forem eficazes no controle do peso ao longo de 6 meses; - Encaminhar para acompanhamento com nutricionista, sempre que possível; - Monitorar peso, crescimento e desenvolvimento.

Anotações: *Você também pode utilizar a calculadora digital da Biblioteca Virtual em saúde para o cálculo do IMC, disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=6>.

Fonte: Brasil, 2017b; CIPE, 2017; SISVAN, 2019; Précoma et al., 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020; Brasil, 2020a.



3.1.2 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, controle de peso, redução da glicose sanguínea, melhora o IMC, 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 5 - Manejo do sedentarismo (a)

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



Quadro 5. Manejo do sedentarismo (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/ METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Sedentarismo	População em geral: 150 min/semana de atividade física e/ou exercício físico de intensidade moderada ou 75 min de alta intensidade. 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; 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; Crianças e adolescentes, prática de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (preferencialmente lúdicas e recreativas) por pelo menos 1h, diariamente;	- 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: Williams *et al.*, 2018; Précoma *et al.*, 2019; American Diabetes Association, 2020.

3.1.3 Dieta inadequada

A alimentação está potencialmente relacionada à perda de peso, ao controle glicêmico e à redução do risco para doenças cardiovasculares (PRÉCOMA *et al.*, 2019). Uma dieta inadequada, com consumo excessivo de açúcar, gordura saturada e sal 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 o manual do Ministério da Saúde de “*Alimentação Cardioprotetora: Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica*”, disponível em: <https://tinyurl.com/y4ewhb4m> (BRASIL, 2018). A alimentação cardioprotetora inclui a preferência por alimentos *in natura* e minimamente processados ou 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).



Para pessoas com HA, pode-se basear ainda na dieta DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*, assim como, para pessoas com DM, no padrão alimentar da dieta do Mediterrâneo, ambas as dietas com evidências de impacto positivo no controle pressórico e glicêmico (SACKS et al., 2001; PRÉCOMA et al., 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Quadro 6 - Manejo da dieta inadequada (a)

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	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR		OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Adultos: Breve anamnese dos hábitos alimentares investigando o consumo de alimentos saudáveis, refrigerantes e ultraprocessados.		Consumir diariamente: 3 porções de frutas e de verduras e legumes ; Açúcares livres e gorduras saturadas não devem ultrapassar 10% do valor energético total diário; Consumo diário máximo de sódio de 2.300 mg , equivalente a 5 g sal ou uma colher de chá. Atentar pois 80% do consumo de sal envolve sal oculto em alimentos processados/industrializados.	- 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. Os adoçantes dietéticos podem ser utilizados como substitutos do açúcar, com moderação; - Atentar a possíveis deficiências de Vitamina D (relacionadas ao controle glicêmico) e Vitamina B12 (comum com o uso de Metformina) na alimentação de pessoas com DM; - Para pessoas com HA, atentar para indicação de alimentação rica em potássio, vitamina C, peptídeos bioativos derivados de alimentos, alho, fibras dietéticas, linhaça, soja, nitratos orgânicos e ômega 3, com evidências de significativa redução da PA; - Discutir o caso ou encaminhar para nutricionista pessoas com metas pressóricas fora do alvo, com DM gestacional, DM descompensada e/ou em uso de insulina; - Monitorar alimentação e peso.



Quadro 6. Manejo da dieta inadequada (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Crianças e adolescentes: Breve anamnese dos hábitos alimentares da criança, adolescente e família.	Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, e, após, complementado com alimentação até os 2 anos ou mais; Não adicionar sal na comida até 1 ano e evitar adição de açúcar até 2 anos; Alimentação saudável.	- Realizar escuta qualificada aos sentimentos da criança/adolescente e família; - Investigar sobre hábitos alimentares dentro e fora de casa; - Orientar sobre alimentação saudável. Para mais informações segundo faixa etária, consultar <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS; - Orientar acompanhamento com nutricionista, sempre que possível; - Monitorar alimentação, peso, crescimento e desenvolvimento.

Fonte: Sacks et al., 2001; Brasil, 2017b; Brasil, 2018; Précoma et al., 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.

3.1.4 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 1 (BRASÍLIA, 2014; FLORIANÓPOLIS, 2020).



Quadro 7 - 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 Enfrentamento ineficaz Síndrome de abstinência de substâncias aguda / Risco de Risco de glicemia instável Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral 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	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR		OBJETIVO/METAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Aplicar Instrumento de rastreamento AUDIT (anexo 1)		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 (<i>Screening</i>) 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 <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i> , do COREN-RS.

Fonte: Iorianópolis, 2020; Malachias et al., 2016; CIPE, 2017; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

3.1.5 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 8 - Manejo do tabagismo em adolescentes e adultos

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®		Comportamento de saúde propenso a risco Controle de impulsos ineficaz Enfrentamento ineficaz Síndrome de abstinência de substâncias aguda / Risco de Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	
CIPE		Apoio social / Falta de Apoio social Comportamento compulsivo Disposição (ou Prontidão) para mudança Manutenção da saúde prejudicada Sintoma de abstinência Tabagismo Tabagismo prévio	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Autorrelato do usuário; Grau de dependência à nicotina pelo Teste de Fagerström (anexo 2).		- 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, 2020b)*; - 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 <i>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Criança e Adolescente</i>, do COREN-RS.	

FONTE: CIPE, 2017; Précoma et al., 2019; Brasil, 2020b.

Legenda: PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, disponível em: <https://tinyurl.com/yy82tc5f> ;



3.1.6 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 9 - Manejo do estresse psicossocial

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®		Ansiedade Sobrecarga de estresse Processos familiares disfuncionais Relacionamento ineficaz / Risco Enfrentamento ineficaz Campo de energia desequilibrado Insônia Desesperança	
CIPE		Ansiedade Estresse Falta de Apoio familiar Falta de Apoio social Humor deprimido Renda inadequada Risco de Condição Psicossocial Prejudicada	
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Anamnese		- 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: Nobrega; Castro; Souza, 2007; Penteado; Oliveira, 2009; Schneider et al., 2012; Précoma et al., 2019; American Diabetes Association, 2020.

3.1.7 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 10 - 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/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Questionário de espiritualidade: Aplicar questionário FICA ou HOPE - anexo 3		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: Gonçalves, 2014; Heinisch; Stange, 2014; Précoma et al., 2019.



3.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2019)

O escore mais comum e amplamente utilizado para avaliação de risco cardiovascular é o **Escore de risco global (ERG) de Framingham** - anexo 4, o qual considera critérios como sexo, idade, tabagismo, níveis pressóricos e de colesterol total e HDL. Esse escore estima a probabilidade de ocorrência de eventos coronarianos em 10 anos, a partir de uma pontuação que classifica o indivíduo em três possíveis categorias: menos de 10% de chance; 10% a 20% de chance e quando existe mais de 20% de chance de ocorrer um evento cardiovascular ocorrer em dez anos (SES-RS, 2018).

No entanto, diretrizes internacionais e nacionais recomendam o uso de modelos multifatoriais, que permitam o uso de um cálculo unificado para estimar o risco em diferentes condições clínicas (MACH et al., 2018; PRÉCOMA et al., 2019; VIJAN, 2020). Nesse contexto, o Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia elaborou o modelo de estratificação de risco global (ERG/SBC) (quadro 11), o qual considera quatro níveis de risco a partir do ERG de Framingham modificado, considerando, além dos critérios supramencionados, a presença de DCV, a classificação das alterações lipídicas, da doença renal crônica (DRC) e os estratificadores de risco para DM (PRÉCOMA et al., 2019). O fluxograma 1 orienta condutas a serem tomadas pelos enfermeiros, a partir da estratificação de risco cardiovascular conforme esse modelo.

Você pode utilizar a “**Calculadora para estratificação de risco cardiovascular**” (ERG/SBC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, disponível para download de aplicativo para dispositivos móveis ou acessá-la online em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>.



Quadro 11 - Estratificação do risco cardiovascular segundo o modelo ERG/SBC (2019)

Critérios	Estratificação de risco cardiovascular
Adultos de ambos os sexos, cujo ERG Framingham é < 5%	Baixo risco cardiovascular
- Homens com ERG Framingham de 5 a 20% - Mulheres com ERG Framingham de 5 a 10% - Pessoas com DM, com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL e SEM fatores ER* ou de DASC**	Risco intermediário
- Homens com ERG Framingham > 20% - Mulheres com ERG Framingham > 10% - Diagnóstico prévio de DASC** ou Aneurisma de aorta abdominal - DRC definido por Taxa de Filtração Glomerular < 60 mL/min - Pacientes com LDL-c ≥ 190 mg/dL - Diabetes tipos 1 ou 2 com presença de ER* ou DASC**	Alto risco cardiovascular
- Histórico de DCV estabelecida - DAC manifesta - ERG Framingham > 30%.	Muito alto risco cardiovascular

Legenda: DCV - Doença cardiovascular; DAC - Doença aterosclerótica; ERG - Escore de risco global Framingham; DASC - Doença aterosclerótica subclínica; DM - Diabetes *mellitus*; DRC - Doença renal crônica; ER - Estratificadores de risco.

Anotações:

***ER - Estratificadores de risco em diabetes *mellitus*:**

- Idade: Homem > 49 anos Mulher > 56 anos;
- Hipertensão Arterial;
- DM com tempo de diagnóstico >10 anos;
- Obesidade central: definida pela medida de circunferência abdominal (CA) ≥ 94 cm em Homens ou ≥ 80 cm em Mulheres;
- Síndrome Metabólica: CA > 90 cm para homens e > 80 cm para mulheres, em associação a pelo menos dois dos seguintes critérios: triglicérides > 150 mg/dL, glicose > 100 mg/dL, PA ≥ 130/85 mmHg e HDL-c < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres;
- Excreção urinária de albumina aumentada / TFG <60 ml/min (ver item “Rastreamento da Doença Renal Crônica”);
- Retinopatia diabética;
- Tabagismo (pelo menos 1 cigarro no último mês);

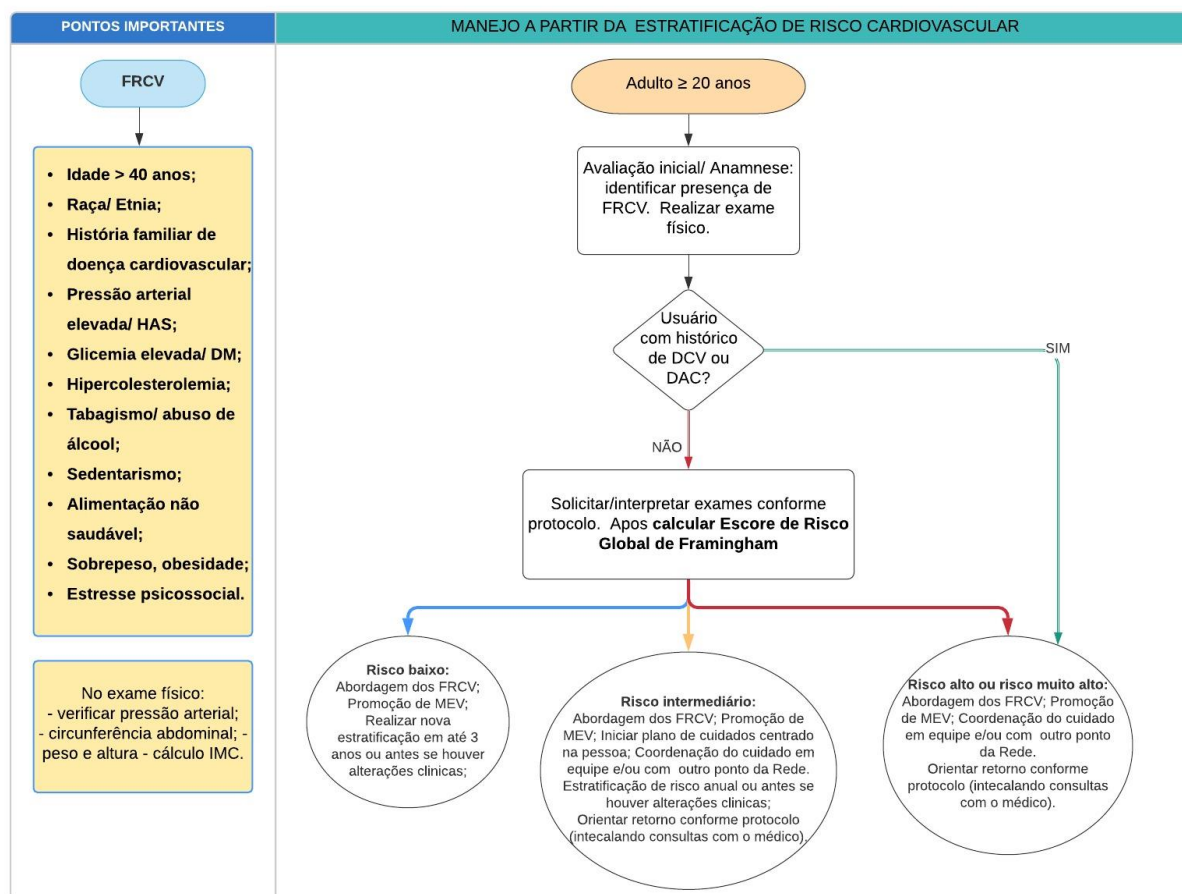
- História familiar de doença cardiovascular prematura em familiares de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos).

****DASC – Doença Aterosclerótica subclínica:** caracterizada por LDL-c entre 70 e 189 mg/dl e ERG Framingham > 20% em Homens ou > 10% em Mulheres. O LDL-c pode vir descrito no laudo do resultado do exame conforme método de análise do laboratório ou pode ser calculado pela fórmula:

$$\text{LDL-c em mg/dL} = \text{Colesterol Total} - \text{HDL} - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

Fonte: Précoma et al., 2019; International Diabetes Federation, 2017; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

Fluxograma 1 - Manejo a partir da estratificação de risco cardiovascular global



Legenda: FCRV – 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; AAE - Atenção Ambulatorial Especializada.

Fonte: Brasil, 2014; Précoma et al., 2019.



3.3 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 delimita-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. 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. Os exames específicos a serem solicitados na estratificação de risco de pessoas com diagnóstico prévio de HA e DM serão abordados nos capítulos correspondentes.

Quadro 12 - Principais exames para estratificação de risco global em indivíduos maiores de 18 anos e fatores de risco cardiovascular (a)

Exame	Indicações	Periodicidade
• Colesterol total • Dosagem de HDL – Colesterol • Triglicerídeos	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 interpretação dos resultados, consultar figura 1; A cada 3 anos se valores desejáveis ou limítrofes, sem doença crônica ou alteração lipídica prévia e baixo risco cardiovascular; Rotina anual se valores desejáveis, risco cardiovascular moderado, alto ou muito alto e no acompanhamento da hipertensão e diabetes; Repetir em 3 a 6 meses se valores limítrofes e risco cardiovascular moderado, alto ou muito alto; Em caso de início ou manutenção de dose de tratamento com medicamentos hipolipemiantes, realizar monitoramento de 1 a 3 meses, após, semestral até o alcance dos alvos terapêuticos. Posteriormente, o controle passa a ser anual; Em caso de valores limítrofes, alterados e/ou indivíduos em tratamento para alterações lipídicas, consultar também fluxograma 2; Quando os níveis de triglicérides estiverem acima de 400 mg/dL (sem jejum), solicitar nova coleta com jejum de 12 horas



Quadro 12. Principais exames para estratificação de risco global em indivíduos maiores de 18 anos e fatores de risco cardiovascular (b)

Exame	Indicações	Periodicidade
Exame sumário de urina*	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;	Sem alterações - conforme necessidade de classificação de risco cardiovascular;
	Rastreamento de proteinúria, como indicativo de doença renal crônica e/ou doença renal do diabetes (DRD). Para mais informações, consultar o item “Rastreamento da Doença Renal Crônica”;	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”.
	Para pessoas com HA e DM , consultar exames de rotina nos capítulos correspondentes.	

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: Brasil, 2015; Florianópolis, 2020; Précoma et al., 2019; Cosentino et al., 2020; Vijan, 2020.



3.4 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).

O rastreio deve ser realizado conforme o quadro 12. Os parâmetros para identificação de dislipidemias e seus alvos terapêuticos com base na classificação do risco ERG/SBC encontram-se na figura 1 (PRÉCOMA et al., 2019). Já a interpretação e condutas de Enfermagem nessa avaliação são orientados no fluxograma 2.

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 (figura 1);
- 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 2;
- Aprazar/pactuar retorno.



Figura 1 - Valores referenciais e de alvo terapêutico conforme risco cardiovascular estimado em adultos acima de 20 anos

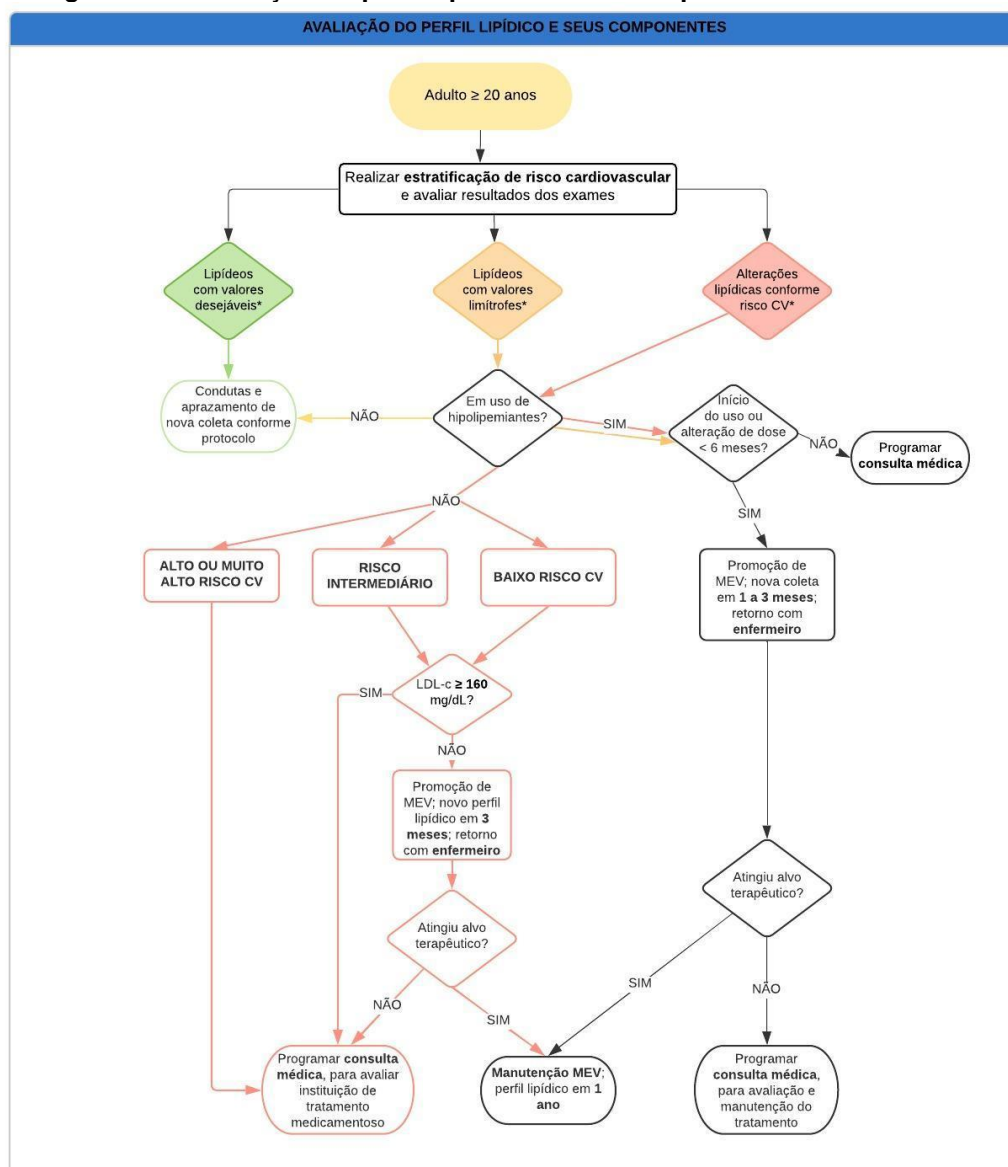
Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria de risco			
				Risco	Sem hipolipemiantes Redução (%)	Com hipolipemiante Meta de LDL-c (mg/dL) Meta de não- HDL-c (mg/dL)
Colesterol total	< 190	< 190	Desejável	Muito alto	> 50	< 50 < 80
HDL-c	> 40	> 40	Desejável	Alto	> 50	< 70 < 100
Triglicérides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

Legenda: *Se colesterol total > 310 mg/dL e/ou LDL-c ≥ 190 mg/dL, há probabilidade de hipercolesterolemia familiar.

Fonte: Reproduzido de Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019.



Fluxograma 2 - Avaliação do perfil lipídico e seus componentes



Legenda: CV – Cardiovascular.

Anotações:

*Valores interpretados conforme risco cardiovascular estimado pelo modelo ERG/SBC. 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: Ferreira; Périco; Dias, 2017; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016; American Diabetes Association, 2020; Prêcoma et al., 2019; Cosentino et al., 2020; Vijan, 2020.



3.5 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://tinyurl.com/y5fop4kj>.

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 hematúria 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 13 - 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				< 30mg/g	30 a 300 mg/g	>300 mg/g
Valores de referência em amostra de urina única				< 17 mg/L	17 a 173 mg/L	≥174 mg/L
Relação Albuminúria/Creatinúria (em amostra)				< 30mg/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: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018a, adaptado de International Society of Nephrology, 2017 e Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



Em relação à classificação da DRC, as condutas a partir do risco associado são abordadas a seguir:

Quadro 14 - 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	
RISCO		CUIDADOS /INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Baixo risco (verde)		- 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		- Encaminhar para consulta médica com brevidade; - Abordagem integrada dos FRCV; - Manter coordenação do cuidado para pessoas com DRC, em equipe multiprofissional e/ou com Atenção Ambulatorial Especializada, quando indicada; - Monitorar e contribuir com o plano de cuidados individualizado com enfoque no controle estrito da PA, da glicemia, na promoção da adesão ao tratamento e a MEV.	

Fonte: International Society of Nephrology, 2017; Brasil, 2014; WILLIAMS et al., 2018; Leehey; Moinuddin, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



3.6 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

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

Quadro 15 - Proposta de periodicidade de consultas individuais conforme estratificação de risco cardiovascular

Risco cardiovascular ERG/SBC	Consulta individual*	Consulta Odontológica**
Baixo	1x / ano	Pelo menos 1 avaliação
Intermediário	2x / ano	1x / ano
Alto	3x / ano	1x / ano
Muito Alto	4x / ano	1x / 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: Précoma et al., 2019; Paraná, 2018; Williams et al., 2018; SES/RS, 2018b; Basile; Bloch, 2019; Wexler, 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 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Pâmela Leites de Souza Steffen⁹

Janilce Dorneles de Quadros¹⁰

Tainá Nicola¹¹

Thais Mirapalheta Longaray¹²

Carlice Maria Scherer¹³

Fábio Meller da Motta¹⁴

Daniel Soares Tavares¹⁵

Vanessa Romeu Ribeiro¹⁶

A hipertensão arterial essencial ou idiopática, ou seja, sem causa secundária reconhecida, é uma doença altamente heterogênea, de início insidioso e etiologia multifatorial, herdabilidade genética que varia de 35 a 50% dos casos. Apesar de sua origem não estar totalmente esclarecida, resulta, necessariamente, de alteração no débito cardíaco e/ou na resistência periférica dos vasos (WILLIAMS et al., 2018). Seu diagnóstico, geralmente, ocorre a partir do rastreamento de um indivíduo assintomático, destacando a importância da aferição da PA em adultos como rotina nos serviços de APS (BRETTTLER, 2019).

Já a HA secundária tem prevalência de 3-5% e está relacionada a causas como distúrbios da tireóide, doenças renais parenquimatosas, coarctação da aorta e síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS). Ao identificar-se as causas, o tratamento pode curar ou efetivar o controle da HA (MALACHIAS et al., 2016).

A consulta de Enfermagem para o manejo da HA envolve o rastreamento, detecção precoce e acompanhamento da pessoa vivendo com pré-hipertensão e hipertensão. As intervenções de Enfermagem devem ter enfoque na promoção do autocuidado, da adesão medicamentosa e às MEV, a partir da abordagem centrada na pessoa e em sua rede de apoio (BRASIL, 2014; MENDES, 2019).

⁹Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

¹⁰Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

¹¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

¹²Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

¹³Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

¹⁴Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

¹⁵Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

¹⁶Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande



4.1 RASTREAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL - HA

4.1.1 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; BRETTTLER, 2019; BRASIL, 2013a).

Principais fatores de risco para Hipertensão Arterial

(MALACHIAS et al., 2016; BRETTTLER, 2019):

- Idade > 60 anos;
- raça / cor negra;
- história familiar de hipertensão ou doença arterial coronariana (DAC);
- obesidade;
- síndrome metabólica;
- diabetes *mellitus*;
- apneia obstrutiva do sono;
- ingestão moderada/elevada de álcool;
- sedentarismo.

O diagnóstico, por sua vez, se dará pela história clínica, estratificação de risco cardiovascular e pela avaliação dos níveis pressóricos aferidos. A presença de níveis elevados e sustentados em pelo menos **três medições** em ocasiões diferentes de **PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg**, com intervalo mínimo de 1 semana, configura hipótese diagnóstica de HA. Apesar de este ponto de corte estar em pauta de discussão, a HA, sobretudo, será definida como o nível de PA em que os benefícios do tratamento superem os riscos (MALACHIAS et al., 2016; NEREMBERG et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018; NOBRE et al., 2018; BRETTTLER, 2019; HEARTS, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A aferição dos níveis pressóricos podem ser realizados em **consultório**, por meio de **Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA)** (apêndice 2) 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).



A consulta de Enfermagem para o rastreamento da HA deve basear-se no seguinte roteiro (BRASIL, 2013a; MALACHIAS et al., 2016):

- 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;
- 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;
- 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;
- Cálculo de risco cardiovascular a partir de história clínica, exame físico e solicitação/interpretação de exames, conforme fluxograma 1;
- Promoção do autocuidado e de MEV;
- Solicitar monitoramento para confirmação das médias pressóricas, preferencialmente, via **MRPA** (apêndice 2), ou, na indisponibilidade deste, na **unidade de saúde** por **1 a 2x** por semana por até **14 dias**;
- Aprazar retorno em até **14 dias** para gerenciamento do rastreamento (*screening*).

Quadro 16 - Rastreamento da hipertensão arterial em pessoas com idade maior ou igual a 18 anos (a)

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



Quadro 16. Rastreamento da hipertensão arterial em pessoas com idade maior ou igual a 18 anos (b)

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Normotensão PA < 120/80 mmHg Pré - Hipertensão: Medida de consultório: 3 ou + medidas com PA $\geq$ 120/80 < 140/90 mmHg; MRPA - Média de PA $\geq$ 120/80 < 135/85 mmHg; Hipertensão Arterial Consultório: 3 ou + medidas com PAS $\geq$ 140 e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg; MRPA - Média de PAS $\geq$ 135 e/ou PAD $\geq$ 85 mmHg; Resultado de MAPA - Média ambulatorial de 24h PA $\geq$ 130/80 mmHg. Hipertensão Arterial Secundária Presença de sinais e sintomas sugestivos de causas secundárias (quadro 17) Hipertensão do Jaleco Branco (HJB) É a diferença $\geq$ 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.	- 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. - Realizar abordagem integrada dos fatores de risco para hipertensão e FRCV; - Orientar a pessoa quanto ao risco aumentado para o desenvolvimento da HA e suas complicações; - Promover o autocuidado e MEV; - Gerenciar Acompanhamento de Rastreamento (<i>Screening</i>); - Apraziar rastreamento anual se risco cardiovascular baixo ou intermediário; - Encaminhar para consulta médica se risco cardiovascular alto ou muito alto. - Encaminhar para consulta médica para diagnóstico; - Encaminhar para consulta médica imediata se sinais e sintomas de crise hipertensiva (consultar quadro 24); - Monitorar Pressão Arterial; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento. - Encaminhar para consulta médica para investigação diagnóstica; - Monitorar Pressão Arterial; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento. - 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. - Na suspeita dessa condição, encaminhar para consulta médica para avaliação e consideração de solicitação do MAPA.

Fonte: Malachias et al., 2016; Nobre et al., 2018; Williams et al., 2018; Brettler, 2019; Précoma et al., 2019.



Quadro 17 - Principais causas de HA secundária e seus sinais/sintomas

CAUSAS	SINAIS E SINTOMAS
SAHOS	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 <i>Cushing</i>	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

Legenda: SAHOS - Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono.

Fonte: Malachias et al., 2016.

4.1.2 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*, do COREN-RS, disponível em <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente.pdf>

4.1.3 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 ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 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).

Quadro 18 - 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



Quadro 18. Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
HIPERTENSÃO GESTACIONAL Diagnóstico de HA com idade gestacional (IG) > 20 semanas, na ausência de proteinúria e de sinais de lesão em órgão-alvo.	- Atentar para possibilidade de HJB; - Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTÃO 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.	- 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 GESTÃO 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.



Quadro 18. Manejo das síndromes hipertensivas na gestação (c)

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

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.

Fonte: SES/RS, 2018c; TelessaúdeRS, 2019; Melvin; Funai, 2020.

A maioria das mulheres com hipertensão gestacional irá normalizar seus níveis pressóricos entre a primeira e 12ª semana após o parto. Em caso de persistência da elevação da pressão arterial por período ≥ 12 semanas pós-parto, deve-se encaminhar a mulher para avaliação médica devido à provável atualização do diagnóstico de HA transitória da gestação para HA crônica (MELVIN; FUNAI, 2020).



4.2 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).

Quadro 19 - Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com HA (a)

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ANAMNESE

- História atual – tempo de diagnóstico, FRCV; medicamentos em uso, reações adversas e demais aspectos relacionados à adesão;
- História familiar de HA, DM, DRC, DCV e DAC / morte prematura e/ou súbita;
- Estilo de vida e rotina do usuário;
- Espiritualidade (anexo 3) e contexto socioeconômico, incluindo rede de apoio e demais aspectos envolvidos na capacidade de autocuidado;
- Levantamento de queixas e necessidades em saúde atuais.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - EXAME FÍSICO

- Estado geral;
- Avaliação neurológica 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>);
- Inspeção da face, pele e pelos e inspeção e palpação da glândula tireoide;
- Ausculta cardíaca e respiratória;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Aferir PA – na primeira consulta, deve-se aferir a pressão arterial com a pessoa sentada (também de pé, se suspeita de hipotensão ortostática*), em ambos os braços, e considerar a média pressórica para classificação da HA. Nas consultas subsequentes, padronizar a medida no braço que apresentou a maior leitura;
- Avaliação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. Atentar para retardamento ou redução de pulsos femorais como sinais sugestivos de coarctação da aorta;
- Avaliação do estado nutricional: peso e altura para cálculo do IMC e circunferência abdominal.



Quadro 19. Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com HA (b)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

TAXONOMIA NANDA	TAXONOMIA CIPE
• 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	• 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

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 (Ver item 3.2);
- Solicitar exames de rotina conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.3);
- 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: Brasil, 2013a; WHO, 2013; Brasil, 2014; Malchias et.al., 2016; Brettler, 2019; Précoma et al., 2019.



4.2.1 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 (quadro 20), 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 20 - 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	< 140	< 90
			Intermediário		
			Alto Muito Alto		
Estágio 2	160 - 179	100-109	Baixo	< 140	< 90
			Intermediário		
			Alto Muito Alto		
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: Malachias et al., 2016; Williams et al., 2018; Brettler et al., 2019; Précoma et al., 2019.

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).



4.2.2 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 (quadro 21), 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 21 - Cuidados de Enfermagem para a Aferição da PA em consultório (a)

Dispor de 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 garrotear 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).



Quadro 21. 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: Malachias et al., 2016; Nobre et al., 2018; Neremberg et al., 2018.

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 22 - Indicações para monitoramento da PA conforme método de escolha

MÉTODO	INDICAÇÕES	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
AMPA - Automedida da PA Medidas ocasionais da PA, sem protocolo preestabelecido, por decisão do usuário ou do profissional.	- Automanejo em situações de queixas sugestivas de alterações agudas da PA; - Não deve ser o método de escolha para monitoramento das metas de controle.	- 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.
MRPA - Monitoramento Residencial da PA Modalidade realizada no domicílio pelo usuário com as devidas instruções (apêndice 2), 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.	- 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.	- 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.
Medida de consultório / na Unidade de Saúde Consiste na aferição da PA pelos profissionais de saúde.	- 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.	- 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 (quadro 21) e parâmetros atualizados de alteração;

Fonte: Stergiou; Bliziotis, 2011; Kaufmann, 2018; Nobre et al., 2018; Basile; Bloch, 2019; Nice (2019); Roerecke; Kaczorowski; Myers, 2019; Pappaccogli et al., 2019.

4.2.3 Principais exames de rotina

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



fornece 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.

Quadro 23 - Principais exames de rotina para acompanhamento do usuário vivendo com Hipertensão (a)

Exame	Indicações / Considerações	Periodicidade
GLICEMIA DE JEJUM (GJ)	- Identificar fatores de risco adicionais de pré-diabetes e DM2. Para mais informações, consulte rastreamento do DM.	Anual
PERFIL LIPÍDICO Colesterol total, HDL. Triglicerídeos	- Rastreamento e acompanhamento de dislipidemias e Síndrome Metabólica. Para mais informações, consultar item " <i>Manejo das alterações lipídicas</i> ".	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

Quadro 23. Principais exames de rotina para acompanhamento do usuário vivendo com Hipertensão (b)

Exame	Indicações / Considerações	Periodicidade
CREATININA SÉRICA	- Rastreamento da DRC. - Utilizada para calcular a TFG (CKD-EPI). Para conduta e seguimento, consultar item “<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>”; - 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 “<i>Rastreamento da Doença Renal Crônica</i>”.	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: Brasil, 2015; Florianópolis, 2020; Malachias et al., 2016; Paraná, 2018; Waheed, 2018; Bakris, 2019; Hearts, 2019; leehey; Moinuddin, 2019; Précoma et al., 2019.



4.3 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).

4.3.1 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 24 - Manejo das crises hipertensivas (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	• Risco de pressão arterial instável • Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída • Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz • Dor aguda • Confusão aguda / Risco • Ventilação espontânea prejudicada • Intolerância à atividade / Risco de
CIPE	• Pressão Arterial Alterada • Risco de Função Cardíaca, Prejudicada • Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada



Quadro 24. Manejo das crises hipertensivas (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Emergência Hipertensiva Elevação aguda da PA associada a sinais/sintomas de alerta: alterações do nível de consciência, perda de força motora, alterações visuais, de fala e da face, convulsões, dor precordial, dispneia, cianose ou saturação $\leq 90\%$, bradicardia (FC ≤ 50 bpm) ou taquicardia (FC ≥ 120 bpm).	- Encaminhar para atendimento médico imediato; - Atentar para a administração do Captopril por via oral, se necessário (conforme prescrição médica), uma vez que sua apresentação comercial não prevê absorção sublingual e não há benefícios comprovados que a justifiquem.
Urgência Hipertensiva (UH) Elevação da PA estágio 2 e/ou PAD ≥ 120 mmHg, em usuários com risco de evolução para lesão em órgão-alvo, com sintomas menos graves. Sinais e sintomas de desconforto, dor moderada em região occipital, dor torácica moderada.	- Encaminhar para consulta médica pela necessidade de reestabelecer controle pressórico em 24-48h; - Atentar para a administração do Captopril por via oral, se necessário (conforme prescrição médica), uma vez que sua apresentação comercial não prevê absorção sublingual e não há benefícios comprovados que a justifiquem; - Pactuar retorno em até 7 dias após estabilização do quadro para revisão do plano de cuidados.
Pseudocrise hipertensiva Elevação da PA associada a sintomas relatados pelo usuário que não permitem estabelecer relação causal entre a hipertensão e a manifestação do desconforto. Relato de ansiedade, situação estressante recente, dor leve/crônica ou cefaleia.	- Avaliar a intensidade dos sintomas e necessidade de consulta médica do dia; - Realizar escuta acolhedora; - Avaliar sinais e sintomas de sofrimento psíquico; - Identificar condições que possam ter desencadeado o aumento da PA; - Promover conforto; - Prescrever, se dor: Paracetamol 500 mg 1 comprimido via oral de até 6/6h OU Dipirona 500 mg 1 comprimido via oral de até 6/6h e reavaliar em até 3 dias; - 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; - Pactuar retorno em até 3 dias para reavaliação.
Elevação eventual da PA Alteração dos níveis pressóricos sem queixas e sem sinais de gravidade, apresentando-se, geralmente, como um achado nas verificações de rotina da US.	- Identificar e abordar condições que possam ter desencadeado o aumento da PA como dificuldades de adesão / autocuidado; - Conduzir consulta de enfermagem de rastreamento ou de acompanhamento se diagnóstico prévio de HA; - Revisar histórico de saúde e plano de cuidados; - Solicitar MRPA, ou, na indisponibilidade deste, monitoramento de PA na US; - Solicitar exames de rotina, se indicados; - Pactuar retorno em até 14 dias.

Fonte: Brasil, 2013c; Porto Alegre, 2015; Malachias et al., 2016.



4.3.2 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 25 - Manejo da Hipotensão (a)

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 • Risco de queda
CIPE	• Hipotensão • Risco de Efeito Colateral da Medicação • Risco de Função do Sistema Nervoso, Prejudicada • Risco de Lesão por Queda



Quadro 25. Manejo da Hipotensão (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Hipotensão absoluta Geralmente PAS < 90 mmHg ou pressão arterial média < 65 mmHg ($PAM = [(2 \times PAD) + PAS / 3]$) com taquipneia, taquicardia e sinais de alteração do nível de consciência. Hipotensão relativa Queda abrupta na PAS > 40 mmHg acompanhada de sintomas como tontura, fraqueza, desfoque visual ou escurecimento dos campos visuais.	- Encaminhar para atendimento médico imediato.
Hipotensão ortostática Queda na PAS > 20 mmHg ou na PAD > 10 mmHg em pé.	- Recomendar a ingestão de dois copos de água (480 ml) em até 5 minutos para reversão do quadro. Orientar essa medida também para o manejo da hipotensão no domicílio ou na rua; - Encaminhar para atendimento médico se hipotensão persistente; - Revisar plano de cuidados com enfoque nos fatores desencadeantes da hipotensão e encaminhar ao médico para manutenção do tratamento se quadro recorrente de hipotensão sintomática; - Orientar medidas de prevenção como levantar-se sempre lentamente, principalmente, pela manhã, realizar atividade física, manter alimentação balanceada, hidratação adequada (1,5 a 3 L de água por dia), evitar o superaquecimento e manter acompanhamento regular com a equipe de saúde; - Orientar procurar a unidade de saúde para atendimento médico sempre que hipotensão persistente sem sinais de gravidade ou serviço de emergência na presença de alteração grave do nível de consciência.
	- Aferir PA na posição sentada e em pé, a partir do risco de ou na suspeita de hipotensão ortostática; - Encaminhar para atendimento médico se hipotensão persistente; - Orientar medidas de prevenção como levantar-se sempre lentamente, principalmente, pela manhã, realizar atividade física, manter alimentação balanceada, hidratação adequada (1,5 a 3 L de água por dia), evitar o superaquecimento e manter acompanhamento regular com a equipe de saúde; - Revisar plano de cuidados e encaminhar ao médico para manutenção do tratamento se quadro recorrente de hipotensão sintomática.

Fonte: Malachias et al., 2016; Gaieski; Mikkelsen, 2020.



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

Pâmela Leites de Souza Steffen¹⁷

Janilce Dorneles de Quadros¹⁸

Tainá Nicola¹⁹

Thais Mirapalheta Longaray²⁰

Carlice Maria Scherer²¹

Daniel Soares Tavares²²

Vanessa Romeu Ribeiro²³

Fábio Meller da Motta²⁴

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 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Subdivide-se em **diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**, **diabetes mellitus tipo 2 (DM2)** e **diabetes mellitus gestacional (DMG)**, descritos a seguir. 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).

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).

Cabe ao Enfermeiro, como integrante da equipe de APS, a identificação dos fatores de risco e rastreamento do DM, o acompanhamento da pessoa vivendo com DM, assim como a prevenção e a participação na detecção precoce de suas potenciais complicações (BRASIL, 2013b). As

17Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

18Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

19Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

20Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

21Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

22Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

23Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande

24Enfermeiro. Especialista. Coren-RS



HIPERTENSÃO
E DIABETES

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

intervenções de Enfermagem devem ter enfoque na promoção do autocuidado, da adesão medicamentosa e às MEV, a partir da abordagem centrada na pessoa e em sua rede de apoio (BRASIL, 2014; MENDES, 2019).



5.1 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, conforme fluxograma 1;
- Promoção do autocuidado e de MEV;
- Solicitar exames de rastreamento conforme indicações deste protocolo;
- Pactuar retorno com resultados para gerenciamento do rastreamento (*screening*).

5.1.1 Diabetes Mellitus tipo 1 – DM1

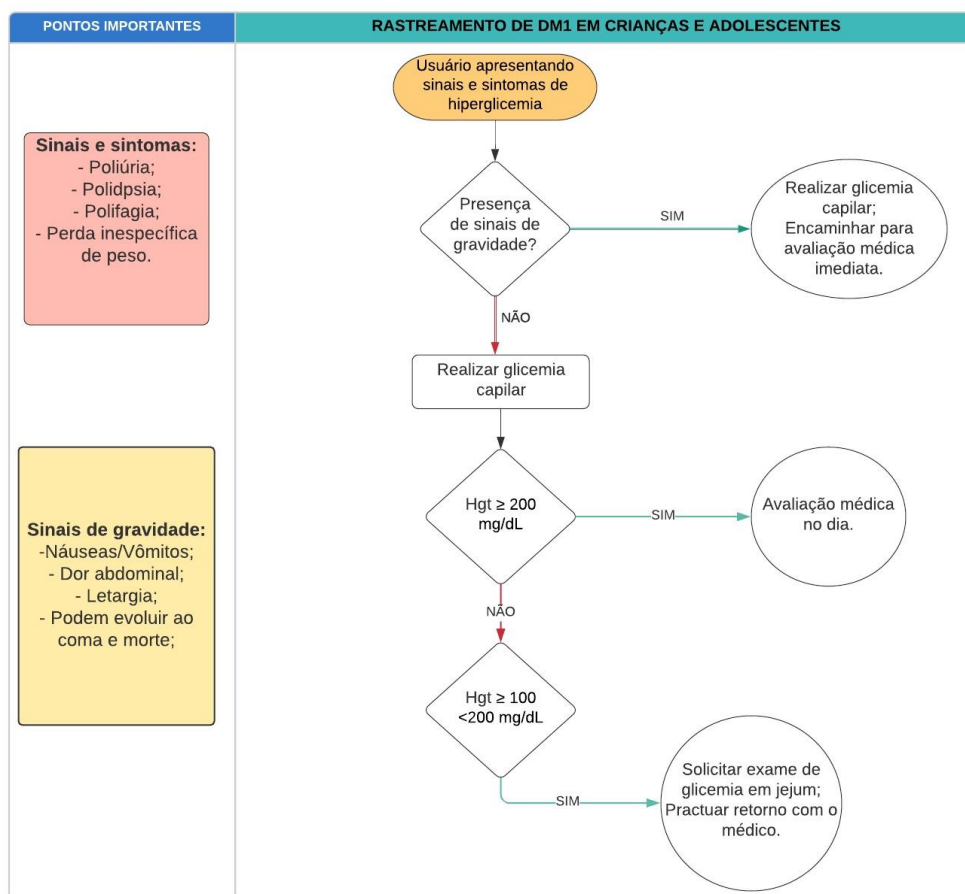
O DM1 é uma das doenças crônicas mais comuns na infância, caracterizada pela destruição autoimune das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. Geralmente, as crianças e adolescentes apresentam na ocasião da investigação os sinais e sintomas clássicos de hiperglicemia 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 3 - Rastreamento do DM1 em crianças e adolescentes



Fonte: Inzicchi; Lupsa, 2020; American Diabetes Association, 2020; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; TelessaúdeRS, 2018b.

5.1.2 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):



Principais fatores de risco para DM2 em adultos:

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

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 26 - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM

	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicemia ao acaso (mg/dL)	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.



Quadro 27 - Rastreamento do 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	
CLASSIFICAÇÃO		CUIDADOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Normoglicemia		- 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		- 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		- Encaminhar para consulta médica para confirmação diagnóstica; - Programar retorno com Enfermeiro para acompanhamento.	

Fonte: O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020; Robertson, 2020.

5.1.3 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):



Principais fatores de risco para DM2 em crianças e adolescentes:

- Sexo feminino;
- Excesso de peso ou obesidade;
- História materna de Diabetes *Mellitus* Gestacional durante sua gestação;
- História familiar de DM2 em familiares de 1º ou 2º grau;
- Ascendência não branca;
- 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.

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 28 - Manejo do DM2 em crianças e adolescentes (a)

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)



Quadro 28. Manejo do DM2 em crianças e adolescentes (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Normoglicemia GJ < 100 mg/dL	- Promover hábitos de vida saudáveis; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (consultar quadro 4).
Pré-diabetes GJ ≥ 100 < 126 mg/dL	- 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 (consultar quadro 4); - Após confirmada a condição, gerenciar rastreamento a partir de solicitação de nova GJ em 1 ano.
Diabetes Mellitus tipo 2 GJ ≥ 126 mg/dL	- Encaminhar à consulta médica para diagnóstico; - Pactuar seguimento com enfermeiro; - Monitorar dados antropométricos e realizar manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (consultar quadro 4); - 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: Brasil, 2017b; Weffort; Lamounier, 2017; Levitsky; Misra, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.

5.1.4 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).

Principais fatores de risco para DM na gestação:

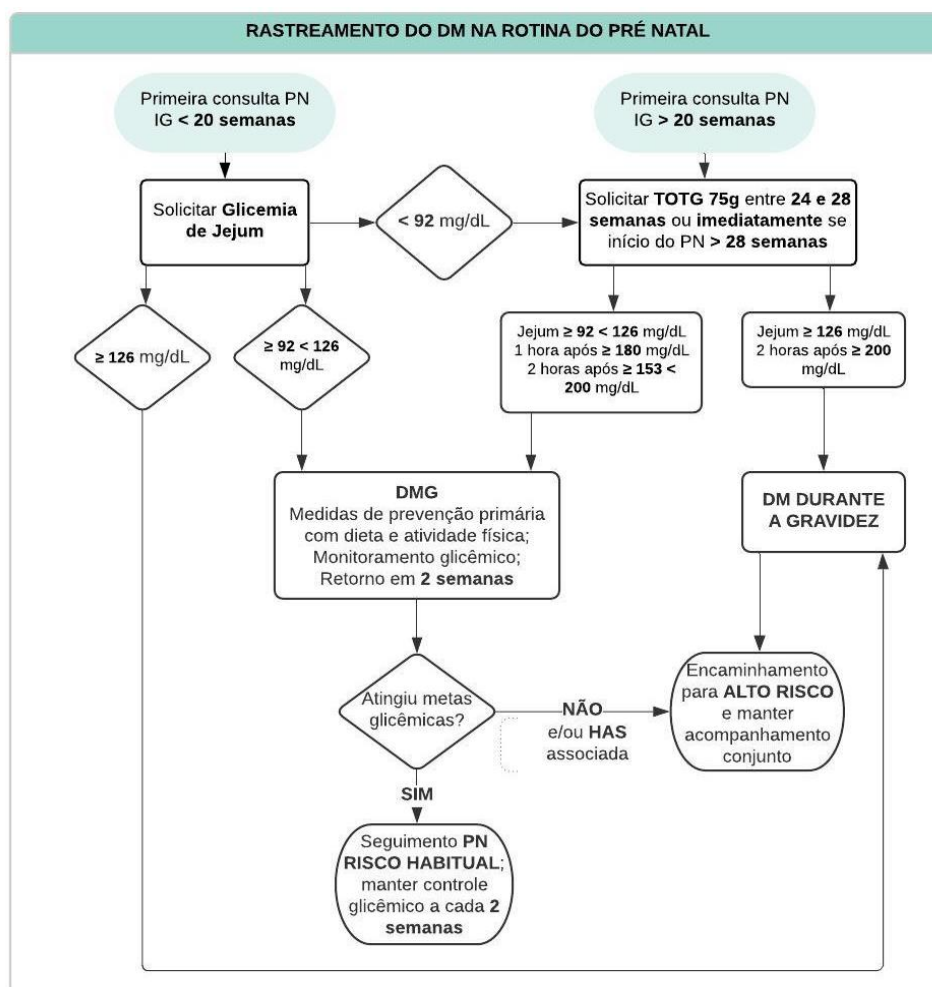
- Idade materna avançada;
- Baixa estatura (menos de 1,5 m);
- Síndrome de ovários policísticos;
- História familiar de DM em familiares de 1º grau;
- Diagnóstico prévio de Pré-diabetes;
- Sobrepeso/obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Crescimento fetal excessivo;
- Polidrâmnio;
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia;
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG.



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). As orientações para o rastreamento do DM na rotina de pré-natal e os parâmetros diagnósticos são descritos no fluxograma 4 e quadro 29.

Fluxograma 4 - Rastreamento do DM na rotina de pré-natal



Fonte: Steinberg; Miller, 2015; TelessaúdeRS, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.



Quadro 29 -Manejo do DMG e DM diagnosticado durante a gravidez (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	• Controle ineficaz da saúde • Comportamento de saúde propenso a risco • Risco de glicemia instável • Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico • Risco de desequilíbrio eletrolítico • Volume de líquido excessivo • Risco de volume de líquidos desequilibrado • Risco de infecção • Risco de binômio mãe-feto perturbado
CIPE	• Aceitação da condição de saúde • Complicação durante a gestação • Hiperglicemia • Risco de complicação durante a gestação • Risco de complicação durante o processo parturitivo • Risco de complicações relacionadas com o parto • Resposta a terapia Eficaz / Ineficaz
CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Diabetes Mellitus Gestacional Glicemia de jejum com IG < 20 semanas: ≥ 92 < 126 mg/dL; TOTG 75 g a partir de IG > 24 semanas: Jejum ≥ 92 < 126 mg/dL 1h após ≥ 180 mg/dL 2h após ≥ 153 < 200 mg/dL.	- 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 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 GESTÃO DE ALTO RISCO a qualquer momento se não atingir o controle glicêmico e/ou houver diagnóstico associado de Hipertensão Arterial.



Quadro 29. Manejo do DMG e DM diagnosticado durante a gravidez (b)

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
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	- Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTÃO DE ALTO RISCO; - 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.

Fonte: Steinberg; Miller, 2015; SES/RS, 2018c; Telessaúde, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

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).



5.2 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 30 - Consulta de Enfermagem para acompanhamento do usuário com DM2 (a)

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 (apêndice 1);
- Exame dos pés.



Quadro 30. Consulta de Enfermagem para acompanhamento do usuário com DM2 (b)

CLASSIFICAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	Controle ineficaz da saúde Comportamento de saúde propenso a risco Ansiedade Risco de glicemia instável 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 infecção
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

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; - Estratificar risco cardiovascular conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.2); - Solicitar exames de rotina conforme indicações deste protocolo (Ver item 3.3); - Avaliar a habilidade e a capacidade para o autocuidado; - Apoiar 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; - 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, do rastreio positivo para depressão/ansiedade, da necessidade de manutenção do tratamento prescrito ou conforme demais indicações deste protocolo.

Fonte: Young-Hyman et al., 2016; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.



5.2.1 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 31 - Estratificação do risco para usuários com DM (a)

RISCO	CRITÉRIOS Controle glicêmico; hemoglobina glicada (HbA1c); complicações e capacidade para o autocuidado*	ACOMPA- NHAMENTO
BAIXO	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c < 7,5% e <u>todas</u> as 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</u> as 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



Quadro 31. Estratificação do risco para usuários com DM (b)

RISCO	CRITÉRIOS Controle glicêmico; hemoglobina glicada (HbA1c); complicações e capacidade para o autocuidado*	ACOMPANHAMENTO
ALTO	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c entre 7,5 a 9% e uma das situações a seguir, <u>independente</u> 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 SES/RS, 2018d.

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).

5.2.2 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 32 - Principais exames de rotina para acompanhamento do DM2 em adultos* (a)

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, 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

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: Brasil, 2015; Précoma et al., 2019; Bakris, 2019; Cosentino et al., 2019; Hearts, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Wexler, 2019, SES/RS, 2018d.



5.2.3 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 33 - Metas glicêmicas conforme faixa etária e condição clínica (a)

Faixa etária / Condição clínica	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%		< 180 mg/dL
Idosos com complicações, riscos de hipoglicemia e dificuldades de autocuidado**	< 8 %	< 150 mg/dL	Idosos com complicações, riscos de hipoglicemia e dificuldades de autocuidado**

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; American Diabetes Association, 2020; Laffel; Svoren, 2020; Mach et al., 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.

5.2.4 Cuidados de Enfermagem na insulinoaterapia

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 34 - Cuidados de Enfermagem na insulinoaterapia (a)

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, despende 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.



Quadro 34. Cuidados de Enfermagem na insulinoterapia (b)

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 segundo figura 2. 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 des controle glicêmico.



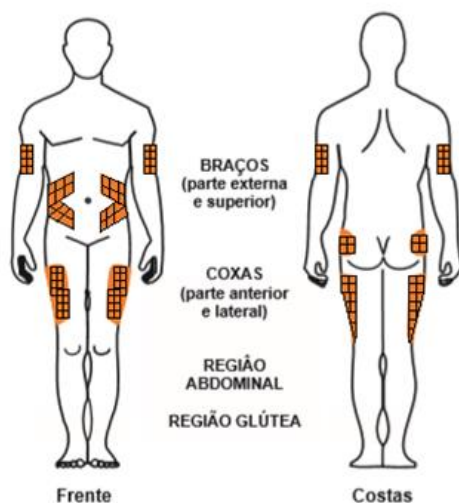
Quadro 34. Cuidados de Enfermagem na insulinoterapia (c)

REUTILIZAÇÃO DE SERINGAS E AGULHAS
- Recomendar seringas com agulhas fixas, com graduação adequada ao número de unidades de insulina diária; - Contraindicar a reutilização de seringas e agulhas, pois após o primeiro uso, perdem sua esterilidade aumentando risco de infecção, estando associado a erros de dose, desperdício de insulina, variabilidade glicêmica, diminuição da afiação e risco de quebra da agulha, desconforto, dor nas aplicações e lipo-hipertrofia; - Na impossibilidade de uso único, orientar os usuários a reutilizar agulhas para aplicação de insulina subcutânea, entre 4 a 8 utilizações.
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 30º) 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 DE DIABETES PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
- 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.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020; Brasil, 2020c.



Figura 2 - Locais para aplicação de insulina por quadrantes



Fonte: Adaptado de Rio de Janeiro, 2013.

Figura 3 - Recomendações para tamanho das agulhas e prega cutânea na insulinoterapia

AGULHAS	INDICAÇÃO	PREGA SUBCUTÂNEA	ÂNGULO DE INSERÇÃO DA AGULHA	IMPORTANTE
4 mm	Todas as pessoas	Dispensável, exceto para crianças menores de seis anos	90°	Recomenda-se realizar prega subcutânea em pessoas com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
5 mm	Todas as pessoas	Dispensável, exceto para crianças menores de seis anos	90°	Recomenda-se realizar prega subcutânea em pessoas com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
6 mm	Todas as pessoas	Indispensável	90° para adultos 45° para crianças e adolescentes	Recomenda-se realizar ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para prevenir risco de aplicação IM
8 mm	Indicação restrita para crianças, adolescentes e adultos com escassez de tecido subcutâneo	Indispensável	90° ou 45° adultos 45° crianças e adolescentes	Recomenda-se realizar ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, devido ao risco de aplicação IM
12 mm, 12,7 mm e 13 mm	Indicação restrita para todas as pessoas	Indispensável	45°	Alto risco de aplicação IM para todas as pessoas

Anotações: Em gestantes a prega subcutânea deve ser considerada independente do comprimento da agulha que será usada. Preferencialmente usar agulhas com 4 mm de comprimento.

Fonte: Reproduzido de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014.

5.2.5 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, recomenda-se 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 35 - 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	Automonitorização da glicemia capilar é o método preferencial: - Monitorar ajuste de doses e avaliar efeitos de mudanças no tratamento; - Detectar hipoglicemias assintomáticas e hiperglicemias pós-prandiais; - Manejar alterações agudas da glicemia; - Avaliar resposta glicêmica à presença de doenças graves /infecções.	- 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	Automonitorização da glicemia capilar é o método preferencial: - 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.	- 4 a 7x ao dia – antes das refeições e/ou 1h após as refeições (pós-prandiais) e antes de dormir; - Sempre que houver alterações agudas sintomáticas da glicemia.
Em uso de antidiabéticos orais	- Preferencialmente, na unidade de saúde, ou no domicílio se houver disponibilidade e desejo; - Avaliar resposta glicêmica ao início do tratamento ou para manutenção de doses, até alcance dos alvos terapêuticos; - Detectar hipoglicemias assintomáticas; - Manejar alterações agudas da glicemia.	- 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.

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.

Fonte: Brasil, 2013b; Rio de Janeiro, 2013; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Weinstock, 2019; American Diabetes Association, 2020.

5.2.6 Exame dos pés

A neuropatia diabética (ND) afeta mais de 50% dos indivíduos com DM e caracteriza-se pela presença de sintomas e/ou sinais de disfunção dos nervos do sistema nervoso periférico, podendo impactar significativamente na qualidade de vida do usuário e família. À medida que progridem, as NDs tornam-se fatores de risco para o pé diabético (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; MALIK; ALAM; AZMI, 2019). A infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles, que decorrem de alterações neurológicas e de diferentes graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores, denomina-se pé diabético (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001).

As úlceras do pé diabético (UPD) precedem 85% das amputações de membros inferiores mundialmente. A prevenção é influenciada diretamente pela adesão, controle glicêmico, controle pressórico e do tabagismo, constituindo-se como um evento sentinela no cuidado. Logo, a capacidade das equipes de saúde em rastrear, estratificar o risco de ulceração e tratar os pés e UPD representa um indicador de qualidade da atenção em diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020).

A partir do momento do diagnóstico do DM2, o exame dos pés na APS deve ser realizado, sistematicamente, pelo médico ou enfermeiro, devidamente capacitados e segundo periodicidade recomendada (quadro 37). A consulta de Enfermagem pode apresentar resultados potenciais a partir da educação em saúde, de promoção do autocuidado e de melhora no comportamento de autoproteção do pé (WHO, 2013; NICE, 2015).

Os quadros 36 e 38 abordam achados significativos durante o exame dos pés pelo enfermeiro e condutas recomendadas às alterações identificadas. Maiores informações quanto à realização do exame e orientações para os cuidados de autoproteção do pé estão disponíveis em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf.

Quadro 36 - Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (a)

Identificação de Fatores de risco (FR)	
FR principais:	Outros FR:
- Polineuropatia diabética (PND) - Deformidades - Trauma - Doença Arterial Periférica (DAP) - Histórico de úlcera / amputação	- Idade - Duração do DM > 10 anos - Nefropatia diabética e retinopatia; - Mau controle glicêmico - Baixos níveis de adesão - Fatores psicossociais - Tabagismo



Quadro 36. Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (b)

Avaliação neurológica: rastreamento/investigação de Neuropatia diabética (ND) e Perda de Sensibilidade protetora (PSP)

Sintomas:

- Relato de dor, queimação e dormência que tipicamente melhoram com o exercício
- Desequilíbrio
- Alteração da percepção de temperatura
- Pode haver manifestações clínicas em demais sistemas orgânicos como: disfunção erétil, ressecamento vaginal, hipotensão ortostática, sensação de plenitude gástrica e diminuição ou ausência da percepção de hipoglicemia

Sinais:

- Pele seca (xerodermia) e fissuras
- Hiperqueratose e calosidades
- Deformidades neuropáticas: dedos em garra ou em martelo, proeminências de cabeças dos metatarsos e acentuação ou retificação do arco plantar (Artropatia de Charcot)
- Unhas hipotróficas, encravadas ou micóticas
- Lesões fúngicas e maceração interdigital
- Alterações de marcha
- Diminuição da acuidade visual
- Hipo ou anidrose

Rastreamento da Perda de Sensibilidade Protetora (PSP)

Material necessário	Achados significativos	Interpretação
Monofilamento de náilon de 10 g	Alterado se duas respostas erradas em três aplicações, inclusive uma simulação, em qualquer área de teste	PSP / rastreamento positivo se monofilamento alterado + 01 ou mais teste anormal
Diapazão (128 Hz)	Percepção vibratória anormal se o paciente responde de forma incorreta em, pelo menos, duas de três aplicações Sensibilidade ao frio diminuída ou ausente	
Palito descartável	Sensibilidade dolorosa diminuída ou ausente	

Considerações para rastreamento/investigação da ND

A partir da avaliação clínica e exame dos pés, quando dois dos três seguintes critérios estiverem presentes, há possível diagnóstico de ND:

- Sintomatologia associada à neuropatia;
- Perda de Sensibilidade Protetora (PSP);
- Diminuição ou ausência de reflexos neuromusculares (reflexos tendíneos aquileus reduzidos ou ausentes).

Até 50% dos pacientes com ND podem ser completamente assintomáticos, evidenciando a importância do rastreamento a partir do exame dos pés.

**Se indicativo de neuropatia diabética programar consulta médica para diagnóstico e conduta.
Seguimento com enfermeiro.**



Quadro 36. Aspectos-chave para avaliação do risco de ulceração no exame dos pés do usuário com diabetes (c)

Avaliação vascular: Rastreamento/ investigação de Doença Arterial periférica (DAP)

Fatores de risco para DAP

- Idade > 40 anos
- Diabetes Mellitus
 - Hipertensão
 - Hiperlipidemia
- Doença Aterosclerótica Subclínica / Doença Aterosclerótica
 - Tabagismo
 - Sedentarismo
 - Excesso de peso

Sintomas:

- Nem sempre haverá sintomas referidos pela insensibilidade decorrente da ND.
- Fadiga nos pés e nas pernas
- Dor em repouso
- Claudicação (fluxo sanguíneo inadequado durante exercícios, causando fadiga, câimbras, desconforto ou dor)
- Dor mais intensa em membro unilateral
- Dor na coxa ou nádegas ao andar, que alivia quando em repouso
- Disfunção erétil

Sinais:

- Pulsos diminuídos ou ausentes
- Pele fina e brilhante
- Ausência de pelos no dorso do pé
- Unhas do hálux espessadas
- Alteração de coloração e temperatura (indicando isquemia)
- Atrofia muscular
- Palidez quando a perna é elevada
- Gangrena (necrose em um ou mais pododáctilos)
- Úlceras/lesões que não cicatrizam

Considerações para rastreamento / investigação de DAP

O diagnóstico envolve a correlação entre os fatores de risco para DAP, os achados da avaliação vascular, os achados gerais do exame dos pés e a realização do índice tornozelo-braço (ITB*) e/ou exames complementares.

- DAP é menos provável se ITB entre 0,9 e 1,3 segundos. Porém, não descartar DAP em pessoas com DM de longa data e/ou em diálise se a avaliação global for sugestiva.

- ITB < 0,90 é consistente para DAP.

Se indicativo de DAP programar consulta médica para diagnóstico e conduta.

Seguimento com enfermeiro.

Anotações:

*Realizar **ITB - índice tornozelo-braço** se disponível e capacitação prévia. Informações sobre a técnica correta disponíveis nas páginas 343 e 344, em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Na indisponibilidade do teste na APS, deve-se encaminhar ao médico para realização na Atenção Ambulatorial Especializada.

Fonte: Brasil, 2016; Armstrong, 2018; International Working Group on the Diabetic Foot, 2019; Malik; Alam; Azmi, 2019; Nice, 2019; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.



Quadro 37 - Periodicidade recomendada para exame dos pés segundo classificação de risco e nível de atenção (a)

Categoria / Risco UPD	Características	Periodicidade	Nível de Atenção
0 Muito baixo	Ausência de PSP e DAP	Anual	APS
1 Baixo	PSP ou DAP	A cada 6 a 12 meses	APS / Considerar AAE
2 Moderado	PSP e DAP PSP ou DAP e deformidade dos pés	A cada 3 a 6 meses	APS + AAE
3 Alto	PSP ou DAP e um ou mais dos seguintes FR: - História de UPD - História de amputação de membro inferior - Doença renal em estágio terminal.	A cada 1 a 3 meses	APS + AAE

Legenda: UPD – Úlcera do Pé Diabético; PSP – Perda da Sensibilidade Protetora; DAP – Doença Arterial Periférica; APS – Atenção Primária à Saúde; AAE – Atenção Ambulatorial Especializada.

Anotações: Em crianças, o imperativo são os cuidados com os pés (envolvendo seu cuidador) e avaliação somente quando necessário.

Fonte: Nice, 2019; IWGDF, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

Quadro 38 - Manejo dos principais achados no exame dos pés (a)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	• Proteção ineficaz • Perfusão tissular periférica ineficaz / Risco de • Risco de infecção • Risco de disfunção neurovascular periférica • Integridade da pele prejudicada / Risco de • Risco de lesão • Risco de lesão térmica • Dor aguda
CIPE	• Capacidade para proteção prejudicada (perda de sensibilidade) • Cicatrização da ferida Eficaz/ Ineficaz / Melhorada / Prejudicada • Conhecimento sobre cuidados com ferida • Dor / Dor crônica • Função vascular periférica, Eficaz • Infecção • Integridade da pele Prejudicada • Lesão • Pele Seca • Percepção sensorial, Eficaz • Perfusão tissular periférica, Prejudicada • Risco de Função Neurovascular Periférica, Prejudicada • Risco de infecção • Risco de integridade da pele, Prejudicada • Risco de úlcera do pé diabético • Úlcera arterial • Úlcera diabética • Úlcera venosa



Quadro 38. Manejo dos principais achados no exame dos pés (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Deformidades neuropáticas  Proeminências de cabeças dos metatarsos, dedos em garra ou em martelo e acentuação ou retificação do arco plantar (Charcot).	- Orientar cuidados redobrados de autoproteção dos pés (anexo 5) pelo risco aumentado de UPD; - Encaminhar para avaliação médica; - Em caso de diagnóstico prévio e/ou acompanhamento na AAE, manter coordenação do cuidado.
 Onicomicose Descoloração das unhas, hiperqueratose subungueal, divisão e/ou destruição da placa ungueal.	- Encaminhar para avaliação médica;
Onicocriptose (unhas dos pés encravadas)  Reação inflamatória por corpo estranho (mais comum no hálux) decorrente da penetração de espículo da placa ungueal lateral na pele da prega lateral da unha, com risco de infecção secundária se não tratado adequadamente. Mais de 70% dos casos respondem ao tratamento conservador - correção dos fatores causais e cuidados de Enfermagem - considerado tratamento de primeira escolha pelo risco de recorrência à cantoplastia parcial/total.	- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), com enfoque no corte das unhas e uso de calçados adequados; - Desaconselhar o uso de calçados fechados durante o tratamento; - Recomendar repouso do membro afetado; - Se DOR, prescrever: Paracetamol 500 mg 1 comprimido via oral de até 6/6h ou Ibuprofeno 600 mg 1 comprimido via oral de 12/12h (até 8/8h) por 3 dias; - Orientar banhos de imersão do pé afetado em água morna e sabão por 10 a 20 minutos, 3x ao dia, durante 7 a 14 dias. Acrescentar 1 a 2 col. de chá de sal na água se presença de edema e exsudato; - Aplicar uma cunha de algodão com a ajuda de pinça ou utilizar fita cirúrgica microporosa para afastar a espícula da unha de sua prega lateral; - Realizar curativo ligeiramente compressivo e na direção do afastamento recomendado se presença de edema; - Em caso de hipergranulação, indicar, conforme disponibilidade de insumos e protocolos locais, coberturas especiais com propriedades antimicrobianas e de absorção (hidrofibra de prata, alginato de prata ou polihexanida). Evitar aplicar loção à base de ácidos graxos essenciais pela possibilidade de agravamento do granuloma. Não realizar desbridamento instrumental pelo risco de sangramento; - Reavaliar em 72h (ou menos, se necessário) e espaçar acompanhamento conforme evolução favorável; - Encaminhar para consulta médica se persistência ou piora do quadro.



Quadro 38. Manejo dos principais achados no exame dos pés (c)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Tinea pedis (pé-de-atleta)  Erosões pruriginosas, eritematosas ou descamativas, comumente na região interdigital. Pode ocasionar fissuras com dor e risco de infecção secundária e ulceração.	- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), reforçando a necessidade de secar bem e evitar uso de hidratantes na região interdigital; - Prescrever Miconazol 2%* creme - aplicar nos locais afetados 2x ao dia por 7 a 14 dias; - Reavaliar em 7 dias (ou menos, se necessário) e espaçar acompanhamento conforme evolução favorável; - Encaminhar para consulta médica se persistência do quadro ou em caso de <i>tinea pedis</i> recorrente.
Xerodermia Ressecamento da pele que pode favorecer o surgimento de fissuras e UPD.	- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), reforçando o uso de hidratantes após o banho; - Indicar uso de cremes à base de ureia (concentração de 4 até 10%) para diminuição de calosidades, de fissuras e do ressecamento nos pés.
Hiperqueratose ou calosidades  Espessamento difuso da camada mais externa da pele, o estrato córneo, decorrentes de repetidas fricções ou pressões por deformidades nos pés e/ou uso de calçados inadequados.	- Orientar cuidados de autoproteção dos pés (anexo 5), reforçando hidratação da pele e adequação de calçado; - Recomendar redução do nível de atividade para o pé afetado; - Contraindicar produtos químicos/abrasivos para remoção de calos sem orientação de um profissional de saúde; - Avaliar em conjunto com o médico e o usuário a necessidade de prescrição de órteses (ex.: dispositivos de silicone) para mudança de pontos de pressão; - Em caso de falha das medidas conservadoras ou lesões extensas e sintomáticas, realizar desbridamento/desbastamento instrumental (lâmina reta de bisturi) para remoção de tecidos desvitalizados e redução da pressão plantar, se capacitado para tal; - Encaminhar para consulta médica conforme evolução do quadro e/ou necessidade de calçados especiais.
Dermatite de estase na Insuficiência venosa crônica  Achado que apesar de não fazer parte das alterações associadas ao pé diabético predispõe ulcerações/lesões em pessoas com DM. Sinais de estase venosa incluem dermatites (ocres) com eritema, edema, hiperpigmentação da pele, eczema ou úlcera venosa.	- Orientar elevação de membros inferiores acima do nível do coração para alívio dos sintomas; - Estimular prática regular de atividades físicas; - Promover cessação do tabagismo; - Recomendar vaselina líquida como emoliente para limitar o ressecamento e prurido. Evitar loções à base de lanolina; - Em caso de prurido mais intenso, prescrever acetato de hidrocortisona 10 mg/g (1%) creme, aplicar no local afetado 1 a 2x ao dia por 7 dias; - Reavaliar em 7 dias (ou menos, se necessário); - Encaminhar para consulta médica se persistência ou piora do quadro.



Quadro 38. Manejo dos principais achados no exame dos pés (d)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Úlcera do pé diabético  Características conforme origem neuropática, neuroisquêmica, isquêmica ou mista. São mais comuns as de origem neuropática, as quais costumam apresentar bordos hiperqueratóticos.	- Encaminhar com urgência para atendimento hospitalar se isquemia crítica de membro, UPD profunda com comprometimento ósseo ou de articulação e/ou infecção grave; - Realizar escuta qualificada aos aspectos psicossociais e impactos da UPD na qualidade de vida do usuário; - Promover alívio do estresse mecânico com dispositivos de proteção conforme condições de mobilidade e de repouso do membro afetado; - Identificar a origem da UPD e classificá-la conforme o Sistema de Classificação de Ferida Diabética da Universidade do Texas e o sistema de estadiamento da gravidade da infecção, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf - Prescrever curativo de acordo com insumos disponíveis na rede de saúde e protocolos locais; - Realizar desbridamento de tecidos desvitalizados para prevenção/tratamento da infecção e viabilização da epiteliação, se capacitado para tal; - Realizar rastreamento de DAP; - Encaminhar para avaliação médica se presença de infecção; - Manter acompanhamento conjunto multiprofissional E compartilhado com AAE (angiologia/cirurgia vascular/ambulatório de feridas) SE úlcera isquêmica ou neuroisquêmica e/ou UPD sem redução de mais de 40 a 50% da sua área / profundidade após 4 a 6 semanas de tratamento; - Se dor, prescrever Paracetamol 500 mg ou Dipirona 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6h por 3 dias. Se piora da dor ou evolução desfavorável solicitar avaliação médica; - Monitorar controle glicêmico; - Monitorar peso e alimentação, estimulando a hidratação adequada e ingestão de alimentos que contribuem à cicatrização ricos em: proteínas, carboidratos, vitaminas A, B, C, E, ferro, zinco e selênio; - Promover a cessação do tabagismo.

Fonte: Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético, 2001; Diniz, 2013; Gomes et al., 2013; Brasil, 2016; Macedo; Nunes; Barreto, 2016; Gin et al., 2017; Armstrong; Asla, 2019; Goldstein; Goldstein, 2019a; Goldstein; Goldstein, 2019b; Malik; Alam; Azmi, 2019; International Working Group on the Diabetic Foot, 2019; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; Fransway, 2019; American Diabetes Association, 2020.



5.3 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.

5.3.1 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 39 - Manejo da 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

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	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 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.	- Encaminhar para atendimento médico imediato. - 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: Brasil, 2013c; O'Connor; Sperl-Hillen, 2019; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019; American Diabetes Association, 2020.



5.3.2 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 40 - Manejo da Hipoglicemia (a)

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



Quadro 40. Manejo da Hipoglicemia (b)

COMO IDENTIFICAR / AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
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 Hipoglicemia leve (nível 1) HGT < 70 e ≥ 54 mg/dl Assintomática ou acompanhada de tremores, palpitações, ansiedade / excitação, sudorese, fome e parestesias.	- Encaminhar para atendimento médico imediato. - 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.

Fonte: Rio de Janeiro, 2013; Brasil, 2013c; American Diabetes Association, 2020; Cyrrer, 2020.



6 MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA E AUTOCUIDADO

Janilce Dorneles de Quadros²⁵
Pâmela Leites de Souza Steffen²⁶
Tainá Nicola²⁷
Thais Mirapalheta Longaray²⁸
Carlice Maria Scherer²⁹
Daniel Soares Tavares³⁰
Vanessa Romeu Ribeiro³¹
Fábio Meller da Motta³²

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).

25Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

26Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

27Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

28Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

29Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

30Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

31Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande

32Enfermeiro. Especialista. Coren-RS



6.1 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.



6.2 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 41 - Estágios e estratégias para a mudança de comportamento (a)

TAXONOMIA	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



Quadro 41. Estágios e estratégias para a mudança de comportamento (b)

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 <i>feedback</i>.
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 deslizos e recaídas, estabelecendo estratégias de prevenção e enfrentamento.
Deslizes e recaídas	- Caráter transitório ou permanente; - Recaídas e deslizos 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: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012; Brasil, 2014.



6.3 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 42 - Desenvolvendo habilidades de comunicação centradas na pessoa (a)

Princípios orientadores

- 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;
- 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.



Quadro 42. Desenvolvendo habilidades de comunicação centradas na pessoa (b)

Exemplos de como conduzir uma conversa sobre mudança*

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?”

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?”

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?”

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?”

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?”

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?”*

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?”

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.

Fonte: Speight et al., 2012; Miller; Rollnick, 2013; Steinberg; Miller, 2015; Dickinson et al., 2017; American Diabetes Association, 2020.



6.4 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 43 - Construção do plano conjunto de cuidados (a)

TAXONOMIA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	• 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 • 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	• 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 • Capacidade para participar no planejamento do cuidado • Comportamento de busca de saúde • Continuidade do cuidado, Eficaz • Qualidade de vida • Déficit de autocuidado



Quadro 43. 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 Mendes, 2012.



6.5 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 Cinco “As”, a qual traz orientações sobre todo o processo de promoção do autocuidado.

Quadro 44 - 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: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2012.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf



REFERÊNCIAS

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.

AUGUSTO, M.C. et al. Avaliação do Programa de Automonitoramento da Glicemia Capilar. **Revista Latino-Americana**, set./ out. 2014.

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. Acesso em: 15 dez. 2019.

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: http://bvsms.saude.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, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo.** Brasília, 2020b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatorio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.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: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_565_Diabetes_Mellito_Tipo_2.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/pdf/26/Hipertensão%20essencial.pdf>. Acesso em: 9 mai 2020.

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.** [S.l], 2017. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp>. Acesso em 6 jan 2019.

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: <http://www.portalcofen.gov.br>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen 195/1997.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html. Acesso em: 9 jan 2019.



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/resolucao-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 9 jan 2019.

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 nº 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>. Acesso em: 21 ago 2020.

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.

FRANSWAY, A. F. Stasis dermatites. *Post TW*, ed. UpToDate, 2019.. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 19 mai 2020.



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://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).

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.l.], v. 3, 2010.

GOLDSTEIN, A. O; GOLDSTEIN; B. G. A. **Dermatophyte (tinea) infections.** Post TW, ed. UpToDate, 2019^a. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 29 abr 2020.

GOLDSTEIN, A. O; GOLDSTEIN; B. G. Management of ingrown toenails. Post TW, ed. UpToDate, 2019^b. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 29 abr 2020.

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: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 17 mai 2020.

LAFFEL, L.; SVOREN, B. **Management of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents.** Post TW, ed. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 4 jun 2020.



LEEHEY, D.J.; MOINUDDIN, I. **Doença renal diabética**. BMJ Publishing Group Ltda, London, 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/530/pdf/530/Doença%20renal%20diabética.pdf>. Acesso em: 8 mai 2020.

LEVITSKY, L.L.; MISRA, M. **Epidemiology, presentation, and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents**. Post TW, ed. UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 6 jun 2020.

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.l.], 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.l.], 2020

MALIK, R. A.; ALAM, U.; AZMI, S. **Neuropatia diabética**. BMJ Best Practice, [S.l.]. Acesso em: 29 mai 2020.

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>. Acesso em 30 set 2020.

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-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 2019**. *Arquivo Brasileiro Cardiologia*, [s.l.], 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>.

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://www.uptodate.com>. Acesso em 15 mai 2020.

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/glikview/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://atencaobasica.saude.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**. Guia do Pré-Natal na Atenção Básica, 2018c. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.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://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/22151908-cib302-2018-versao-com-figura.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, 2018b. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_endocrinologia_pediatriaTSRS20180209_v001.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 2019. 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://apps.who.int/iris/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: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=AB6065219E532E2F47B566C383592592?sequence=1>. Acesso em: 4 abr 2019.



HIPERTENSÃO
E DIABETES

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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>.



ANEXOS

ANEXO 1 - AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test* / Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

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	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
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	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
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	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
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	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
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	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
Total:	



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 2 - 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		
2. Para você, é difícil não fumar em lugares proibidos?			
[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		
4. Quantos cigarros você fuma por dia?			
[0] Menos de 10	[1] de 11-20	[2] de 21-30	[3] Mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?			
[1] Sim	[0] Não		
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: Précoma et al., 2019.



ANEXO 3 - Questionários FICA e HOPE para avaliação de espiritualidade

Questionário FICA
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?
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?
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?
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.
Questionário HOPE
H – Há fontes de esperança? Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz? A que você se apegua nos tempos difíceis? O que lhe dá apoio e faz você andar para frente?
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 – 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?)
E – Efeitos no tratamento Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta? Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?

Fonte: Reproduzido de Précoma et al., 2019.



ANEXO 4 - ESCORE DE FRAMINGHAM

O Escore de Framingham é o instrumento adotado Pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC-DA) para estimar, em 10 anos, o risco para desenvolvimento de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca (PRECOMA, et al., 2019).

A estratificação de Risco Cardiovascular (RCV) proposta pelo SBC-DA, considera três níveis de risco:

Grau de risco CV	Percentual de risco em 10 anos
Risco baixo	• < 5% em homens ou mulheres
Risco intermediário	• 5 a < 20% em homens • 5 a < 10% em mulheres • Pacientes com diabetes sem doença aterosclerótica subclínica - DASC ou Estratificação de Risco - ER
Risco alto	• > 20% em homens • > 10% em mulheres • Aterosclerose subclínica • Aneurisma de aorta abdominal • Doença renal crônica • LDL elevado
Risco muito alto	• Aterosclerose significativa (> 50% obstrução) com ou sem sintomas clínicos coronária cerebrovascular vascular periférica

Fonte: Adaptado de Précoma; D.B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019.



Projeção do risco de doença arterial coronariana de acordo com o escore de Framingham

HOMENS	
Idade	Pontuação
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

Colesterol Total X Idade	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1

Fumante	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1



PA Sistólica	Tratamento	
	Sim	Não
< 120	0	0
120-129	1	0
130-139	2	1
140-159	2	1
≥ 160	3	2

HDL	Pontuação
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 37, pg 123.

MULHERES	
Idade	Pontuação
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16



Colesterol Total X Idade	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2

Fumante	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1

PA Sistólica	Tratamento	
	Sim	Não
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥ 160	4	6

HDL	Pontuação
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
< 40	2

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 37, pg 124.



Determinação do % de risco em 10 anos

HOMENS		MULHERES	
Somatório de	Risco em	Somatório de	Risco em
Pontos	10 anos (%)	Pontos	10 anos (%)
< 0	< 1	< 9	< 1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	25	≥ 30
≥ 17	≥30		
RISCO % =		RISCO % =	

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 37, pg 125.



ANEXO 5 - Orientações para o autocuidado dos pés – prevenindo o pé diabético

- Realize a inspeção diária dos pés (seja por você mesmo ou com a 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!

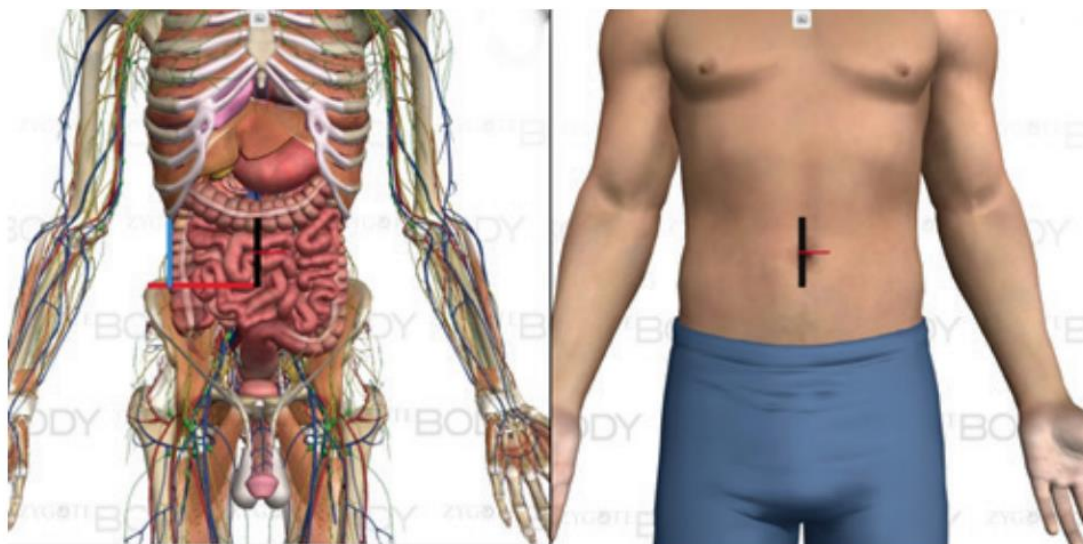
Fonte: Reproduzido de Brasil, 2016.



APÊNDICE 1- TÉCNICA ILUSTRADA DE MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

HOMENS

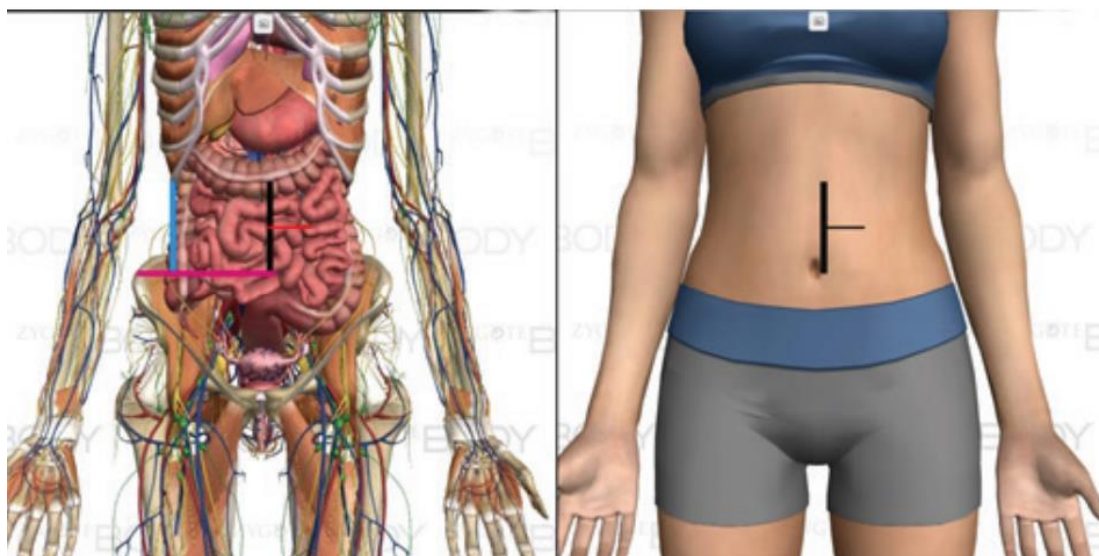
Figura 1: Ponto médio entre últimos arcos costais e crista ilíaca (azul e preto), e correspondência no corpo masculino.



Fonte: Reproduzido de Oliveira; Rodrigues, 2015.

MULHERES

Figura 2: Ponto médio entre últimos arcos costais e crista ilíaca (azul e preto), e correspondência no corpo feminino.



Fonte: Reproduzido de Oliveira; Rodrigues, 2015.



APÊNDICE 2 – 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: _____

Fonte: Nobre et al., 2018; Basile; Bloch, 2019.