

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SAÚDE DO ADULTO



PIRACICABA / SP
2022

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SAÚDE DO ADULTO – 3^a ED. 2022

**LUCIANO ALMEIDA
PREFEITO DE PIRACICABA**

**FILEMON DE LIMA SILVANO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PIRACICABA**

**TATIANA DO PRADO LIMA BONINI
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA**

ELABORAÇÃO - 1^a edição - 2015

Elaine Regina Defavari
Karina Correa
Luciana Maria Pavan
Lucilene do Carmo Pereira Martins
Tatiana do Prado Lima Bonini
Veridiana Izabel Bragagnolo

Apoiadoras Institucionais do Departamento de Atenção Básica - 2022

Ana Carolina Fuza Lunetta
Elaine Regina Defavari
Luciana Ovidio de Lima do Amaral
Maria Claudia Buoro Marques

Coordenação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - 2022

Clarice Aparecida Bragantini

Coordenação de Programa de Alimentação e Nutrição - 2022

Márcia Juliana Cardoso

Coordenação da Saúde Mental - 2022

Vandrea Novello

Coordenação da Saúde Bucal - 2022

Fernanda Maria Rovai Bado



Coordenações da Imunização e Vigilância Epidemiológica - 2022

Cibele Melo dos Reis

Fernanda Lopes Menini

REVISÃO - Maio 2019

Equipe Departamento da Atenção Básica

Elaine Regina Defavari

Isely Aline Machado Gusmão

Pierre Kroll

Tafnes Muniz Bassetti

REVISÃO - Outubro 2022

Equipe Departamento da Atenção Básica

Elaine Regina Defavari

Rafaela Mossarelli Penedo

Maria Claudia Buoro Marques

Pierre Kroll

Tafnes Muniz Bassetti

ORGANIZAÇÃO / FORMATAÇÃO

Ana Carolina Fuza Lunetta

Carolina Matteussi Lino

Elaine Regina Defavari

Luciana Ovidio de Lima do Amaral

Maria Claudia Buoro Marques

Rafaela Mossarelli Penedo



APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica (AB) tem por finalidade estar próxima do indivíduo, sua família, seu território e a partir do conhecimento epidemiológico da população local, das condições de vida e determinantes sociais, desenvolver atividades visando à melhoria dos índices de saúde e trazendo aumento da qualidade de vida a todos. Ela deve ser a porta de entrada do sistema e a referência em saúde aos cidadãos.

Assim sendo, tem a função de coordenar e promover ações de atenção integrada à saúde da pessoa adulta, atuando nos cuidados primários de saúde junto a essa população, sendo responsável também pela ordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde do adulto.

Nesse contexto, a educação continuada é fundamental, pois, além de atualização de novas tecnologias e procedimentos em saúde, permite a discussão entre os trabalhadores quanto às possíveis mudanças na organização dos trabalhos, como por exemplo, a assistência a população adulta deve ser organizada em caráter multidisciplinar, que o profissional reconheça o adulto saudável, os fatores de risco, o grau de vulnerabilidade e a partir deste ponto, planejar ações e serviços a serem prestados.

Este material, desenvolvido a partir de protocolos já implantados com sucesso em outros municípios, tem por finalidade contribuir para a organização da Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto na Rede da Atenção Básica, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais de Enfermagem na busca permanente da qualidade da atenção à saúde.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. ADULTO SAUDÁVEL | 08 |
| 1.1. Acolhimento e Captação | 09 |
| 1.2. Educação em Saúde | 10 |
| 1.2.1. Ações Educativas em Grupos | 11 |
| 1.3. Alimentação Saudável | 12 |
| 1.4. Atividade Física | 12 |
| 1.5. Redução do Peso Corporal | 17 |
| 1.6. Assistência em Saúde Mental e as Redes de Apoio | 20 |
| 1.6.1. Rede de Atenção Psicossocial de Piracicaba | 20 |
| 1.6.2. Medidas Antiestresse | 23 |
| 1.6.3. Abandono / Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas | 23 |
| 1.6.4. Abandono do Tabagismo | 24 |
| 1.7. Saúde Bucal do Adulto | 25 |
| 1.7.1. Câncer Bucal | 25 |
| 1.7.2. Recomendações quanto à Higiene Bucal | 26 |
| 1.8. Saúde do Trabalhador | 27 |
| 1.8.1. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) | 28 |
| 1.9. Vacinação no Adulto | 30 |
| 1.9.1. Esquema de Vacinação para Adultos entre 20 e 59 anos | 30 |
| 1.9.2. Vacinação contra Raiva | 31 |
| 2. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS | 34 |
| 2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica | 34 |
| 2.2. Diabetes Mellitus | 50 |
| 2.3. Casos de Urgência e Emergência na Atenção Básica | 87 |
| 3. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO ADULTO | 90 |
| 3.1. Doenças respiratórias Crônicas | 90 |
| 3.2. Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave | 90 |
| 3.3. Gripe (Influenza) | 92 |
| 3.4. Coronavírus (COVID-19) | 95 |
| 4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV E HEPATITES | |
| VIRAIS | 101 |
| 4.1. Ações da Atenção Básica | 101 |
| 4.2. Fluxogramas para Testes Rápidos | 104 |
| 4.3. Sífilis | 104 |
| 5. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA | 113 |
| 5.1. Arboviroses | 113 |
| 5.1.1. Dengue | 113 |
| 5.1.2. Chikungunya | 119 |
| 5.1.3. Zika | 122 |
| 5.1.4. Febre Amarela | 124 |
| 5.1.5. Ações na Atenção Básica contra as arboviroses | 127 |

| | |
|---|------------|
| 5.2.1. Raiva | 130 |
| 5.2.2. Leptospirose | 133 |
| 5.2.3. Febre maculosa | 137 |
| 5.3.1. Sarampo | 138 |
| 5.3.2. Rubéola | 141 |
| 5.4. Caxumba | 142 |
| 5.5. Diarreia | 143 |
| 5.6. Conjuntivite | 145 |
| 5.7.1. Escabiose | 146 |
| 5.7.2. Pediculose | 147 |
| 5.7.3. Parasitose intestinal | 148 |
| 5.8. Tuberculose | 148 |
| 5.9. Hanseníase | 151 |
| 6. SAÚDE DO HOMEM | 155 |
| 6.1. Câncer de próstata – prevenção e detecção precoce | 157 |
| ANEXOS | 162 |
| Escore de Framingham | 162 |
| Cuidados de Enfermagem na Administração de Medicamentos | 163 |
| Exames Autorizados para Solicitação do Enfermeiro | 166 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 167 |

1. SAÚDE DO ADULTO

1. ADULTO SAUDÁVEL

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”. Sendo este um conceito muito amplo, não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em consideração que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural.

Entre os fatores determinantes da condição de saúde, destacamos os condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), assim como o meio socioeconômico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde, assim como a qualidade da atenção por eles prestada.

Neste contexto, é proposto o aumento da disponibilidade e acessibilidade dos serviços primários a saúde, para a melhoria da qualidade de vida da população.

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

As diretrizes do trabalho voltadas à saúde do adulto são organizadas mediante os indicadores de morbimortalidade e os de riscos para a saúde neste período da vida. As ações são programadas para uma ampla aplicação no sistema básico de assistência, alta eficácia na resolução de problemas específicos de saúde, baixos custos e complexidade tecnológica, considerando a característica de cada região.

A vigilância é uma ação fundamental para promoção da saúde. Detectar condições de falta de saúde no adulto perpassa pelo entendimento da rotina dele, como: atividade física (sedentarismo), cultura, alimentação, abuso de

álcool, tabaco e outras drogas, trabalho, moradia, nível educacional e condições socioeconômicas. Dentre estes elementos é necessário estar alerta aos fatores de risco, para identificá-los e buscar modificá-los, promovendo o bem estar e prevenindo doenças e/ou agravos da saúde.

1.1. Acolhimento e Captação

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

A visão dos serviços de saúde, principalmente da Atenção Básica, para além da busca ativa de sinais e sintomas que pressuponham a instalação de doenças, deve proporcionar uma abordagem junto à clientela, através de várias oportunidades de aproximação e construção de vínculos. Essa deve possibilitar a revelação de dados de estilo de vida e o conhecimento sobre fatores que possam desencadear maior ou menor qualidade de vida e chance de diagnóstico de doenças, para que, sobretudo, permita a adequada medida de orientação e seguimento no serviço.

A doença cardiovascular aterosclerótica é, em termos proporcionais, a principal causa de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dois níveis de prevenção cardiovascular devem ser considerados, o populacional, a partir de intervenções orientadas à promoção da saúde da população, e o individual, a partir do contexto clínico e dos fatores de risco cardiovascular.

Nesta acepção, mais importante que identificar um indivíduo como portador de diabetes, hipertensão ou dislipidemia, é caracterizá-lo em termos de seu risco global (cardiovascular, cerebrovascular e renal), avaliando o resultado da soma dos riscos imposta pela presença e magnitude destes múltiplos fatores.

A abordagem essencial para a prevenção primária é a redução de fatores de risco. Retardar a intervenção sobre estes fatores até que se estabeleça o diagnóstico de comprometimento cardiovascular significa perder a oportunidade

de prevenir eventos em pessoas cuja apresentação inicial pode ser a morte súbita ou o surgimento de lesões incapacitantes.

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

A linha de cuidado para a especificidade da saúde do adulto está direcionada para as necessidades individuais e coletivas, permitindo não só a condução oportuna dos clientes mediante suas possibilidades de diagnósticos, mas mediante a visão global das condições. Para tanto, é necessário realizar ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência para a recuperação.

1.2. Educação em Saúde

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

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

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

Reconhece-se que a informação de qualidade, difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde.

O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando, considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis.

1.2.1. Ações Educativas em Grupos

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

O objetivo da educação em saúde é discutir e refletir sobre fatores de risco para as doenças e as ações individuais e coletivas para o combate aos mesmos, estimular adesão a possível tratamento, proporcionar conhecimento sobre a patologia, prevenção de complicações e abordar temas de interesse do grupo, como:

- Alimentação Saudável;
- Atividade Física;
- Promoção da Saúde;
- Prevenção de Agravos;
- Autoestima;
- E os demais que forem adequados para o grupo.

A revisão das práticas pedagógicas é importante, especialmente em se tratando de abordagem para educação para adultos e jovens, que necessariamente difere da educação para crianças. São aspectos importantes a serem observados na educação em saúde:

- Respeito à individualidade;
- Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança;
- Respeito à cultura local;
- Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática;
- Ética;
- Auto percepção de saúde geral;

- Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde;
- Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

1.3. Alimentação Saudável

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

Uma alimentação saudável é aquela que reúne os seguintes atributos:

- É acessível e não é cara;
- Valoriza a variedade;
- São preparações alimentares usadas tradicionalmente, evitando o uso de alimentos ultraprocessados;
- É harmônica em quantidade e qualidade;
- Naturalmente colorida;
- Sanitariamente segura.

O brasileiro tem consumido cada vez mais comida pronta e produtos ultra processados que contribuem para o avanço de doenças crônicas e principalmente a obesidade.

Diante disso, o Ministério da Saúde lançou o novo Guia Alimentar para a População Brasileira, contendo os **Dez Passos para uma Alimentação Saudável** (BRASIL, 2014).

Os dez passos são orientações práticas sobre alimentação adequada e saudável para pessoas com mais de dois anos de idade. Não é necessário adotar todos os passos de uma vez e também não é preciso seguir a ordem dos números sugerida nos 10 passos, que são:

1. Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação;
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias contribui para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação, além de mais balanceada;

3. Limitar o consumo de alimentos processados: os ingredientes e métodos usados na fabricação de alimentos processados – como conservas de legumes, compota de frutas, pães e queijos – alteram de modo desfavorável a composição nutricional dos alimentos dos quais derivam.

4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, ou seja, prontos/instantâneos, pois são nutricionalmente desbalanceados e tendem a ser consumidos em excesso. O consumo frequente acarreta problemas de saúde como colesterol, diabetes, pressão alta e obesidade;

5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia. Comer devagar e não se envolver em outras atividades;

6. Fazer compras em locais que favorecem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados. No município de Piracicaba, existem os varejões desde 1982 que fornecem uma variedade de produtos hortifrutigranjeiros;

7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;

8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece: planejar as compras, organizar a despensa e definir com antecedência o cardápio da semana. É importante dividir com os membros da família a responsabilidade neste planejamento e inclusive no preparo;

9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora, evitando redes de *fast-food*;

10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagem sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais, particularmente, atenção às crianças e jovens.

Mais informações podem ser consultadas no material disponibilizado pela CPAN “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável”.

| ALIMENTOS <i>IN NATURA</i> OU MINIMAMENTE PROCESSADOS | |
|--|--|
| <p>O que são? Alimentos <i>in natura</i> são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza.</p> <p>Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos <i>in natura</i> que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, seagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.</p> | <p>Exemplos:</p> <p>Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos <i>in natura</i> ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados;</p> <p>Arroz branco, integral ou parbolizado, a granel ou embalado;</p> <p>Milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais;</p> <p>Feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos;</p> <p>Frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias;</p> <p>Castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas;</p> <p>Farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e maccarrão ou massas frescas ou secas, feitas com essas farinhas e água;</p> <p>Carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados;</p> <p>Leite pasteurizado, ultrapasteurizado (“longa vida”) ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar);</p> <p>Ovos;</p> <p>Chá, café e água potável.</p> |

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014.

| ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR | |
|---|--|
| <p>O que são? São produtos extraídos de alimentos <i>in natura</i> ou da natureza, por processos como prensagem, moagem, Trituração, pulverização e refino. São usados nas cozinhas das casas, em refeitórios e restaurantes para temperar e cozinhar alimentos e para criar preparações culinárias variadas e saborosas, incluindo clados e sopas, saladas, tortas, pães, bolos, doces e conservas.</p> | <p>Exemplos:</p> <p>Óleos de soja, de milho, de girassol ou de oliva, manteiga, banha de porco, gordura de coco, açúcar de mesa branco, demerara ou mascavo, sal de cozinha refinado ou grosso.</p> |

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014.

| ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS | |
|--|--|
| <p>O que são?</p> <p>Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem, pré-processamento por fritura ou cozimento.</p> | <p>Exemplos:</p> <p>Vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos “instantâneos”, molhos, salgadinhos “de pacote”, refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrguer ou <i>hot dog</i>, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.</p> |

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014.

1.4. Atividade Física

A recomendação da atividade física como ferramenta de promoção de saúde e prevenção de doenças baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada durante, pelo menos, 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada.

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

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

O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15

minutos (ex: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (ex: manhã, tarde e noite). Dessa maneira, atenua-se ou se elimina a principal barreira à aquisição do hábito da realização da atividade física devido à falta de tempo.

Para prática de atividades moderadas não há necessidade da realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividades físicas incorporado às atividades do dia a dia.

A avaliação médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve se restringir apenas a clientes com escore de Framingham (anexo 1) alto ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade.

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

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

As Unidades de Saúde devem dispor de equipes aptas a orientar a realização de práticas corporais, como Lian Gong e caminhada. As práticas corporais e de meditação trazem benefício na prevenção e controle das afecções crônicas, uma vez que:

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

1.5. Redução do Peso Corporal

O acompanhamento de um indivíduo com excesso de peso é um processo contínuo, que inclui apoio e motivação para superação dos obstáculos. Assim, a comunicação a ser estabelecida deve ser baseada na interação de saberes e na formação de vínculo. A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas não transmissíveis, com destaque especial para as cardiovasculares e diabetes. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser relacionada ao excesso de peso.

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

O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional. Além do grau do excesso de gordura, a distribuição regional da gordura interfere nos riscos associados ao excesso de peso. O excesso de gordura abdominal representa maior risco do que o excesso de gordura corporal por si só. Esta situação é definida como obesidade andróide, ao passo que a distribuição mais igual e periférica é definida como distribuição ginecóide, com menores implicações à saúde do indivíduo (WHO, 1998).

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC):

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

Quadro 1 – Classificação do IMC

| ESTADO NUTRICIONAL | IMC (kg/m ²) |
|--------------------------------|--------------------------|
| Desnutrição grau III (grave) | <16 |
| Desnutrição grau II (moderada) | 16-16,9 |
| Desnutrição grau I (leve) | 17-18,49 |
| Eutrófico | 18,5-24,9 |
| Sobrepeso | 25-29,9 |
| Obesidade grau I | 30-34,9 |
| Obesidade grau II | 35-39,9 |
| Obesidade grau III | ≥40 |

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

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

É importante salientar que além da dieta e da atividade física, o manejo da obesidade envolve abordagem comportamental, que deve focar a motivação, condições para seguir o tratamento, apoio familiar, tentativas e insucessos prévios, tempo disponível e obstáculos para as mudanças no estilo de vida.

É muito importante que a equipe de saúde não reproduza atitudes estigmatizantes em relação à pessoa com obesidade. O estigma relacionado ao peso, na verdade, aumenta a insatisfação corporal e, ao contrário do que se acredita, não predispõe a maior motivação para perda de peso. Na insatisfação extrema, há um aumento da sensação de incapacidade de perder peso e as pessoas desistem ou nem tentam mudanças de comportamento.

É preocupante o dado de que entre as fontes de preconceito, os profissionais de saúde são citados pelos indivíduos com obesidade como uma das mais significativas. Os pacientes referem comentários inapropriados e desrespeitosos, além de sentirem-se incompreendidos.

Portanto, o estigma e o preconceito não contribuem para o tratamento e a redução dos índices de obesidade, trazendo diversas implicações negativas, colocando a obesidade como uma falha do estilo de vida, culpando e responsabilizando o indivíduo com obesidade por sua “falta de determinação”.
(Nutrição Comportamental, 2019)

A seguir algumas atitudes para combater a gordofobia e o estigma do peso no atendimento de saúde:

- Não reduza a queixa ao peso corporal. Não assuma que todas as queixas de saúde da pessoa maior se dão pelo seu peso corporal. Escute sua história de vida, acolha a queixa e dê um encaminhamento adequado para o que foi trazido;

- Sempre que possível, disponibilizar equipamentos adequados para pessoas que tem corpo maior, como balanças com capacidade para aferir pesos maiores, fita métrica e esfigmomanômetro de tamanhos adequados;
- Sempre que possível, disponibilize um ambiente adequado para pessoas maiores, como ter assentos adequados e não deixar revistas e outros materiais que incentivam determinado padrão corporal à mostra;
- Tenha cuidado ao pesar a pessoa. Considere não pesar a pessoa. Há momentos em que não focar no peso corporal pode ser muito benéfico. Caso seja necessário pesar, pergunte se a pessoa consente a pesagem e se ele/ela quer saber o peso. Caso ele/ela não queira, respeita sua decisão (a posicione de costas para o mostrador da balança, por exemplo). Tenha um lugar reservado e privativo para essa aferição;
- Não faça comentários inapropriados e recomendações que não levam a mudanças. Não faça comentários inapropriados sobre o peso da pessoa, como “você está aqui só para perder peso, só pode ser, né?”. Também não faça recomendações que não geram mudanças, como “você precisa emagrecer”. Se você entender que o emagrecimento é necessário, proponha um caminho claro e viável para isso.
- Valorize mudanças que não dependem do emagrecimento. Ao focar exclusivamente no emagrecimento, você pode perder a oportunidade de valorizar mudanças que podem ser até mais importantes que a perda de peso. Valorize mudanças na alimentação, no aumento da movimentação corporal, na melhora da saúde cardiovascular, de parâmetros bioquímicos, etc.

A criação de grupos nas Unidades de Saúde visa promover a reeducação alimentar, a mudança de hábitos, a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e estimular a prática da atividade física. Os encontros podem ser realizados quinzenalmente, semanalmente ou conforme planejamento da Unidade, com oferta de dinâmicas, atividades físicas como caminhadas, palestras e troca de ideias, sendo a duração média sugerida de 2 horas. Nestes encontros, pode-se incluir a avaliação antropométrica, aferição da PA e glicemia capilar.

Os tópicos para discussão podem ser:

- Novo Guia Alimentar para População Brasileira;
- Prato equilibrado e sustentável;
- Funções dos grupos alimentares;
- Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição;
- Ineficácia e consequências das dietas restritivas;
- Comportamento alimentar (ansiedade, compulsão alimentar, transtornos alimentares);
- Comer com atenção plena (mindfull eating);
- Comer intuitivo;
- Fome, apetite e saciedade;
- Tipos de fome;
- Planejamento alimentar;
- Oficinas culinárias;
- Rotulagem;
- Comer consciente;
- Importância da atividade física;
- Importância de hábitos saudáveis.

A Coordenadoria de Programas de Alimentação e Nutrição (CPAN) também oferece atendimento a pacientes com doenças crônicas relacionadas à alimentação de acordo com critérios já estabelecidos, incluindo pacientes com obesidade (IMC acima de 30), encaminhados pelas Unidades de Atenção Básica.

1.6. Assistência em Saúde Mental e as Redes de Apoio

1.6.1. Rede de Atenção Psicossocial de Piracicaba

As intervenções em saúde mental devem estar orientadas na produção de vida e saúde, não se restringindo a cura de doenças. Na Política Nacional de Saúde Mental, a atenção aos portadores de transtornos mentais tem como objetivo promover o pleno exercício de sua cidadania, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, prioriza habilitar os circuitos

de trocas nos territórios da sociedade, isso implica em organizar serviços abertos.

Para adequação a essas diretrizes o município de Piracicaba vem estruturando os equipamentos de Saúde Mental da seguinte maneira:

Atenção Básica: tem um canal de proximidade e territorialidade com o paciente e sua comunidade. Primeiro contato desse Usuário que será acompanhado em atendimento domiciliar, ambulatorial e encaminhado a Rede Psicossocial quando necessário.

Consultório na Rua: Tem como atividade busca ativa e cuidado às pessoas que estiverem em situação de rua; desenvolvem atividades in loco de forma itinerante e ações compartilhadas e integradas junto a Atenção Básica, CAPS e UPAs.

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPS-i: Referência para Piracicaba é um serviço ambulatorial aberto de atenção diária às crianças e adolescentes menores de 18 anos, com transtornos mentais graves e persistentes, dentre eles: quadros depressivos e ansiosos com prejuízo importante do funcionamento social da criança, quadros de estresse agudo e pós-traumático decorrentes de situações de violência e eventos estressores, transtornos alimentares (bulimia e anorexia nervosas), tentativas de suicídio, quadros psicóticos e transtornos mentais relacionados ao uso/abuso de álcool e/ou outras drogas.

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD: Referência para Piracicaba é um serviço aberto de atenção continuada às pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático de álcool, e/ou outras drogas (substâncias psicoativas). Serviço de saúde de caráter aberto, composto por equipe multiprofissional, objetivando o atendimento de transtornos mentais graves e persistentes, decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Centro de Atenção Psicossocial II Bela Vista – CAPS II: É referência, em período diurno, de um território definido que compreende as regiões Centro, Sul e Leste, que somam aproximadamente 137 mil habitantes SUS dependentes. Serviço de saúde de caráter aberto, composto por equipe multiprofissional, objetivando o atendimento de transtornos mentais graves e persistentes, em situações de crise ou reabilitação psicossocial.

Ambulatório de Saúde Mental Vila Cristina: Referência de um território definido que compreende a região Oeste, que soma aproximadamente 100 mil habitantes. Serviço de saúde de caráter aberto, composto por equipe multiprofissional, objetivando o atendimento de transtornos mentais graves e persistentes, em situações de crise ou reabilitação psicossocial.

Ambulatório de Saúde Mental Vila Sônia: Referência de um território definido que compreende a região Norte, que soma aproximadamente 105 mil habitantes SUS dependentes. Serviço de saúde de caráter aberto, composto por equipe multiprofissional, objetivando o atendimento de transtornos mentais graves e persistentes, em situações de crise ou reabilitação psicossocial.

Residência Terapêutica: É local de moradia, destinada a pessoas com transtornos mentais, que permaneceram em longas internações psiquiátricas, mais de um ano, e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

Casa das Oficinas: Projeto de geração de renda que conta com oficinas de tecelagem, mosaico, papel reciclado e guardanapo, tem os dias e horários de funcionamento preestabelecidos, funcionando no mínimo três períodos por semana cada oficina. Espaço cujo objetivo final é a produção e venda das criações, o que pode re-significar a história de cada usuário, auxiliando no processo de inclusão social pelo trabalho.

Urgência e Emergência: As UPAs acolhem, oferecem o primeiro atendimento, e mantêm o paciente na Unidade até ser possível avaliar com a equipe de Saúde Mental as possibilidades de encaminhamento.

Casa de Saúde Bezerra de Menezes: A Casa de Saúde “Bezerra de Menezes”, hospital psiquiátrico de referência regional localizado em Rio Claro, dispositivo que se propõe em atender as demandas de urgência e emergência regional (DRS X) em internação psiquiátrica breve.

O cuidado em saúde mental deve ser realizado por todos os profissionais da Rede de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das redes de atenção à saúde do SUS. A portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) orienta e organiza essa rede específica.

A RAPS é formada por sete componentes:

- Saúde Mental na Atenção Básica;
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Atenção de Urgência e Emergência;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Atenção Hospitalar;
- Estratégias de Desinstitucionalização;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

1.6.2. Medidas Antiestresse

A redução do estresse psicológico é recomendável para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação. Algumas medidas podem ser adotadas para se lidar com o estresse:

- Alimentação saudável;
- Repouso, sono apropriado para as necessidades fisiológicas;
- Prática de atividades físicas;
- Lazer e diversão;
- Técnicas de relaxamento;
- Psicoterapias e medicação, se necessário.

1.6.3. Abandono / Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas

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

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

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

1.6.4. Abandono do Tabagismo

Indivíduos que fumam mais de vinte cigarros por dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita que indivíduos não fumantes. O tabagismo é um poderoso fator de risco de doença cardiovascular.

Os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. É indispensável que o cliente tabagista assimile que este é, isoladamente, o mais importante fator de risco modificável para a doença coronariana.

O tabagismo age sinergicamente com os contraceptivos orais, aumentando consideravelmente o risco de doença arterial coronariana. Adicionalmente, colabora para os efeitos adversos da terapêutica de redução de lipídios e induz a resistência ao efeito de fármacos anti-hipertensivos.

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

Em Piracicaba, há muitas Unidades de Saúde com equipes credenciadas e capacitadas para realização dos grupos antitabagismo, inclusive com oferta de tratamentos farmacológicos, se indicados. As mesmas são referências para as outras Unidades não credenciadas, favorecendo assim a cobertura de todo o município para fortalecimento das ações antitabagismo.

Algumas orientações para abandono do tabagismo:

- **Redução:** uma abordagem gradual para deixar de fumar é a redução. Reduzir significa contar os cigarros e fumar um número menor, predeterminado, a cada dia.

- **Adiamento:** uma segunda abordagem gradual para deixar de fumar é o adiamento, que significa adiar a hora na qual o cliente começa a fumar, por um número de horas predeterminado a cada dia. Ao começar a fumar em cada

dia, o cliente não deve contar seus cigarros nem se preocupar em reduzir o número que fuma. Assim, ele deve tomar a decisão de adiar a hora na qual começa a fumar por duas horas a cada dia, por seis dias, até a sua data de parar de fumar.

1.7. Saúde Bucal do Adulto

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

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

Indivíduos que perderam alguns ou todos os dentes, que usem ou não próteses também devem ser orientados quanto à higiene bucal e à dieta. Importante lembrar que as próteses devem ser limpas com escova dura, água e sabão e os dentes da cavidade oral higienizados com escova macia, pasta e fio dental. Assim, indivíduos com dentes naturais e prótese devem ter duas escovas, uma dura para a limpeza da prótese e uma macia para os dentes.

Recomenda-se higienizar as próteses confeccionadas em resina acrílica com creme dental não abrasivo. As pessoas que usam próteses devem ser orientadas a ficar sem a prótese por pelo menos 8 horas, preferencialmente enquanto dormem.

Ainda recomenda-se dormir sem a prótese ou tirá-las por um período durante o dia, pois a sua permanência na boca por longos períodos favorece o aparecimento de lesões, principalmente por fungos, como a cândida.

1.7.1. Câncer Bucal

O autoexame é a principal forma de se identificar precocemente o aparecimento de lesões em tecidos moles da cavidade bucal que podem sofrer malignização. Durante o autoexame realiza-se a palpação e inspeção de todo o

tecido mole da boca, a saber: lábios, língua, bochechas, assoalho bucal, palato duro e palato mole, gânglios linfáticos submandibulares e retroauriculares.

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

Em Piracicaba, os serviços disponíveis para encaminhar o paciente com lesão são: o Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e a Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp (FOP).

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

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

1.7.2. Recomendações quanto à higiene bucal

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

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

O movimento deve ser repetido para cada dente, inclusive na superfície interna do dente. A superfície de mastigação deve ser escovada com movimentos de vai e vem. A língua também deve ser higienizada.

Lembrando-se da importância do fio dental, cada superfície dental deve ser limpa separadamente. Com o fio enrolado na extremidade dos dedos médios, esticá-lo e passar cuidadosamente entre os dentes, deslizando sobre a superfície, penetrando ligeiramente entre a gengiva e o dente para remover a placa.

| Orientações importantes para manutenção da saúde bucal | |
|---|---|
| · Medidas de autocuidado e higiene dental: o uso de produtos químicos que permitam a visualização da placa bacteriana (evidenciação), escovação e uso do fio dental | · Usar água de abastecimento público fluoretada (uso racional do flúor) |
| · Usar cremes dentais fluoretados (uso racional do flúor) | · Ter uma alimentação equilibrada com consumo racional de açúcares |
| · Evitar consumo de álcool e tabaco | · Participar de ações preventivas |
| PROCURAR O SERVIÇO ODONTOLÓGICO | |

As unidades de saúde de Piracicaba contam com profissionais dentistas e auxiliares de saúde bucal, como membros da equipe multiprofissional, eles possuem um importante papel na avaliação, intervenção, acompanhamento e promoção da saúde bucal de todos os indivíduos, independentemente da idade.

Atenção: Recomenda-se a visita ao dentista ao menos uma vez ao ano.

1.8. Saúde do Trabalhador

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

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

São atribuições gerais da equipe na atenção primária à saúde, identificar e registrar:

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

1.8.1. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

O CEREST - Piracicaba é o serviço municipal e regional (área de abrangência de 14 municípios) de referência para a Saúde do Trabalhador, realizando ações de Vigilância em Saúde, o que inclui o diagnóstico, a notificação e a intervenção nas condições patogênicas de trabalho, bem como a assistência aos trabalhadores acidentados e adoecidos do trabalho.

O objetivo da Vigilância em Saúde é a prevenção dos eventos – acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho – que adoecem, mutilam e matam os trabalhadores, com graves consequências sociais para as vítimas e significativos custos financeiros para os sistemas de saúde e previdência social.

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

Critérios de atendimento: Trabalhadores do mercado formal e informal que sofreram acidentes de trabalho e/ou com suspeita diagnóstica de doenças relacionadas ao trabalho.

Serviços oferecidos

- Sistema de Vigilância em Acidentes de Trabalho (SIVAT) – sistema de coleta de dados de acidentes de trabalho da Rede de Urgência e Emergência do município de Piracicaba, por meio da notificação obrigatória “Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho - RAAT (Decreto Lei Municipal nº 9.951, 08/08/2002), articulado às ações de intervenção nas condições geradoras dos acidentes graves e fatais, bem como de empresas priorizadas por critérios epidemiológicos;
- Investigação e notificação de nexo causal dos casos cujos diagnósticos levam a suspeita de uma relação de causalidade entre o adoecimento e o trabalho;
- Projetos de pesquisa articulados com as Universidades parceiras (Convênio de Cooperação Técnica com a Faculdade de Saúde Pública / USP e Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP-Botucatu) para abordagem de

problemas de Saúde do Trabalhador de maior complexidade, que demandam intervenção coletiva, interdisciplinar e interinstitucional;

- Ações conjuntas com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Ministério Público do Trabalho (MPT) em intervenções ampliadas para a prevenção de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho por meio da transformação em ambientes de trabalho seguros e saudáveis;
- Palestras, cursos e oficinas formativas para aprimoramento técnico e conceitual de representantes sindicais, profissionais de empresas e instituições públicas e outros atores sociais, com vistas a ampliar a compreensão e dar visibilidade aos determinantes organizacionais de gestão do trabalho contemporâneo que estão na origem dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

1.9. Vacinação no Adulto

1.9.1. Esquema de Vacinação para Adultos entre 20 e 59 anos

■■■ Norma Técnica do Programa de Imunização ■■■

ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA ADULTOS ENTRE 20 – 59 ANOS¹ - 2021

| INTERVALO ENTRE AS DOSES | VACINA | ESQUEMA |
|---|--|---|
| PRIMEIRA VISITA | dT – DUPLA ADULTO ² HEPATITE B SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA (SCR ³) FEBRE AMARELA | PRIMEIRA DOSE PRIMEIRA DOSE DOSE ÚNICA DOSE ÚNICA ⁴ |
| 2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA | dT – DUPLA ADULTO HEPATITE B ⁵ | SEGUNDA DOSE SEGUNDA DOSE |
| 4-6 MESES APÓS PRIMEIRA VISITA | dT – DUPLA ADULTO HEPATITE B ⁶ | TERCEIRA DOSE TERCEIRA DOSE |
| A CADA 10 ANOS POR TODA A VIDA ⁷ | dT – DUPLA ADULTO | REFORÇO |

dt – vacina adsorvida difteria e tétano (dupla tipo adulto)

DT – vacina adsorvida difteria e tétano (dupla tipo infantil)

DTP – vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis

DTPa - vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (acelular)

dTpa – vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (acelular) adulto

- 1 - Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema iniciado
- 2 - Caso o adulto tenha recebido 3 ou mais doses das vacinas Pentavalente, Tetravalente, DTP, DT, DTPa, dTpa ou dT, aplicar uma dose de reforço, se decorridos 10 anos da última dose. Em caso de gravidez observar o calendário para gestante
- 3 - Para pessoas de 20 a 29 anos e profissionais de saúde recomenda-se duas doses da vacina SCR, com intervalo de 4 semanas. Demais adultos, nascidos a partir de 1960 devem receber pelo menos uma dose. Observar a oportunidade de vacinar mulheres no puerpério (calendário para gestantes e puérperas)
- 4 - Caso a pessoa tenha recebido apenas uma dose da vacina febre amarela antes de completar 5 anos de idade, deverá receber uma dose adicional, independentemente da idade em que o indivíduo procure o serviço de vacinação.
- 5 - O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose da vacina hepatite B é de 4 semanas.
- 6 - O intervalo para a terceira dose da vacina hepatite B pode ser de dois meses após a segunda, desde que o intervalo de tempo decorrido da primeira dose seja, no mínimo, de quatro meses.
- 7 - Na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos. Em caso de gravidez observar o calendário para gestante.

1.9.2. Vacinação contra a Raiva

A imunização contra a raiva pode ser administrada antes ou após a suspeita ou em caso de risco de contato com o vírus. Desta forma a escolha do imunizante irá depender da situação que se encontra o indivíduo.

Temos disponível no país os seguintes produtos para vacinação contra a raiva humana:

- Vacina de vírus da raiva, inativado, produzida a partir de cultivos celulares e ovos embrionados.
- Soro antirrábico (SAR) – solução purificada de imunoglobulinas preparada a partir de soro de equinos hiperimunizados contra a raiva.
- Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR) – solução purificada de imunoglobulinas obtida do plasma de doadores com níveis elevados de anticorpo específico.

Indicação: A indicação da vacinação para a raiva pode ocorrer em duas situações:

Profilaxia pré-exposição: Indicada para os grupos de alto risco e elevada frequência de exposição ao vírus da raiva. Profissionais: Médicos veterinários, estudantes de medicina veterinária, profissionais de laboratório que trabalham com o vírus da raiva, profissionais que atuam na captura de morcegos e demais profissionais e estudantes expostos com frequência a situações de alto risco como, por exemplo, os que atuam em áreas de epizootia ou no manejo e controle de mamíferos silvestres.

Profilaxia pós-exposição: Indicada para pacientes que referem possível exposição accidental ao vírus da raiva devido mordedura, lambedura de pele com lesões ou arranhões.

Ações da equipe da Atendimento Primária à Saúde (APS) para vacinação contra a raiva:

Acolhimento com escuta qualificada: deve ser realizada por qualquer membro da equipe, independentemente da situação apresentada pelo usuário (pré ou pós-exposição ao vírus da raiva);

Profilaxia Pré-exposição: Realizar contato via fone ou e-mail à Vigilância Epidemiológica (VE) informando os seguintes dados do usuário: nome, matrícula, idade, endereço, telefone de contato, e qual o grupo de risco ou frequência de exposição ao vírus da raiva faz parte (ex: estudante de veterinária, profissional da equipe de zoonose responsável por animais silvestres).

A equipe da VE entrará em contato com o usuário para o agendamento da administração da vacina. (Observação: a vacinação geralmente é de aplicação intradérmica sendo administrada por profissional habilitado).

Profilaxia Pós-exposição: Na ocorrência de acidentes envolvendo mordedura de animais, lambedura de pele não íntegra ou ferimento causado por unha de animal, a definição do esquema de profilaxia e vacinação da raiva humana deve ser precedida de avaliação das lesões e notificação compulsória, sendo, neste caso, o usuário encaminhado para a UPA mais próxima.

O encaminhamento do usuário somente deve ser realizado após o acolhimento inicial, avaliação e limpeza da lesão (conforme capítulo – Raiva Humana). Realizar contato com enfermeiro da UPA mais próxima e encaminhar usuário somente após preenchimento do formulário de encaminhamento.

O usuário após a notificação e a classificação da lesão passará a ser monitorado pela VE e, conforme indicação, poderá receber a profilaxia pós-exposição com a vacina ou soro antirrábico (SAR) ou ainda Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR).

Não são considerados acidentes de risco: manipulação de utensílios potencialmente contaminados, lambedura de pele íntegra, acidentes com agulhas durante a aplicação da vacina animal.

2. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

2. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT(s), podem ser caracterizadas por:

- Doenças com história natural prolongada;
- Múltiplos fatores de risco;
- Interação de fatores etiológicos;
- Especificidade de causa desconhecida;
- Longo período de latência;
- Longo curso assintomático;
- Curso clínico em geral lento, prolongado e permanente;
- Manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação;
- Lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (PINHEIRO, 2004).

Este capítulo tem como objetivo orientar as ações de enfermagem na atenção à saúde do adulto com ênfase na assistência às pessoas com algumas das DANT(s) que atingem mais frequentemente a nossa população, sendo elas a Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, Dislipidemia e Obesidade, uma vez que a principal causa de morbimortalidade na população brasileira são as doenças cardiovasculares.

A equipe de saúde tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por essas doenças por meio da prevenção dos fatores de risco e, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos portadores, prevenir as complicações agudas e crônicas, principalmente com ações educativas de promoção à saúde direcionadas à população.

2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

Definição de Hipertensão Arterial: a Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de condição multifatorial, que depende de fatores genéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a

técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (SBC, 2020).

Prevalência da HA no Brasil: os dados de prevalência no país tendem a variar de acordo com a metodologia utilizada. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 21,4% (IC 95% 20,8- 22,0) dos adultos brasileiros autorrelataram HA, sendo a maior prevalência no sexo masculino (SBC, 2020).

Fatores de Risco para HAS

- **Genética:** antecedente familiar de hipertensão arterial em pai/mãe podem influenciar os níveis de PA entre 30-50%.
- **Idade:** com o envelhecimento, a PAS torna-se um problema mais significante, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias.
- **Sexo:** em faixas etárias mais jovens, a PA é mais elevada entre homens, mas a elevação pressórica por década se apresenta maior nas mulheres.
- **Etnia:** segundo dados do Vigitel 2018, em nosso país, não houve uma diferença significativa entre negros e brancos no que diz respeito à prevalência de HA (24,9% versus 24,2%).

Rastreamento, investigação clínica e diagnóstico: o rastreamento é realizado na Unidade de Saúde, na qual a Pressão Arterial (PA) deve ser sempre aferida por profissional de saúde qualificado. É recomendado a todo indivíduo com 18 anos ou mais que procure os serviços da Unidade Básica de Saúde no mínimo a cada dois anos para aqueles com PA \leq 120/80 mmHg, e anualmente aos que possuírem PA $>$ 120/80 mmHg e $<$ 140/90 mmHg (SBC, 2020).

A avaliação clínica inicial do indivíduo supostamente hipertenso inclui confirmar a HAS, identificar a existência de lesões subclínicas de órgãos-alvo (LOA), buscar outras comorbidades e, a partir da análise geral, traçar o risco cardiovascular e geral do paciente, e, ainda, avaliar indícios de hipertensão secundária (SBC, 2020).

Na primeira consulta, deve-se obter as medidas em ambos os braços e, em caso de diferença, o braço com o maior valor será utilizado como referência para medidas subsequentes. Caso o paciente apresente diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20mmHg para sistólica e 10mmHg para diastólica, deverá ser investigado para doenças arteriais (SBC, 2020).

A aferição da PA realizada com equipamento automático do próprio paciente, não obedece a nenhum protocolo preestabelecido. As medidas são realizadas aleatoriamente e feitas por decisão do próprio paciente. A pandemia provocada pela covid-19 acelerou o processo de teleconsulta, que acreditamos ser irreversível. Para isso, sugere-se a utilização de equipamentos de boa qualidade, ou seja, validados e preferencialmente de braço. Caso seja utilizado o de punho, o que deve ser desestimulado, preferem-se aqueles validados, com sensor de altura e movimento, e estimular, em caso de valores alterados, a medição da pressão arterial na Unidade de Saúde (SBC 2020).

Orientações para aferir a PA: deve-se explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. O profissional deve orientar o paciente a não conversar durante a medição e certificar-se de que este não:

- Está com a bexiga cheia;
- Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Fumou nos 30 minutos anteriores.

O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro (SBC, 2016). Para uma medida adequada da pressão arterial, é necessário:

- Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrônio e olécrano;
- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;

- Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial;
- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
- Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero.
- Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes;
- Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtido o maior valor como referência;
- Informar o valor de PA obtido para o paciente;
- Anotar os valores exatos e o braço em que a PA foi medida (SBC, 2020).

Classificação e estratificação de risco

A HAS pode ser classificada em normal, pré-hipertensão, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3, após obtenção de valores pressóricos durante a aferição na Unidade de Saúde.

| Classificação | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica (mmHg) |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
| Normal | ≤ 120 | ≤80 |
| Pré-hipertensão | 121-139 | 81-89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140 – 159 | 90 – 99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160 – 179 | 100 – 109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |

Fonte: SBC, 2020

O escore mais comum e amplamente utilizado para avaliação de risco cardiovascular é o **Escore de Risco Global (ERG) de Framingham** (anexo 1), 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 em dez anos (COREN, RS 2021).

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 2), 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).

É possível utilizar a “Calculadora para Estratificação de Risco Cardiovascular” da Sociedade Brasileira de Cardiologia (ERG/SBC), disponível para download de aplicativo para dispositivos móveis ou acessá-la online em:

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/index.html>

Quadro 2. 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 <u>SEM</u> 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.

Fonte: Précoma et al. (2019); Paraná (2018); Williams et al. (2018); SES/RS (2018b); Basile; Bloch (2019); Wexler (2020).

Com base no risco cardiovascular estimado pelo modelo de ERG/SBC, propõe-se a periodicidade de consultas de acordo com o quadro 3:

Quadro 3 - Frequência das Consultas de Acordo com Estratificação do 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 |

Fonte: Précoma et al. (2019); Paraná (2018); Williams et al. (2018); SES/RS (2018b); Basile; Bloch (2019); Wexler (2020).

No entanto, 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 (BRASIL, 2014).

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A 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.

O enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) deve desenvolver sua prática contemplando o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação ou manutenção da saúde do paciente hipertenso. A consulta de enfermagem é uma ferramenta importante para a assistência ao paciente hipertenso, a qual utiliza cinco etapas compostas por: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação das intervenções e avaliação de enfermagem (Resolução do COFEN n 358/2009).

Histórico de enfermagem: sendo a primeira etapa, qual consiste em anamnese e exame físico.

Anamnese

- Nome, endereço, sexo, idade, raça, escolaridade, telefone e condições socioeconômicas.
- Identificar queixas atuais do paciente;
- História da doença atual (HDA): duração conhecida da hipertensão arterial, níveis de pressão arterial, aceitação e reação adversa ao tratamento prévio.
- Investigação de lesão de órgão alvo: sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, doença arterial periférica, doença renal, diabetes mellitus. Tais como, tontura, cefaleia, dispneia, paresia, parestesia, alterações visuais, dor precordial, edema e lesões de membros inferiores.

- Investigação de fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, etilismo, sedentarismo, sobrepeso, obesidade e ingestão de sal.
- História patológica pregressa: gota, doença arterial crônica e insuficiência cardíaca, síndrome metabólica, dentre outras.
- História familiar: AVC, doença arterial coronariana em homem < 55 anos e mulher < 65 anos, morte prematura e súbita de familiares próximos.
- História social: avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebida alcoólica e prática de atividade física.
- Medicações: consumo de medicamentos ou drogas que podem interferir na PA (ex: anti-inflamatório, antidepressivo, corticosteroide, anorexígenos e hormônios). Verificar o uso de medicamentos hipertensivos (dose, posologia, horários, efeitos colaterais).
- Adesão à terapêutica: verificar dificuldades com o seguimento do tratamento farmacológico e não farmacológico.
- Exames laboratoriais anteriores: verificar alterações.

Exame físico

- Inspeção, palpação, percussão e ausculta: observação estática e dinâmica: fácies, sinais sugestivos de hipertensão secundária e de lesões em órgão alvo; cavidade oral (queixas, dentes e prótese); avaliação de pele (integridade, turgor, coloração e manchas); tórax; abdome e avaliação das extremidades.
- Medidas antropométricas: peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal.
- Avaliação cardiovascular e respiratória: frequência cardíaca e respiratória, palpação de pulsos (radial, carotídeo, pedioso), edema periférico, distensão jugular, *ictus cordis*, ausculta cardíaca (ritmo, presença de B3 ou B4, sopros), ausculta pulmonar.
- Avaliação da PA: 2 medições em intervalo de pelo menos 1 minuto, com paciente em posição sentada e deitada. Atentar para valores fora dos padrões de normalidade e encaminhar ao médico quando julgar necessário

Diagnóstico de enfermagem e planejamento da assistência

O enfermeiro deve realizar julgamento clínico a partir dos dados coletados, estabelecendo as necessidades de saúde, problemas e preocupações do paciente para direcionar o plano assistencial. É importante que o profissional trace estratégias e metas, juntamente com o paciente, para restabelecimento ou manutenção da saúde. O enfermeiro pode definir os diagnósticos a partir da utilização da NANDA I (2018) e intervenções de enfermagem pela Classificação das intervenções de enfermagem (NIC, 2016), conforme proposto no Quadro 4.

Quadro 4 - Diagnóstico de enfermagem/intervenções de enfermagem

| Diagnóstico de Enfermagem | Intervenções De Enfermagem |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida sedentário | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as razões do paciente para desejar a mudança. • Ajudar o paciente a identificar uma meta específica de mudança. • Investigar com o paciente as barreiras potenciais à mudança do comportamento. • Identificar com o paciente as estratégias mais eficazes para mudar o comportamento. • Estimular o paciente a unir um comportamento desejado a um estímulo ou indicador existente (ex: exercício após o trabalho diariamente). • Orientar o paciente quanto a exercício regular e progressivo, conforme apropriado. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento deficiente | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente. • Adaptar o conteúdo às capacidades/dificuldades cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas do paciente. • Oferecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente. • Organizar as informações das mais simples às complexas, das conhecidas para as desconhecidas, ou das concretas às abstratas, conforme apropriado. • Oferecer materiais educativos que exemplifiquem informações importantes e/ou complicadas, como por exemplo uso de figuras ilustrativas para uso correto de medicamentos, Folders |

| | |
|--|--|
| | <p>Ilustrativos da CPAN.</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentalizar o Agente Comunitário de Saúde para auxílio da organização dos medicamentos, avaliando a capacidade cognitiva de forma individualizada. |
| Diagnóstico de Enfermagem | Intervenções De Enfermagem |
| <ul style="list-style-type: none"> Risco de sobrepeso | <ul style="list-style-type: none"> Cooperar com outros membros da equipe de saúde no desenvolvimento de um plano de tratamento; envolver o paciente e/ou pessoas importantes. Estabelecer expectativas quanto a comportamentos alimentares adequados, ingestão de alimentos/líquidos e quantidade de atividade física. Estimular a participação de atividades coletivas, como caminhada, Lian Gong. |
| <ul style="list-style-type: none"> Controle ineficaz da saúde | <ul style="list-style-type: none"> Explicar ao paciente a importância do automonitoramento na tentativa de mudar o comportamento. Identificar a percepção individual dos riscos por não executar o comportamento desejado. Identificar as barreiras à mudança do comportamento. Ajudar o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar comportamentos. Reforçar a confiança na realização de mudanças de comportamento e nas ações. Usar declarações positivas de persuasão sobre a capacidade individual de executar o comportamento. Desmotivar tabagismo - incentivar a participação no Programa Anti-Tabagismo. Oferecer informações sobre o uso abusivo de bebida alcóolica. |
| <ul style="list-style-type: none"> Ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade. Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. Identificar mudanças no nível de ansiedade. Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão. |

Fonte: Adaptado, NANDA I (2018).

O planejamento da assistência são estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com HAS, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em saúde e o vínculo com a equipe (BRASIL, 2013).

Implementação: A implementação envolve a realização das atividades/intervenções determinadas no plano de cuidados, que envolve a orientação sobre hábitos alimentares, abandono de álcool e/ou drogas, atividades físicas, as terapias farmacológicas, a realização de exames (conforme protocolo vigente) prevenção de complicações e atividades de educação em saúde (COREN, GO 2020).

Avaliação: O enfermeiro deve realizar o acompanhamento do paciente de forma rotineira na Unidade de Saúde, observando se os resultados das intervenções aplicadas foram alcançados, e avaliar a necessidade de mudanças no plano de cuidado elaborado para o paciente.

Tratamento não-medicamentoso

O profissional deve estimular em todas as consultas a adoção de hábitos saudáveis de vida. É importante observar preferências pessoais e poder aquisitivo do indivíduo e sua família a fim de aconselhar sobre o tratamento não medicamentoso de forma efetiva. Durante a consulta de enfermagem, deve-se orientar e traçar metas adequadas para controle do peso corporal, manutenção de uma alimentação saudável, redução do consumo de sódio, redução da ingestão de álcool, abandono do tabagismo, prática de atividade física, controle do estresse, dentre outros aspectos não farmacológicos que influenciam na PA.

É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação da SAE, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além da equipe de enfermagem, envolvendo o médico, os agentes comunitários de saúde, o farmacêutico de referência e demais profissionais da rede de saúde (Brasil, 2013).

Tratamento farmacológico

Medicamentos passíveis de renovação da prescrição pelo enfermeiro: esta seção traz uma lista de medicamentos anti-hipertensivos passíveis de terem receita renovada pelo enfermeiro que atua em Unidades de Atenção Básica do município de Piracicaba, contanto que todas as condições expressas neste documento sejam cumpridas. O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses. Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses. O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações contínuas prescritas. Havendo questionamentos quanto à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência desse, outro médico da unidade/município deverá ser acionado).

Condições gerais: o enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos anti-hipertensivos contanto que:

- A última receita tenha sido emitida nos últimos 6 (seis) meses por médico da Atenção Primária em Saúde do município devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
 - A posologia de cada medicamento seja observada e cumprida;
 - O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
 - O paciente não tenha histórico (registro no prontuário ou laudo médico) das seguintes comorbidades ou complicações que indiquem necessidade de consultas médicas mais frequentes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;

- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS;
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida (consultar a seção de exames de acompanhamento de hipertensão e rastreamento, neste mesmo documento);
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O paciente deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com Clearance de Creatinina maior ou igual a 90 ml/min (calculada a partir da equação de Cockcroft & Gault);
- O enfermeiro, no momento da consulta, ou em outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;
- O paciente esteja com valores de pressão arterial iguais ou menores aos estipulados abaixo:

Pacientes que não possuem diabetes mellitus:

- ✓ Com idade até 80 anos: menor ou igual a 140/90 mmHg;
- ✓ Com idade maior que 80 anos: menor ou igual a 150/90 mmHg.

Pacientes que possuem diabetes mellitus associada:

- ✓ Com retinopatia: menor ou igual a 130/80 mmHg;
- ✓ Sem retinopatia: menor ou igual a 140/80 mmHg.

Observação: alguns medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados para o controle de outras morbidades, como os beta-bloqueadores para arritmia cardíaca. Caso o paciente tenha alguma outra morbidade associada que exija o uso destes medicamentos, o enfermeiro deverá realizar consulta de enfermagem, estando atento a todas as variáveis pertinentes à sua atuação profissional. Contudo, nestes casos a receita não deverá ser renovada e o paciente deverá ser encaminhado para atendimento médico visando o acompanhamento integrado da HAS e demais doenças.

Para os efeitos deste documento será considerada a média de pelo menos três aferições de pressão arterial realizadas em dias e horários diferentes nos 30 dias que antecedem a consulta, podendo ser considerada a do dia da consulta como uma destas (registros realizados pelo próprio paciente a partir de aferições em outros locais, que não as unidades de saúde do município, podem ser consideradas). Caso, no momento da consulta, a PA esteja com diferença igual ou superior a 20 mmHg às demais medidas (sistólica ou diastólica, separadamente), realizar nova medida 15 minutos após a primeira. Permanecendo essa diferença ou caso o paciente não possua medidas em número suficiente, renovar a receita por 15 dias e orientar o retorno com as medidas de PA. Caso no retorno essa diferença persista, encaminhar para avaliação terapêutica pelo médico.

Quadro 5 – Medicamentos, dosagens e doses máximas para renovação

| MEDICAMENTOS | DOSAGEM | DOSE MÁXIMA PARA RENOVAÇÃO |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Anlodipino, besilato | 5 mg | 10 mg/dia |
| Atenolol | 25 mg e 50 mg | 100 mg/dia |
| Captopril | 25 mg | 150 mg/dia |
| Carvedilol | 3,125 mg e 12,5 mg | 50 mg/dia |
| Enalapril | 10 mg | 40 mg/dia |
| Espironolactona | 25 mg | 100 mg/dia |
| Furosemida | 40 mg | 80 mg/dia |
| Hidroclorotiazida | 25 mg | 25 mg/dia |
| Losartana | 50 mg | 100 mg/dia |
| Metildopa | 250 mg | 1500 mg/dia |
| Propanolol | 40 mg | 240 mg/dia |
| Verapamil, cloridrato | 80 mg | 480 mg/dia |

Fonte: Coren SC (2020)

Quadro 6 - Exames de acompanhamento e rastreamento da hipertensão.

| Exames de rotina | Periodicidade |
|---|---|
| Hemograma completo | Anual |
| Ácido úrico; Sódio e potássio; Uréia e creatinina; Microalbuminúria amostra isolada; | Anual |
| Glicemia de jejum; | Anual Ou de acordo com protocolo de Diabetes Melitus |
| Colesterol total e frações | Anual Ou de três a seis meses após iniciar hipolemiantes |
| Urina I | Anual |
| Eletrocardiograma | Anual, seguido de avaliação médica |
| Fundoscopia | Anual |

Fonte: Brasil (2015); Florianópolis (2020); Malachias et al. (2016); Paraná (2018); Waheed (2018); Bakris (2019); Hearts (2019); Leehey; Moinuddin (2019); Précoma et al. (2019).

Registro do atendimento: todo atendimento ao hipertenso deverá ser devidamente registrado em prontuário eletrônico.

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Nesse novo modelo, todo hipertenso deverá ter sua pressão arterial aferida ao menos uma vez no semestre, além de ao menos uma consulta médica ou de enfermagem.

Para validação deste indicador, é necessário que através da realização da pré-consulta nos ambientes Consultório Informatizado ou Sala de Enfermagem Informatizada, informe-se o valor da PA no campo específico. Havendo uma consulta médica ou de enfermagem feita no semestre, não necessariamente no mesmo dia, identificando o paciente como hipertenso, o indicador é validado. Sendo assim, é importante que o profissional responsável pelos procedimentos sempre se atente ao registro adequado de produção e dentro da competência do mês.

Durante o atendimento do paciente, deverá identificar no sistema de informação vigente, que o paciente é hipertenso por meio dos Códigos Internacionais de Atenção Primária (CIAP): K87 e W81.

Cabe ao enfermeiro discutir com a equipe multiprofissional, periodicamente, os indicadores da Unidade de Saúde, bem como organizar a demanda local, seja por meio da oferta de grupos educativos e/ou atendimentos individualizados.

Levando em consideração que a elaboração do plano de cuidados ao portador de hipertensão, deve ser centrado no paciente, segue abaixo, de maneira resumida, algumas estratégias para este fortalecimento.

Quadro 7: Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente

| Estratégias | Descrição | Exemplos | Membro da Equipe |
|----------------------|--|---|-------------------------------|
| Educação do paciente | Abordagem didática ou interativa para informar e educar os pacientes | Sessões educativas presenciais Materiais impressos CPAN, DAF Meios audiovisuais | MED, ENF, FARM, NUT, PSI, ACS |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Apoio social | Envolvimento de familiares, amigos ou outros indivíduos para ajudar os pacientes a utilizarem os fármacos, conforme prescrição | Reuniões de grupos de apoio Educação familiar | FAM, AM, CD, ACS, ASS |
| Letramento e do paciente | Motivar o paciente a tomar o medicamento, conforme prescrito, e remover obstáculos que prejudiquem sua motivação | Intervenções motivacionais Implantar ações de letramento em saúde, com uso de recursos lúdicos | MED, ENF, NUT, PSI EF, FIS, AM, CD, FAM |
| Automonitoramento da PA e uso de tecnologias | Estimular o paciente a monitorar a PA e a adesão ao tratamento | Automedidas da PA Monitorização residencial da PA Telemonitoramento da PA | MED, ENF, PAC, FAM, CD, ACS |
| Comunicação ou interação com os prestadores de serviços e entre membros da equipe | Melhorar a comunicação entre os pacientes e a equipe multiprofissional e outros prestadores e entre membros da equipe | Treinamento de habilidades de comunicação entre pacientes e a equipe multiprofissional e entre membros da equipe | MED, ENF, NUT, EF, FIS, PSI, ASS, ACS |
| Facilitar o acesso aos serviços de saúde | Facilitar o agendamento de consultas em horários compatíveis com as necessidades dos pacientes | Pacientes idosos dependentes de acompanhamento de terceiros | ACS, ASS |

AE: Auxiliar de Enfermagem; AM: Amigo; ACS: agentes comunitários de saúde; ASS: assistente social; CD: cuidadores; CPAN: Coordenadoria em Programas de Alimentação e Nutrição; DAF: Departamento de Assistência Farmacêutica; ENF: enfermeiro; EF: profissional de educação física; FAM: familiar; FARM: farmacêutico; FIS: fisioterapia, MED: médico; NUT: nutricionista; PAC: paciente; PS: psicólogo; TE: Técnico de Enfermagem

SBC, 2021 – Adaptado.

2.2. Diabetes Mellitus (DM)

Definição: 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; SBD, 2022).

A prevalência e a incidência do DM são cada vez maiores, em todo mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, a obesidade e adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e dieta inadequada, podem ser citadas como causas desse aumento (SBD, 2022).

É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

O diabetes meliutus (DM) pode permanecer assintomático por um período longo, por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas da patologia, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade).

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações, como o rastreamento de indivíduos que tenham alto risco para desenvolver a doença, bem como quem tem diabetes, mas desconhece, com a finalidade em iniciar tratamento de forma precoce.

É indispensável que os serviços estejam estruturados para desenvolver estratégias de promoção à saúde, prevenção do aparecimento da doença, sendo capazes em realizar diagnósticos precoces e estabelecer tratamentos que evitem ou retardem a instalação de lesões de órgãos alvos.

Subdivide-se em: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e diabetes mellitus gestacional (DMG). O protocolo de Saúde da Mulher abordará o tema diabetes mellitus gestacional e 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; SBD, 2022).

Diabetes mellitus tipo 1

O DM1 é mais comum em crianças e adolescentes. Apresenta deficiência grave de insulina devido a destruição das células β , associada à autoimunidade. A apresentação clínica é abrupta, com propensão à cetose e cetoacidose, com

necessidade de insulinoterapia plena desde o diagnóstico ou após curto período (SBD 2022).

O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (Brasil, 2013).

Diabetes mellitus tipo 2

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes (Brasil, 2013).

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico (Brasil, 2013).

A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (American Diabetes Association, 2020)

Rastreamento (exame em pessoas sem sintomas)

A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco. As pessoas com fatores de risco deverão ser encaminhadas para uma consulta de rastreamento e solicitação de glicemia de jejum (consulta de enfermagem). Não existem evidências para a frequência de rastreamento, mas alguns estudos apontam que pessoas que apresentam resultados negativos podem ser testadas em um período de 3 a 5 anos (American Diabetes Association, 2020).

Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população alvo definida, seja realizada pelo enfermeiro da Atenção Básica, encaminhada para consulta médica em um segundo momento, com a finalidade em confirmar os casos suspeitos (Brasil, 2013).

Os objetivos da consulta de rastreamento são: conhecer a história pregressa da pessoa, realizar o exame físico (peso, altura, cálculo de IMC e circunferência abdominal), identificar os fatores de risco para DM, avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

Solicitar glicemia de jejum quando o IMC for ≥ 25 e a pessoa tiver pelo menos um dos fatores descritos na tabela a seguir:

Critérios para rastreamento do DM em adultos assintomáticos:

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

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

OU

Idade ≥ 45 anos;

Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)

Realizar glicemia capilar (glicosímetro) nos pacientes com sintomatologia característica, conforme descrito a seguir:

Sinais e sintomas clássicos:

- Poliúria
- Polidipsia
- Perda inexplicada de peso
- Polifagia

Sintomas menos específicos:

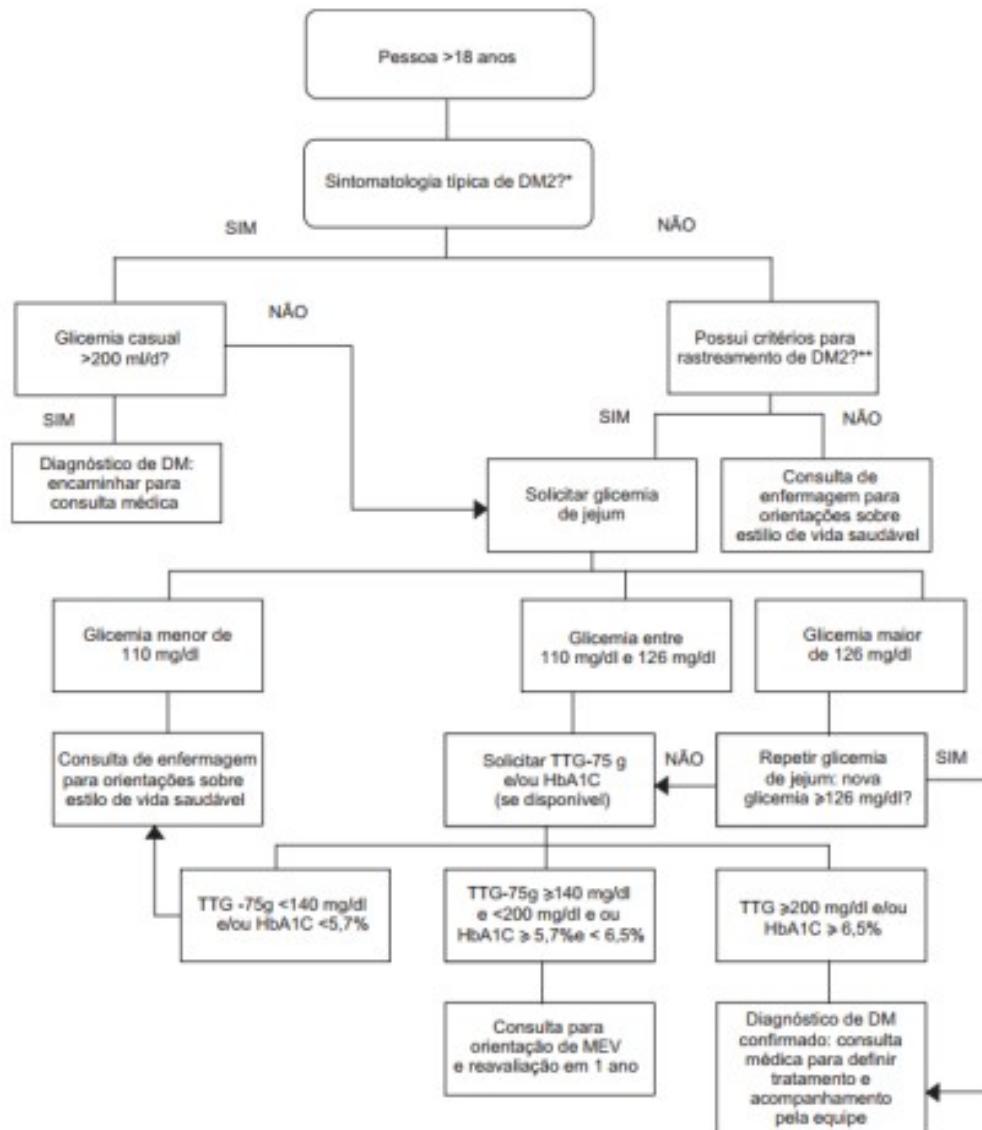
- Fadiga, fraqueza e letargia
- Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto)
- Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite

Complicações crônicas/doenças intercorrentes:

- Proteinúria
- Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano)
 - Retinopatia diabética
 - Catarata
 - Doença aterosclerótica (infarto agudo do miocárido, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica)
 - Infecções de repetição

A partir do resultado, seguir a conduta descrita a seguir.

Diagrama de rastreamento e diagnóstico para DM tipo 2



O diagnóstico de diabetes baseia-se na hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g e em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c).

Seguem, no quadro 1, os critérios laboratoriais para diagnóstico.

Quadro 1: Critérios laboratoriais 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) | HB glicada (%) |
|--|---------------------------|--|--|----------------|
| 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.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

Consulta de enfermagem para acompanhamento de pessoas com Diabetes Mellitus

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM deve ser realizada utilizando o Processo de Enfermagem, objetivando a educação em saúde para o autocuidado.

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação saudável e de exercícios físicos regulares.

Apresentam-se a seguir os passos da consulta de enfermagem para pessoas vivendo com diabetes mellitus.

Histórico:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, doença cardíaca e diabetes gestacional).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados.
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.
- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde, investigar a presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene e funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo).

1.6.2 Exame físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Alterações de visão.
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- Frequência cardíaca, respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de candida albicans, realizando exame especular, se necessário.

Exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades. Avaliação dos pulsos arteriais

periféricos e edema de membros inferiores; exame neurológico sumário, bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte de unhas).

Pescoço: palpação de tireóide (quando DM tipo 1).

Exame neurológico: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, táctil, vibratória e dolorosa.

Deve ser avaliado:

- Atividade física regular
- Hábitos alimentares
- Tabagismo e alcoolismo
- Situação vacinal
- Prática de atividade sexual com proteção
- Uso de protetor solar.

Diagnóstico de Enfermagem (DE)

Atividade privativa do enfermeiro, o DE provém da identificação clara e específica sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico).

É fundamental, para seguir o processo de planejamento e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estar atento para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Medos: da perda, da independência, de hipoglicemia, do ganho de peso, das aplicações da insulina;
- Insulina: realiza autoaplicação? Se não realiza, quem faz? Por que não autoaplica? Apresenta complicações e reações nos locais de aplicação? Como realiza a conservação e o transporte?

- Automonitorização: Consegue realizar a verificação de glicemia capilar? Apresenta dificuldades no manuseio do aparelho?

A seguir, segue quadro de sugestão de diagnóstico de enfermagem, lembrando que o enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, que tenha reconhecimento internacional.

Quadro 2: Sugestões de Diagnósticos e respectivas Prescrições de Enfermagem

| Diagnósticos de Enfermagem | Prescrições de Enfermagem |
|----------------------------|---|
| Risco de glicemia instável | <p>Orientar sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do DM2.</p> <p>Orientar sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e como agir diante dessas situações.</p> <p>Avaliar entendimento e orientar usuário e/ou cuidador acerca da patologia, sintomas, tratamento e automonitoramento.</p> <p>Solicitar e avaliar exames laboratoriais conforme protocolo vigente.</p> <p>Pactuar retornos com equipe multiprofissional de acordo com o plano de cuidados e estrato de risco do usuário;</p> <p>Orientar visita domiciliar mensal do agente comunitário de saúde.</p> |
| Estilo de vida sedentário | <p>Avaliar as razões do paciente para desejar a mudança.</p> <p>Ajudar o paciente a identificar uma meta específica de mudança.</p> <p>Investigar com o paciente as barreiras potenciais à mudança do comportamento.</p> <p>Identificar com o paciente as estratégias mais eficazes para mudar o comportamento.</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p>Estimular o paciente a unir um comportamento desejado a um estímulo ou indicador existente (p. ex., exercício após o trabalho diariamente).</p> <p>Orientar o paciente quanto a exercício regular e progressivo, conforme apropriado.</p> |
| Conhecimento deficiente | <p>Adaptar a instrução ao nível de conhecimentos e compreensão do paciente.</p> <p>Adaptar o conteúdo às capacidades/dificuldades cognitivas, psicomotoras e/ou afetivas do paciente.</p> <p>Oferecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente.</p> <p>Organizar as informações das mais simples às complexas, das conhecidas para as desconhecidas, ou das concretas às abstratas, conforme apropriado.</p> <p>Oferecer materiais educativos que exemplifiquem informações importantes e/ou complicadas, como por exemplo uso de figuras ilustrativas para uso de correto de medicamentos, Folders Ilustrativos da CPAN.</p> <p>Instrumentalizar o Agente Comunitário de Saúde para auxílio da organização dos medicamentos, avaliando a capacidade cognitiva de forma individualizada.</p> |
| Risco de sobrepeso | <p>Cooperar com outros membros da equipe de saúde no desenvolvimento de um plano de tratamento; envolver o paciente e/ou pessoas importantes.</p> <p>Estabelecer expectativas quanto a comportamentos alimentares adequados, ingestão de alimentos/líquidos e quantidade de atividade física.</p> <p>Estimular a participação de atividades coletivas, como caminhada, <i>Lian Gong</i>.</p> |

| | |
|----------------------------|---|
| Controle ineficaz da saúde | <p>Explicar ao paciente a importância do automonitoramento na tentativa de mudar o comportamento.</p> <p>Identificar a percepção individual dos riscos por não executar o comportamento desejado.</p> <p>Identificar as barreiras à mudança do comportamento.</p> <p>Ajudar o indivíduo a comprometer-se com um plano de ação para mudar comportamentos.</p> <p>Reforçar a confiança na realização de mudanças de comportamento e nas ações.</p> <p>Abordar declarações positivas de persuasão sobre a capacidade individual de executar o comportamento.</p> <p>Desmotivar tabagismo –incentivar a participação no Programa Anti Tabagismo.</p> <p>Oferecer informações sobre o uso abusivo de bebida alcóolica.</p> |
| Ansiedade | <p>Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.</p> <p>Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade.</p> <p>Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. Identificar mudanças no nível de ansiedade.</p> <p>Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão.</p> <p>Encaminhar para consulta médica na presença de rastreio positivo para depressão/ansiedade.</p> |

Fonte: Adaptado, NANDA I (2018)

Planejamento da assistência: são estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre

estabelecendo metas com a pessoa com DM. Pontos importantes no planejamento da assistência:

Abordar e orientar sobre:

- Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir nessas situações;
- Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcóolica e sedentarismo);
- Percepção de presença de complicações;
- A doença e o processo de envelhecimento;
- Uso de medicamentos prescritos (oral e insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle de glicemia, estilo de vida;
- Uso da insulina e o modo correto de como utilizar;
- Solicitar, prescrever e avaliar exames previstos neste protocolo.

Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais. É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação da SAE. Ampliando o escopo diagnóstico e planejamento para além da equipe de Enfermagem, envolvendo o médico, o dentista, a auxiliar de saúde bucal, os agentes comunitários de saúde, CPAN, CAPS, Centro de Atenção de Doenças Metabólicas (CADME) e toda a rede de atenção à saúde nas ações desenvolvidas.

Implementação da assistência: deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para este fim.

Avaliação do processo de cuidado: avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em

relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário eletrônico todo o processo de acompanhamento.

Quadro 3: Estratificação de Risco para pessoa com DM, de acordo com o controle metabólico.

| Risco | Critério | Periodicidade |
|------------|--|---------------|
| Baixo | Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c < 7,5% e todas 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. | 2x/ano |
| Médio | Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c < 7,5% e todas 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. | 2x/ano |
| Alto | Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c entre 7,5 a 9% e uma das situações a seguir, independente da capacidade de autocuidado: - controle pressórico inadequado; - internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras). | 3x/ano |
| Muito Alto | Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c > 9%, com capacidade de autocuidado insuficiente e uma das situações a seguir: - controle pressórico inadequado; | 4x/ano |

| | | |
|----------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - complicações crônicas. | |
| Gestão de caso | <p>Pessoa com DM diagnosticado e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mau controle metabólico ($HbA1c > 9$) ou pressórico mesmo com boa adesão ao plano de cuidado (diabete de difícil controle); - Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica; - Complicações crônicas severas – doença renal estágios 3 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção; - Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas); - Risco social – pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social. | |

Obs.: as consultas médicas e de enfermagem devem ser intercaladas.

Fonte: Adaptado Brasil, 2013.

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.

Gestão de caso

A gestão de caso é uma tecnologia que tem como objetivo planejar e monitorar opções e serviços de acordo com as necessidades das pessoas com DM2 em situação de maior risco. Os gestores de caso são responsáveis pela coordenação e avaliação da atenção aos usuários e devem advogar as necessidades dos mesmos e de seus familiares, assegurando a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde (Mendes, 2004).

As principais funções do gestor de caso englobam a qualificação e a adequação dos serviços prestados ao portador do DM2, o incremento da comunicação entre o usuário e os profissionais de saúde, o estímulo ao autocuidado e o monitoramento do plano de tratamento.

O gestor de caso é responsável pelo registro periódico dos planos de casos da sua competência. Os planos de casos devem ser avaliados pela equipe periodicamente, para o monitoramento das metas instituídas e para a adequação das intervenções determinadas. Familiares, cuidadores e instituições devem participar ativamente do processo, sempre que possível. Quando os objetivos forem alcançados, o paciente pode ter alta da gestão de caso.

Fluxograma de atendimento na Atenção Básica

A enfermeira e médico da unidade de saúde avaliam os casos indicados e, de acordo com os critérios estabelecidos, selecionam aqueles de maior gravidade. Os casos eleitos são apresentados à equipe de saúde para:

- Definição do responsável pelo acompanhamento (gestor);
- Obtenção do maior número de informações para identificação do problema;
- Elaboração do plano do caso com objetivos e metas, programação do acompanhamento com cronograma de atividades e detalhamento do plano de intervenções;

- Distribuição das tarefas entre os profissionais envolvidos, como supervisão da medicação, visita domiciliar, priorização de consulta na UBS/CRAB/PSF ou no CADME, realização de exames complementares entre outros.

Exames de acompanhamento do paciente diabético: o enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de diabetes mellitus desde que:

- Haja comprovação, através do documento por escrito ou registro em prontuário eletrônico do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este protocolo;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões da normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmo com frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realize avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

Quadro 4: Exames de rastreio e acompanhamento para pessoa com DM.

| Exames de rotina | Periodicidade | Considerações |
|--|--|---|
| Glicemia de Jejum | Baixo e Médio Risco: 2x/ano Alto e Muito Alto Risco: 4x/ano | Em caso de resultado com GJ \geq 300 mg/dL encaminhar para atendimento médico imediato. |
| Hemoglobina Glicada (Exame padrão-ouro para monitoramento de metas glicêmicas). | Baixo e Médio Risco: 2x/ano Alto e Muito Alto Risco: 4x/ano | - Representa dados dos últimos 3 meses; - Em caso de resultado com HbA1c \geq 10%, encaminhar para atendimento médico prioritário. |
| Indicador do Previne Brasil | | |
| Hemograma completo | Anual | |
| Sódio, Potássio, Ácido Úrico | Anual | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Colesterol total e frações | Anual | Ou em 3 e 6 meses após iniciar hipolemiantes. |
| Uréia, creatinina | Baixo e Médio Risco: 2x/ano Alto e Muito Alto Risco: 4x/ano | |
| Microalbimínuria amostra isolada | Anual | |
| Urina I | Baixo e Médio Risco: Anual Alto e Muito Alto Risco: 2x/ano | Glicosúria pode indicar mau controle glicêmico. |
| Eletrocardiograma | Anual | Seguido de avaliação médica do resultado. |
| Fundoscopia | Anual | |

Fonte: Brasil, 2015; Florianópolis, 2020; Malachias et al., 2016; Paraná, 2018; Waheed, 2018; Bakris, 2019; Hearts, 2019; Leehey; Moinuddin, 2019; Précoma et al., 2019.

Tratamento não-medicamentoso

O profissional deve estimular em todas as consultas a adoção de hábitos saudáveis de vida. É importante observar preferências pessoais e poder aquisitivo do indivíduo e sua família a fim de aconselhar sobre o tratamento não medicamentoso de forma efetiva. Durante a consulta de enfermagem, deve-se orientar e traçar metas adequadas para controle do peso corporal, manutenção de uma alimentação saudável, não consumo de açúcar, redução da ingestão de álcool, abandono do tabagismo, prática de atividade física, controle do estresse, dentre outros aspectos não farmacológicos que influenciam a glicemia (Brasil, 2013).

É importante que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação da SAE, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além da equipe de enfermagem, envolvendo o médico, os agentes comunitários de saúde, o farmacêutico de referência e demais profissionais da rede de saúde (Brasil, 2013).

Vacinação para o portador de Diabetes Mellitus

Diabéticos são reconhecidamente propensos a apresentar complicações em decorrência de infecções virais e bacterianas, em especial quando há comprometimento do trato respiratório. Algumas condições associadas ao diabetes (idade, existência de doença renal ou cardiovascular) são fatores significantes no aumento do risco de sequelas associadas a essas infecções.

Soma-se a isto um importante número de evidências apontadas em diversos estudos, nos quais a vacinação de diabéticos com idade inferior a 60 anos reduz de forma significativa os coeficientes de morbimortalidade associada às infecções do trato respiratório. Por isso, recomenda-se que os portadores de diabetes recebam os seguintes imunobiológicos:

- Contra Influenza: anualmente, para todos os indivíduos com mais de seis meses de idade;
- Pneumo 23: para pacientes com primeira dose até 64 anos 11 meses e 29 dias, completar esquema com mais uma dose 5 anos após; para pacientes maiores de 65 anos, dose única. A solicitação é realizada à vigilância epidemiológica, devendo ser encaminhado receituário médico com CID correspondente, via e-mail, por ser considerado um imunobiológico especial.
- Atualizar esquema vacinal de acordo com a faixa etária correspondente.

Orientação de nutrição para Diabéticos Adultos

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

Recomendações gerais para diabéticos adultos:

1. Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia;
2. A ingestão de álcool deve ser intensamente desestimulada, mas se ocorrer, devem ser consumidas com alimentos, para reduzir o risco de hipoglicemia;
3. Clientes com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico não devem ingerir bebidas alcoólicas;

4. O uso de adoçantes é seguro quando consumido em quantidades adequadas. A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso sob limites seguros em termos de quantidade e, do ponto de vista qualitativo, sugere alternâncias periodicamente entre os adoçantes a base de sacarose e os de stévia 100%;

5. Adoçantes calóricos, como a frutose, devem ser usados com restrição, respeitando os limites indicados na orientação dietética. Os alimentos diet e light podem ser sugeridos em um plano alimentício, mas não utilizados de forma exclusiva;

6. Os alimentos dietéticos podem ser indicados, mas é preciso ficar atento ao seu conteúdo calórico e de nutrientes. Alimentos “diet” são isentos de sacarose quando destinados a diabéticos, mas podem ter valor calórico elevado, por seu teor de gorduras ou outros componentes;

7. Os refrigerantes e as gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero e podem ser consumidos;

8. De outro lado, chocolate, sorvete, alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando “diet”, são calóricos e seu uso não deve ser encorajado;

9. Indivíduos hipertensos ou com problemas renais devem evitar os adoçantes com sacarina e ciclamato de sódio;

10. Alimentos “light” têm redução de 25% no valor calórico ou em algum princípio nutritivo em relação aos alimentos convencionais;

11. O consumo do sal de cozinha deve ser limitado a 5g/dia (uma colher rasa de chá). É recomendado o uso de temperos naturais em substituição aos condimentos industrializados;

12. A alimentação de diabéticos, especialmente do tipo 2, deve ser fracionada em seis refeições, sendo três principais (café da manhã, almoço e jantar) e três lanches intermediários;

13. Quanto à forma de preparo dos alimentos, dar preferência aos grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo crus;

14. Devem ser respeitadas as preferências individuais e o poder aquisitivo do cliente e da família.

Sugestão: Ofertar durante a consulta folder ilustrativo da CPAN intitulado como Diabetes.

Prevenção da obesidade

A manutenção de um peso "saudável" - cerca de 80% dos clientes recém-diagnosticados como diabéticos são obesos, e as providências para o controle de peso adquirem importância ainda maior. Alguns aspectos merecem destaque:

A perda de peso é recomendada para todos os clientes com sobrepeso ou obesidade. É importante salientar que perdas modestas de peso da ordem de 5 a 10% trazem benefícios metabólicos significantes. Em indivíduos resistentes à insulina, uma redução na ingestão energética e perda moderada de peso melhoram a resistência à insulina e glicemia em curto prazo.

Cuidados com os pés nos portadores de DM e a escolha do calçadoAdequado

O pé diabético configura-se como uma das complicações mais frequentes da Diabetes Mellitus (DM) e suas consequências podem impactar, sobremaneira, a vida da pessoa. O autocuidado com os pés aliado ao exame periódico favorece a identificação precoce de alterações e o tratamento oportuno, se necessário, de modo a prevenir complicações do pé diabético (SBD, 2022).

A implementação de medidas para prevenção ao aparecimento de lesões em membros inferiores de pessoas com diabetes, favorece a atuação antecipada e planejada dos profissionais de saúde. Podemos citar como exemplo dessas medidas a avaliação, higiene e hidratação frequente dos pés (POLICARPO et al., 2014).

São consenso na literatura como comportamentos de autocuidado: a limpeza diária dos pés e secagem adequada, especialmente entre os dedos; a utilização de hidratantes para evitar o ressecamento da pele; o uso de calçados adequados, confortáveis e firmes nos pés; corte de unhas de forma reta; avaliação diária dos pés; verificar temperatura da água do banho e evitar escaldar pés como medidas de prevenção de lesões e complicações do pé diabético

(ANDRADE et al., 2010, PINILLA et al., 2011, CUBAS et al., 2013, OLIVEIRA et al., 2016, CARLESSO; GONÇALVES; MORESCHI JÚNIOR, 2017).

Orientar e estimular a inspeção diária dos pés, com o objetivo da identificação precoce de lesões e alterações despercebidas devido à neuropatia. (SBD, 2022).

Orientar o corte das unhas de forma reta, pois a forma arredondada favorece o surgimento de lesões nos cantos dos dedos, geradas por encravamento ou machucados devido ao uso de objeto cortante (SBD, 2022).

Segundo orientações do Ministério da Saúde (2013) aponta que o calçado ideal para pessoas com diabetes opta pelo conforto e limitação das áreas de pressão, indicando-se o sapato de cano alto, couro macio que admite a transpiração do pé, alargamento da lateral para acomodar as deformidades e caso tenha salto, aconselha-se estilo Anabela.

Os critérios globais mínimos, dentre outros, são: peso menor que 400 g (máximo: 480 g); parte anterior (frente) ampla, com largura e altura suficientes para acomodar os dedos; solado não flexível com redução de impacto e antiderrapante e espessura mínima de 20 mm; ausência de costuras e/ou dobras internas; colarinho almofadado; lingueta prolongada; palmilha removível; abertura e fechamento com calce regulável; numeração de um ponto ou meio ponto e ao menos duas larguras; salto 2 cm; rigidez no médio pé e fixação no calcanhar (SBD, 2015).

É necessária, ainda, a inspeção do calçado internamente antes de calçá-lo, já que qualquer objeto, ainda que pequeno, presente no interior do sapato pode não ser sentido pela pessoa com DM devido a neuropatia e causar lesão devido à perda da sensibilidade (SBD, 2022).

Abordagem educativa de pessoa com DM para prevenção da ocorrência de úlceras nos pés e/ou sua identificação precoce

A) Todas as pessoas com DM e baixo risco de desenvolver úlceras (Categoria 0) – Abordar:

- Cuidados pessoais e orientação para o autoexame do pé;

- Exame diário do pé para identificação de modificações (mudança de cor, edema, dor, parestesias, rachaduras na pele);
- Sapatos (reforçar importância do sapato adequado, que deve se adaptar ao pé, evitar pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas);
- Higiene (lavar e secar cuidadosamente, especialmente nos espaços interdigitais) e hidratação diária dos pés com cremes (especialmente se possui pele seca);
- Cuidados com as unhas e os riscos associados com a remoção de pele e cutículas;
- Cuidado com traumas externos (animais, pregos, pedras nos sapatos etc.);
- Orientar a procurar um profissional de Saúde se perceber alteração de cor, edema ou rachaduras na pele, dor ou perda de sensibilidade.

B) Pessoas com DM e alto risco de desenvolver úlceras nos pés (Categoria 1 ou 2) – Abordar (além dos pontos listados no item A), os seguintes:

- Evitar caminhar descalço;
- Procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele;
- Não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de Saúde;
- Lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes, portanto sempre verificar a temperatura da água em banhos, evitar aquecedores dos pés (bolsa-d'água quente, cobertores elétricos, fogueiras ou lareiras);
- Não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e amaciar os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-lo rotineiramente;
- Usar protetor solar nos pés;
- Recomendações para situações especiais (feriados, passeios longos, ocasiões sociais como casamentos e formaturas) e inclusão na programação de períodos de repouso para os pés.

C) Pessoas com DM e presença de úlceras (Categoria 3) – Abordar (além dos itens A e B), também os seguintes:

- Lembrar que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente;
- A detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam as chances de um bom desfecho;
- Repouso apropriado do pé/perna doente é fundamental no processo de cura;
- Sinais e sintomas que devem ser observados e comunicados aos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado da pessoa: alterações no tamanho da ulceração e cor da pele (vermelhidão) ao redor da úlcera; marcas azuladas tipo hematomas e/ou escurecimento da pele, observar tipo de secreção (purulenta ou úmida onde antes era seca), surgimento de novas úlceras ou bolhas nos pés;
- Se dor (úlcera fica dolorosa ou desconfortável ou pé lateja) retornar à Unidade de Saúde;
- Procurar a Unidade de Saúde imediatamente se perceber mudança no odor dos pés ou da lesão ou se ocorrer edema e/ou sensação de mal-estar (febre, sintomas tipo resfriado, ou sintomas do diabetes mal controlado).

Hipoglicemia: ocorre quando o valor glicêmico é inferior a 60 mg/dl (é necessário lembrar que não existe um consenso sobre o limiar de glicemia que delimita precisamente a hipoglicemia). Portanto, os sintomas descritos devem ser considerados apenas como referências para a sua detecção. Seguem causas:

- Alimentação insuficiente, atraso nos horários ou esquecimento de alguma refeição;
- Excesso de exercício (esporte e trabalhos pesados), ou falta de planejamento para a realização de exercícios;
- Excesso de insulina;
- Vômitos ou diarreia;
- Ingestão de bebidas alcoólicas, principalmente de estômago vazio.

Sinais e Sintomas de Hipoglicemia:

- Leves: tremores, fraqueza, suor intenso, palpitação, palidez, ansiedade e fome;
- Moderados: tontura, diplopia, esquecimento, incapacidade de concentração, dor de cabeça, irritabilidade, choro, rebeldia, fala confusa, perda de coordenação motora;
- Graves: sonolência, convulsão e inconsciência.

Tratamento nas hipoglicemias leves e moderadas glicemia:

- Se glicemia menor que 60 mg/dl ofertar um copo de 150 ml de suco de laranja natural, ou refrigerante comum, ou 1 colher de sopa de geleia comum, ou 1 colher sopa de açúcar em copo de água, ou 3 balas moles;
- Esperar 15 minutos e verificar novamente a glicemia ou a regressão dos sintomas;
- Se a glicemia continuar menor que 60 mg/dl ou persistirem os sintomas, repetir tratamento;
- Após o desaparecimento dos sintomas fazer um pequeno lanche (ex: uma fatia de queijo com 4 biscoitos, ou 1 copo de leite integral e meio sanduíche).
- Orientar a alimentação em quantidades adequadas e em horários regulares, conforme recomendado;
- Orientar monitorização, de 3 a 4 vezes por dia e sempre que sintomas de hipoglicemia estiverem presentes;
- Orientar a ingestão de alimentos habituais antes da realização dos exercícios;
- O consumo de álcool deve ser evitado e, se consumido, deve ser na dose recomendada (1 cálice de vinho ou 1 lata de cerveja, no máximo 2 vezes por semana, para clientes bem controlados) e sempre junto com as refeições;
- Orientar quanto a atenção aos medicamentos prescritos para evitar erro de dosagem;
- Reconhecer e tratar rapidamente os sintomas;

- Orientar ao diabético sobre a importância de carregar consigo alguma forma de identificação do seu diabetes (ex.: cartão de identificação do diabético, cartão de acompanhamento do adulto e da pessoa idosa);
- Certificar-se de que a dose de insulina corresponde à prescrição;
- Orientar a comunidade sobre hipoglicemia.

Hiperglicemia: ocorre quando o valor glicêmico é superior a 200 mg/dl.

Seguem causas da hiperglicemia:

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

Sinais e sintomas de hiperglicemia:

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| • Polidipsia | • Náusea e vômito |
| • Xerostomia | • Respiração rápida e profunda |
| • Poliúria | • Cefaléia |
| • Hálito cetônico | • Visão turva |
| • Dor abdominal | • Fadiga |
| • Rubor facial | • Alteração do humor |
| • Perda de peso | • Sonolência e prostação |

Tratamento: verificar a glicemia capilar e, se maior de 200 mg/dl:

- Realizar orientações de enfermagem: plano alimentar, uso correto da medicação prescrita, atividade física e ingerir pequenas quantidades de água a cada 20 a 30 minutos.
- Encaminhar para atendimento médico.

Prevenção:

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

Tratamento Medicamentoso

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

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

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

Considerar que quanto maior for a meia-vida plasmática dos agentes, maior a possibilidade de indução de hipoglicemia, sendo assim, desmotivar jejum prolongado.

Alguns clientes diabéticos tipo 2 irão necessitar de terapia com insulina.

Quando prescrito pelo médico, é importante a equipe de enfermagem estar treinada para a orientação deste paciente.

Técnica de aplicação de insulina

1. Lave e seque bem as mãos;
2. Separe a seringa de insulina e algodão embebido em álcool;
3. Separe o medicamento e certifique-se de ser mesmo o produto a ser utilizado, observando: nome, tipo, validade, etc;

4. Homogenize a insulina, fazendo movimentos de rotação, sem fazer espuma, de 10 a 20 vezes. Nunca agite o frasco rapidamente.
 5. Apoie o frasco em superfície plana e esfregue bem a tampa de borracha do frasco com algodão embebido em álcool a 70%. Espere secar;
 6. Pegue a seringa, retire o protetor branco do êmbolo, se houver;
 7. Puxe o êmbolo, aspirando ar até a marca da escala que indica a quantidade de insulina que irá injetar (faça isso com a agulha protegida);
 8. Tire o protetor da agulha;
 9. Introduza a agulha na parte de borracha do frasco, e injete a quantidade de ar, pressionando o êmbolo da seringa;
 10. Não retire a agulha e inverta o frasco de insulina, virando-o de boca para baixo.
 11. Puxe o êmbolo lentamente até a marca da escala que indica a quantidade de insulina que irá utilizar;
 12. Se houver bolhas de ar na seringa, elimine-as batendo levemente com o dedo na parte onde elas se encontram. Quando as bolhas atingirem o bico da seringa, empurre o êmbolo para que elas voltem no frasco de insulina. Repita isso até que todas as bolhas desapareçam;
 13. Utilizando agulhas 13 x 4,5 mm, faça a prega cutânea, pressionando entre os dedos polegar e indicador uma camada de pele e gordura de mais ou menos 5 cm;
 14. Limpe o local a ser aplicado com algodão embebido em álcool 70% e espere secar;
 15. Faça a prega cutânea, preferencialmente com os dedos polegar e indicador;
 16. Introduza a agulha em ângulo de 90°, solte a prega (antes de iniciar a aplicação observar se não refluí sangue) e inicie aplicação. Obs.: No caso de refluxo sanguíneo, retirar e preparar a insulina novamente;
- Atenção: em pessoas muito magras ou crianças, a aplicação poderá ser realizada no ângulo de 45° para evitar que atinja o músculo. Aguarde de dez a vinte segundos, ainda com a agulha na pele, para garantir que toda a insulina foi aplicada.



17. Retire a agulha e passe um algodão seco sobre o local;
18. Após aplicação, coloque a seringa ou agulha no coletor de materiais perfurocortantes.

Observações: é importante fazer rodízios dos locais de aplicações para que não ocorra saturação do local com hematomas ou nodulosidades, pois podem alterar a forma como a insulina é absorvida, tornando-se mais difícil manter o controle glicêmico. Para isso:

- Alternar as coxas e os braços esquerdo e direito;
- Dividir cada região em pequenas partes, com distância mínima de 01 cm (um ou dois dedos), formando vários pontos distintos em cada região. Aplicar em um ponto diferente a cada aplicação;
- Aplicar no mesmo ponto somente após 14 dias (tempo necessário para a cicatrização, prevenindo a lipodistrofia).



Técnica de preparo de dois tipos de insulina na mesma seringa

Realizar os seis primeiros passos da orientação anterior, e em seguida:

7. Aspire ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita;
8. Introduza a agulha na parte emborrachada do frasco de insulina NPH, e injete o ar;
9. Retire a agulha do frasco sem aspirar a insulina;
10. Com a seringa vazia, puxe o êmbolo, aspirando o ar até a graduação correspondente à dose de insulina R;
11. Introduza a agulha na parte emborrachada do frasco de insulina R e injete o ar;
12. Com o frasco de insulina R na mão, vire-o de cabeça pra baixo e aspire a insulina R correspondente à dose prescrita;
13. Retorne o frasco de insulina R para a posição inicial e retire a agulha;
14. Posicione de cabeça para baixo o frasco de insulina NPH, e introduza a agulha da seringa que já contém a insulina R;
15. Aspire a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas;
16. Retorne o frasco para a posição vertical, com a parte emborrachada virada para cima e remova a agulha, protegendo-a até o momento da aplicação.



Aplicabilidade / Ação das Insulinas

De acordo com a Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007, do Ministério da Saúde, as insulinas disponibilizadas pelo SUS são:

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

Velocidade de absorção da insulina: dependendo da área do corpo escolhida, a insulina é absorvida em velocidade diferente, por isso, recomenda-se sempre usar a mesma parte do corpo para cada uma das injeções diárias. Por exemplo, se na hora do almoço a dose é aplicada no abdome, o paciente deve usar este mesmo local todos os dias. Se a coxa foi escolhida para receber a insulina à noite, o diabético deve fazer o rodízio sempre nesta mesma área.

A velocidade com que a insulina é absorvida pelo organismo segue a seguinte ordem:

- É mais rápida no abdome;
- Um pouco menos rápida nos braços;
- Um pouco mais lenta nas pernas;
- Mais lenta ainda nas nádegas.

A menos que o médico oriente o contrário, a dose de insulina aplicada no café da manhã e almoço deve ser feita no abdome. Isso porquê a insulina é absorvida mais rápido nesta área e a ação é necessária para cobrir os carboidratos da alimentação e evitar picos glicêmicos. Por outro lado, após o jantar ou antes de se deitar, a dose de insulina de longa duração pode ser aplicada na coxa, nas nádegas ou no braço. Isso porquê a insulina terá sua ação longa, de forma eficaz e gradual, cobrindo as necessidades do diabético ao longo da noite. Se a aplicação for de dois tipos de insulina, a injeção pode ser realizada no abdome, braço, coxa ou nádegas.

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

Recomendações quanto à temperatura: frascos em reserva (fechados) devem ser armazenados em geladeira (entre 2 e 8°C) e nunca congelados, pois se isso ocorrer não têm atividade biológica previsível e seu uso é contraindicado.

O frasco em uso pode ficar fora da geladeira em local fresco por até 30 dias, ou ainda mantidos em refrigerador por 3 meses sem prejuízo da potência da insulina.

Deve-se evitar expor os frascos de insulina à luz do sol, pois o medicamento pode sofrer degradação, e a temperatura acima de 30°C diminui a eficácia da insulina. Por isso, recomenda-se que mantenha sua insulina (frasco ou caneta) na geladeira ou em lugar sabidamente com temperatura abaixo de 30°C.

Recomendações quanto ao transporte: durante o transporte de curta duração (até uma hora), o frasco aberto, ou em reserva, de insulina pode ser mantido em condições não refrigeradas, desde que não exposto ao calor excessivo. Nunca deixar a insulina exposta ao sol.

Durante o transporte de longa duração, frascos de insulina em reserva deverão ser retirados da geladeira e conservados em recipiente de isopor sem gelo, e logo que se chegue ao destino, recolocar a insulina na geladeira. Lembre-se: a insulina pode ficar inativa após contato com o gelo.

Durante viagens, além dos cuidados já citados, mantenha a insulina, assim como todo o material para a aplicação, na bagagem de mão.

Medicamentos passíveis de renovação da prescrição pelo enfermeiro

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses, quer seja através de uma única receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses). Esta estratégia pode ser

particularmente útil caso o enfermeiro queira que o paciente volte para reavaliação (por ele ou qualquer outro profissional) antes de seis meses.

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações contínuas prescritas. Havendo questionamentos quanto à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe (na ausência desse, outro médico da unidade/município deverá ser acionado).

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos hipoglicemiantes contanto que:

- A última receita tenha sido emitida **nos últimos 6 (seis) meses por médico da atenção primária do município** devidamente credenciado no respectivo conselho profissional (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exija avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha histórico (registro no prontuário ou laudo médico) das seguintes condições: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, acidente vascular cerebral prévio, doença arterial periférica, neuropatias, insuficiência renal crônica;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na APS;
- O enfermeiro, durante a consulta de Enfermagem, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa (incluindo exame dos pés), de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de Enfermagem e, caso seja necessário, encaminhe para consulta médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida (consultar a seção de exames de acompanhamento para diabetes e rastreamento, neste mesmo documento);

- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
 - O paciente esteja presente à consulta;
 - O paciente seja maior de 18 anos;
 - O paciente não esteja em insulinoterapia (uso de insulina para controle do DM).

| Medicamento | Apresentação | Posologia | Dose máxima |
|------------------------|--------------|-----------|-------------|
| Metformina, Cloridrato | 850 mg | 1-3x/dia | 2550 mg/dia |
| Glibenclamida | 5 mg | 1-2x/dia | 20 mg/dia |
| Glicazida | 30 mg | 1x/dia | 120 mg/dia |

A prescrição pelo enfermeiro, dos medicamentos acima, segue as alterações realizadas pela REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

Automonitoramento glicêmico: é complementar ao tratamento do diabetes e sua finalidade é direcionar a terapêutica no sentido de obter e manter a glicemia o mais próximo possível da normalidade, em condições especiais ou na rotina diária. O resultado da glicemia permite a compreensão da relação entre a tríade: medicação, alimentação somada à atividade física e, a variabilidade glicêmica.

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

O enfermeiro tem o papel fundamental no AMG atuando como educador e facilitador dos conhecimentos necessários para o autocuidado, assim como os demais membros da equipe multiprofissional, na orientação inicial e reorientações mensais.

As duas abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são:

1. Dosagem da Hemoglobina Glicada (HbA1c);
2. Automonitoramento da glicemia capilar.

Programa de automonitoramento glicêmico do município de Piracicaba

Tem como objetivo cadastrar e atender os municípios de Piracicaba, portadores de Diabetes Mellitus e usuários de insulina, possibilitando o acesso de forma contínua aos insumos (tiras, lancetas e seringas agulhadas para aplicação de insulina), que garantam o automonitoramento glicêmico, através de disponibilização de aparelhos monitores de verificação glicemia capilar.

As necessidades de atendimento e a qualidade de assistência aos portadores de Diabetes Mellitus em Piracicaba tem se caracterizado por ampliação progressiva, planejada e efetiva, revelando a preocupação de todos os envolvidos, além do atendimento também favorecer o acesso dos portadores aos serviços.

Critérios de Inclusão no Protocolo: o usuário deve ser residente no município de Piracicaba e o cadastro realizado na sua Farmácia Municipal de referência, nos períodos pré-determinados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMS).

Documentos necessários: prescrição médica datada, em 2 (duas) vias, contendo os dados do usuário e do prescritor, identificação do serviço de saúde (nome, endereço e telefone), tipo de insulina, posologia e quantidade diária de testes de glicemia capilar, carteira municipal de saúde com número de matrícula do usuário e documento pessoal do usuário. Os usuários que adquiriram glicosímetro e lancetador em outros municípios e agora residem em Piracicaba deverão realizar cadastro nos períodos pré-determinados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMS).

Na data agendada para a entrega do aparelho, o paciente (ou seu responsável) assinará o Termo de Responsabilidade (cessão por comodato do aparelho) em duas vias, sendo que a cópia deve necessariamente ser arquivada no prontuário do paciente.

Todas as orientações de correta utilização, tanto do aparelho, quanto dos insumos, devem ser detalhadas para o usuário em atendimentos individuais e/ou preferencialmente em grupos. Os insumos que possibilitam a continuidade do tratamento serão sempre entregues a partir de agendamento e de acordo com as necessidades de cada portador em sua farmácia de referência.

Para diabéticos que não utilizem insulina, não se recomenda a realização da dosagem de glicemia capilar nas unidades de saúde, uma vez que não existem evidências científicas suficientes de que o automonitoramento glicêmico rotineiro seja o melhor para o controle da glicemia nestes casos.

Registro do atendimento: todo atendimento ao paciente diabético deverá ser devidamente registrado em prontuário eletrônico.

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Nesse novo modelo, todo diabético deverá ter uma solicitação e avaliação de hemoglobina glicada menos uma vez no semestre, além de ao menos uma consulta médica ou de enfermagem.

Para validação deste indicador, é necessário que através dos ambientes Consultório Informatizado ou Sala de Enfermagem Informatizada, requisitar o procedimento hemoglobina glicada em uma consulta médica ou de enfermagem realizada no semestre, identificando o paciente como diabético, o indicador é validado. Sendo assim, é importante que o profissional responsável pelos procedimentos sempre se atente ao registro adequado de produção e dentro da competência do mês.

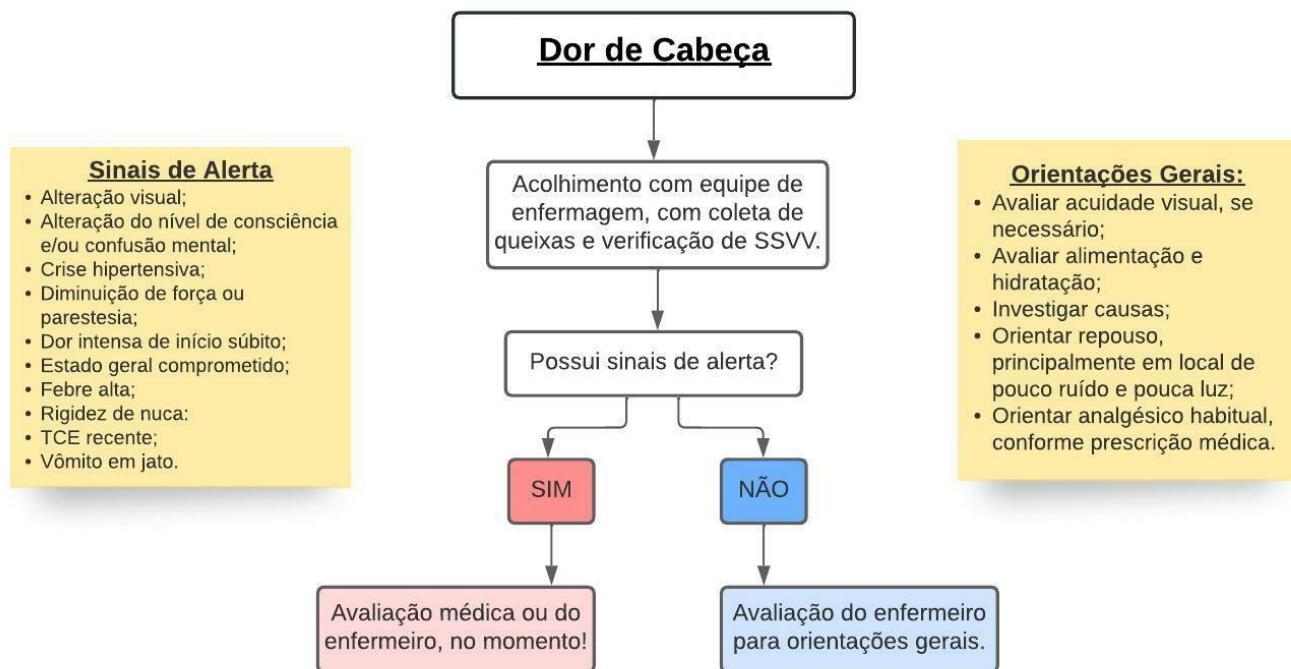
Cabe ao enfermeiro discutir com a equipe multiprofissional, periodicamente, os indicadores da Unidade de Saúde, bem como organizar a demanda local, seja por meio da oferta de grupos educativos e/ou atendimentos individualizados.

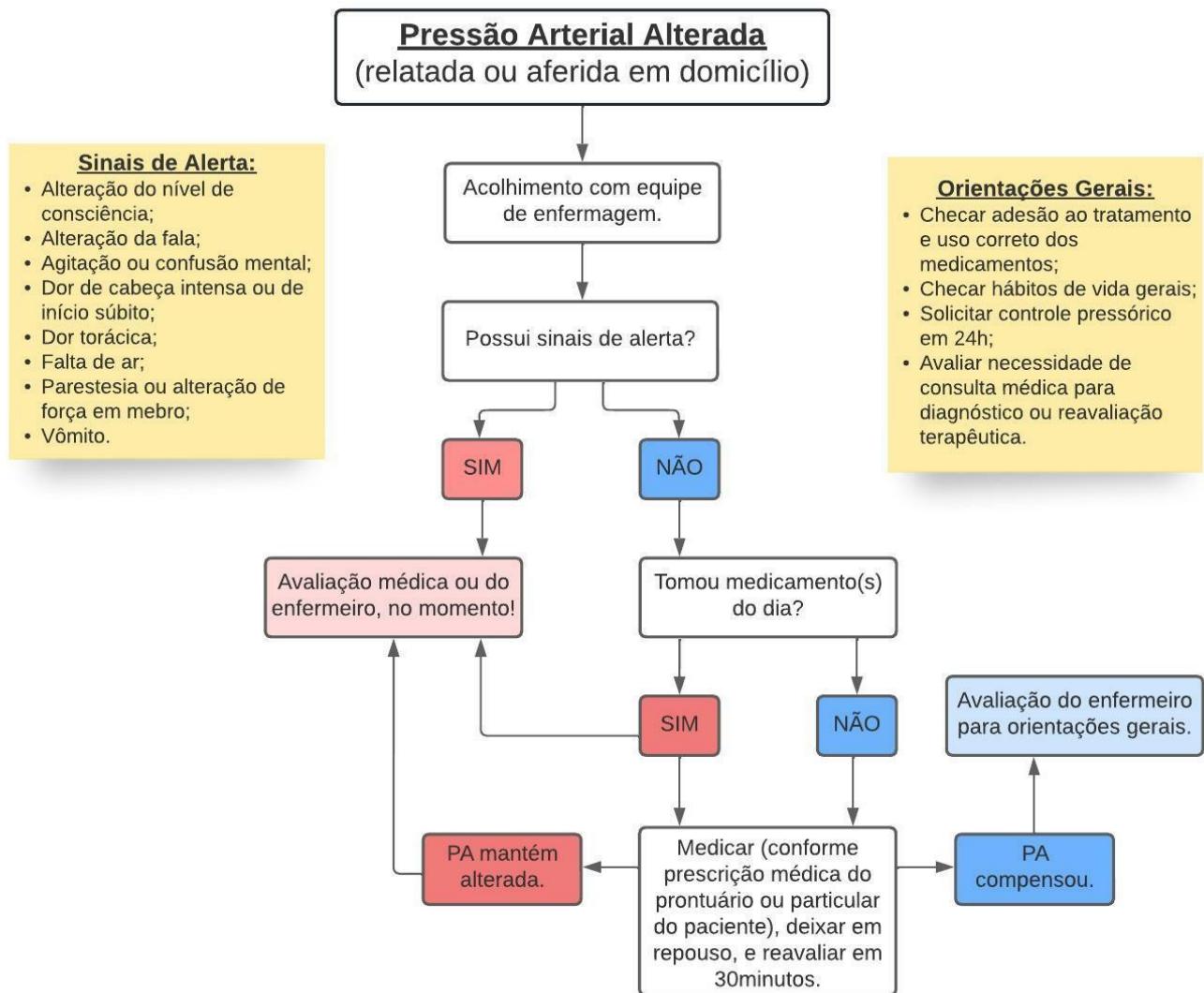
2.3. Casos de Urgência e Emergência na Atenção Básica

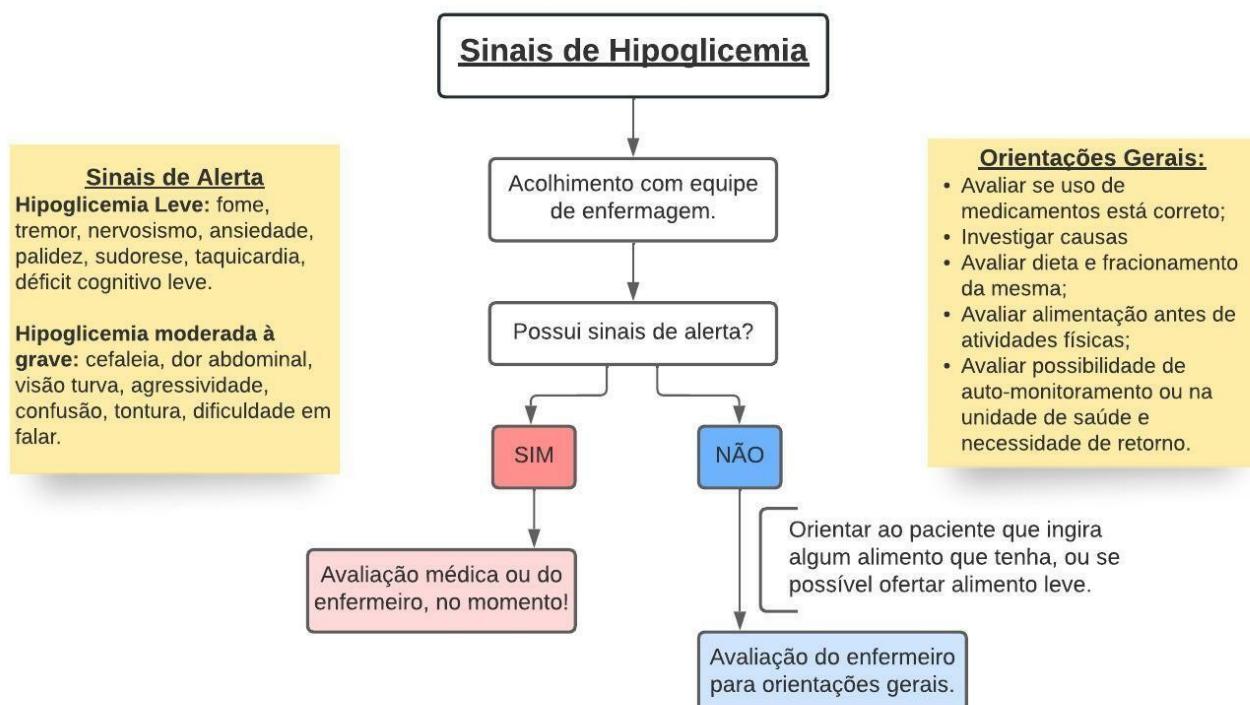
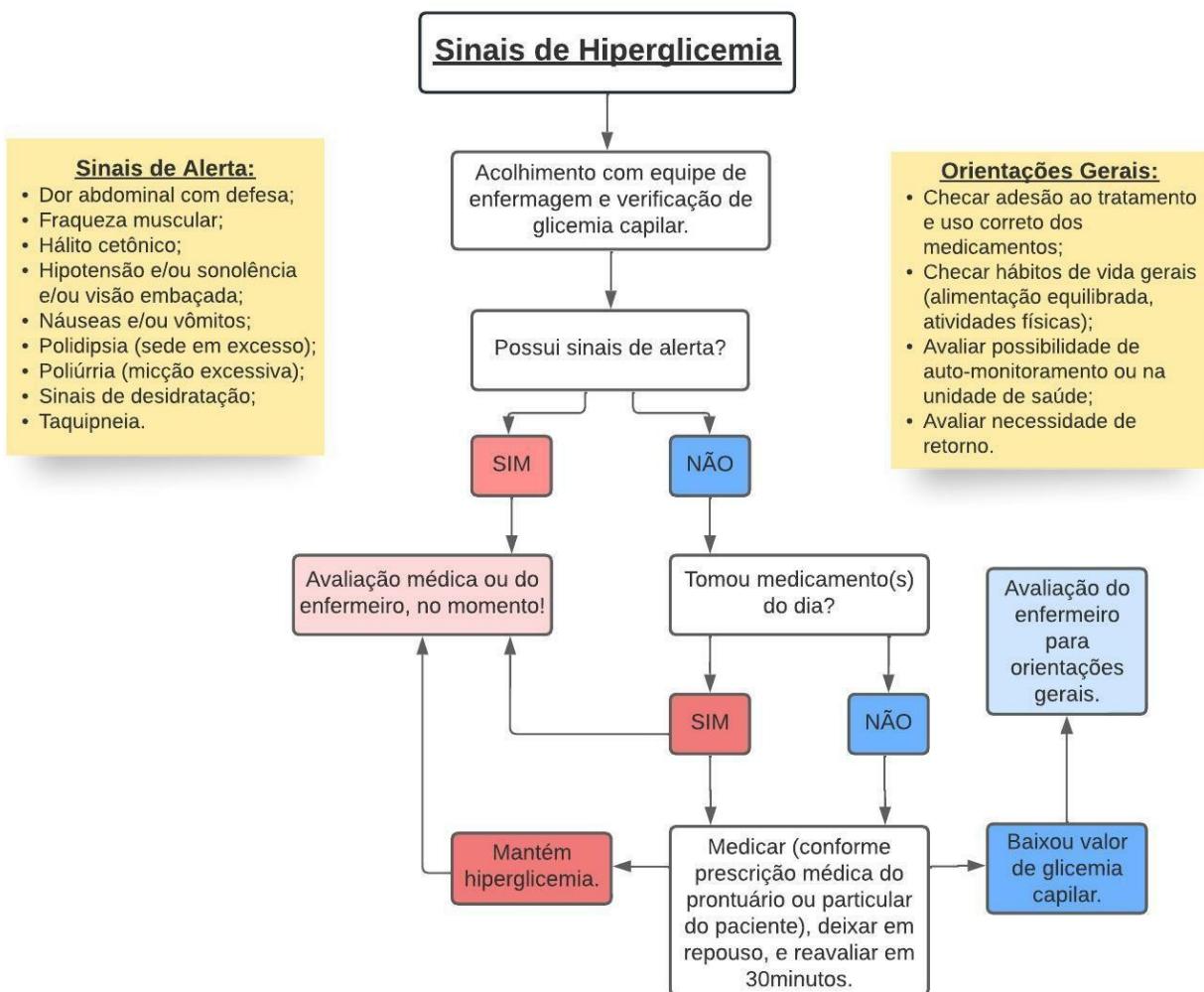
A Resolução nº 1.451/95 define **URGÊNCIA** como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, ao passo que **EMERGÊNCIA** como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Vê-se a partir dos conceitos que nos casos de emergência há risco iminente de interrupção da vida ou sofrimento muito intenso, e isso faz desta condição clínica uma prioridade absoluta, muito embora ambas necessitem de atendimento imediato.

Ao realizar o atendimento a algumas dessas situações acima, o profissional deve acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) através da ligação telefônica ao número 192.

Apresentamos a seguir, os fluxogramas das situações que acontecem mais frequentemente nas unidades de saúde, que sendo conduzidas corretamente, poderão ser estabilizadas no local da ocorrência.







3. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO ADULTO

3. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO ADULTO

As doenças respiratórias, bem como quadros de Síndrome Gripais (SG) podem abranger quadros agudos e crônicos.

3.1. Doenças Respiratórias Crônicas

Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças tanto de vias aéreas superiores como inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente, pois afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidades nos portadores.

Tabagismo, poluição ambiental, alérgenos, agentes ocupacionais e algumas doenças como esquistossomose e doença falciforme podem ser citados como fatores de risco preveníveis para DRC. Além desses, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também são consideradas fatores de risco com impacto significativo sobre essas doenças.

O manejo dos casos leves e moderados de rinite, asma e DPOC deve ser realizado pelas equipes de Atenção Primária, que, por atuarem de forma mais próxima das famílias conseguem melhor adesão ao tratamento, permitindo maior controle dos sintomas, com consequente diminuição do número de internações hospitalares e aumento da qualidade de vida.

3.2. Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Podemos considerar um adulto com síndrome gripal, na ausência de outros diagnósticos, o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e, pelo menos, um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia (BRASIL, 2015).

Síndrome respiratória aguda grave (SARS, do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome*, ou SRAG, em português) é uma doença respiratória viral, inicialmente causa sintomas semelhantes aos da gripe ou síndrome gripal comum, como febre, dores de cabeça, dor de garganta, calafrios, no entanto, na SARS o quadro sintomático da doença evolui rapidamente para uma gravidade muito

maior do que a maioria das outras infecções, principalmente quando comparado a síndrome gripal comum.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), desenvolve a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Brasil, desde a pandemia de Influenza A(H1N2), em 2009. A partir disso, esta vigilância foi implantada na rede de Influenza e outros vírus respiratórios, que anteriormente atuava apenas com a vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG). (BRASIL, 2021)

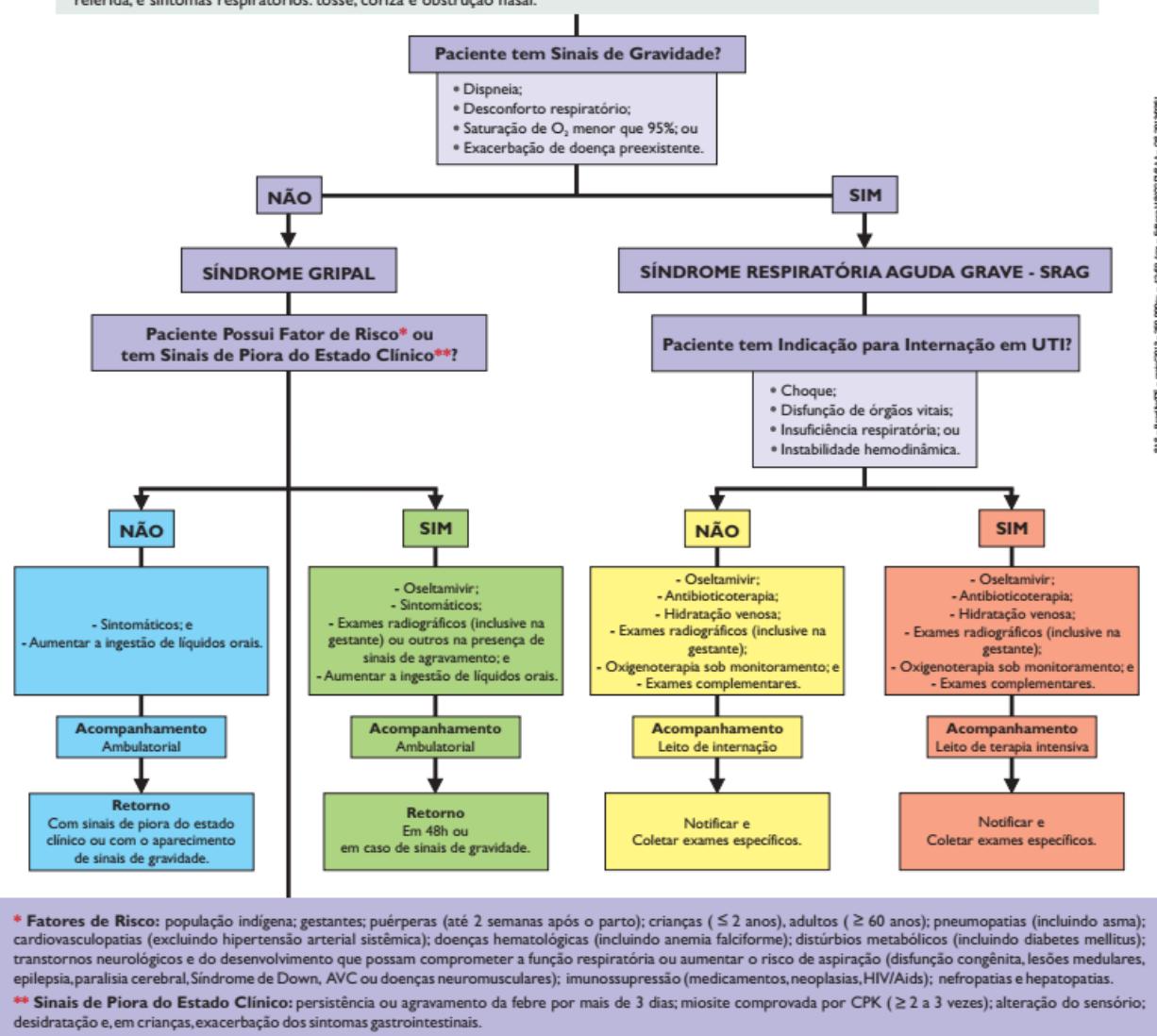
SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



3.3. Gripe (influenza)

A gripe é uma infecção aguda do sistema respiratório, provocado pelo vírus da influenza, com grande potencial de transmissão. O vírus da gripe (Influenza) propaga-se facilmente e é responsável por elevadas taxas de hospitalização. Existem quatro tipos de vírus influenza/gripe: A, B, C e D. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias (BRASIL, 2021).

- **Tipo A:** são encontrados em várias espécies de animais, além dos seres humanos, como suínos, cavalos, mamíferos marinhos e aves. As aves migratórias desempenham importante papel na disseminação natural da doença entre distintos pontos do globo terrestre. Eles são ainda classificados em subtipos de acordo com as combinações de duas proteínas diferentes, a Hemaglutinina (HA ou H) e a Neuraminidase (NA ou N). Dentre os subtipos de vírus influenza A, atualmente os subtipos A(H1N1)pdm09 e A(H3N2) circulam de maneira sazonal e infectam humanos. Alguns vírus influenza A de origem animal também podem infectar humanos causando doença grave, como os vírus A(H5N1), A(H7N9), A(H10N8), A(H3N2v), A(H1N2v) e outros (BRASIL, 2021).
- **Tipo B:** Infectam exclusivamente os seres humanos. Os vírus circulantes B podem ser divididos em 2 principais grupos (as linhagens), denominados linhagens B/Yamagata e B/Victoria. Os vírus da gripe B não são classificados em subtipos.
- **Tipo C:** Infectam humanos e suínos. É detectado com muito menos frequência e geralmente causa infecções leves, apresentando implicações menos significativa a saúde pública, não estando relacionado com epidemias.

Em 2011 um novo tipo de vírus da gripe foi identificado. O vírus influenza D, o qual foi isolado nos Estados Unidos da América (EUA) em suínos e bovinos e não é conhecido por infectar ou causar a doença em humanos (BRASIL, 2021).

Transmissão: A transmissão direta de pessoa a pessoa é mais comum, e ocorre por meio de gotículas expelidas pelo indivíduo infectado com o vírus, ao falar, espirrar ou tossir. Também há evidências de transmissão pelo modo indireto, por meio do contato com as secreções de outros doentes. Nesse caso,

as mãos são o principal veículo, ao propiciarem a introdução de partículas virais diretamente nas mucosas oral, nasal e ocular. A eficiência da transmissão por essas vias depende da carga viral, contaminantes por fatores ambientais, como umidade e temperatura, e do tempo transcorrido entre a contaminação e o contato com a superfície contaminada.

Período de incubação: Em geral, de um a quatro dias.

Período de transmissibilidade e sintomas no adulto: podem transmitir o vírus entre 24 e 48 horas antes do início de sintomas, porém em quantidades mais baixas do que durante o período sintomático. Nesse período, o pico da excreção viral ocorre, principalmente entre as primeiras 24 até 72 horas do início da doença. Indivíduos que apresentem sintomas de gripe devem evitar sair de casa em período de transmissão da doença (podendo ser por um período de até 7 dias após o início dos sintomas). Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre sem a utilização de medicamento antitérmico (BRASIL, 2021).

Os principais sintomas da gripe são:

- Febre;
- Dor de garganta;
- Tosse;
- Dor no corpo;
- Dor de cabeça.

Os demais sinais e sintomas da gripe (influenza) são habitualmente de aparecimento súbito, como:

- Calafrios;
- Mal-estar;
- Cefaleia;
- Mialgia;
- Dor nas juntas;
- Prostração;
- Secreção nasal excessiva.

Podem ainda estar presentes na gripe (influenza) os seguintes sinais e sintomas:

- Diarreia;
- Vômito;
- Fadiga;
- Rouquidão;
- Olhos avermelhados e lacrimejantes.

Principais diferenças de sinais e sintomas para gripe e resfriado:



Tratamento: de acordo com o Protocolo de Tratamento de Influenza 2017, do Ministério da Saúde, o uso do antiviral Fosfato de Oseltamivir está indicado para todos os casos de SRAG e de SG com condições ou fatores de risco para complicações. O início do tratamento deve ocorrer preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas (BRASIL, 2021).

Condições e fatores de risco para complicações, com indicação de tratamento:

- Grávidas em qualquer idade gestacional;
- Puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Adultos ≥ 60 anos;
- Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é para menores de 2 anos, especialmente os menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade);
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- Pneumopatias (incluindo asma);
- Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
- Nefropatias;

- Hepatopatias;
- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);
- Transtornos neurológicos que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, atraso de desenvolvimento, AVC ou doenças neuromusculares);
 - Imunossupressão (incluindo medicamentosa ou pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV);
 - Obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC \geq 40 em adultos);
 - Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye).

Prevenção: a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção contra a gripe e suas complicações. A vacina é segura e é considerada uma das medidas mais eficazes para evitar casos graves e óbitos por gripe. A constante mudança dos vírus influenza requer um monitoramento global e frequente reformulação da vacina contra a gripe. Devido a essa mudança dos vírus, é necessário a vacinação anual contra a gripe. Por isso, todo o ano, o Ministério da Saúde realiza a Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe. Este imunobiológico oferecido no SUS protege contra os três subtipos do vírus da gripe que mais circularam no último ano no Hemisfério Sul. Além da vacinação orienta-se a adoção de outras medidas gerais de prevenção para toda a população. Medidas estas, comprovadamente eficazes na redução do risco de adquirir ou transmitir doenças respiratórias, especialmente as de grande infectividade, como vírus da gripe (BRASIL, 2021).

3.4. Coronavírus (COVID-19)

Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas nos núcleos de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de

2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus a infectar seres humanos.

Transmissão

De acordo com as evidências atuais, a transmissibilidade do SARS-CoV-2 ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminados. A transmissão por meio de gotículas ocorre quando uma pessoa permanece em contato (a menos de 1 metro de distância) com uma pessoa infectada quando ela tosse, espirra ou mantém contato direto como, por exemplo, aperto de mãos, seguido do toque nos olhos, nariz ou boca.

Alguns procedimentos médicos em vias aéreas podem produzir gotículas muito pequenas (aerossóis) que são capazes de permanecer suspensas no ar por períodos mais longos. Quando tais procedimentos são realizados em pessoas com COVID-19 em unidades de saúde, esses aerossóis podem conter o vírus. Esses aerossóis contendo vírus podem ser inalados por outras pessoas que não estejam utilizando Equipamentos de Proteção apropriado. O período de incubação é estimado entre 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias.

O conhecimento sobre a transmissão da COVID-19 está sendo atualizado continuamente. A transmissão da doença pode ocorrer diretamente, pelo contato com pessoas infectadas, ou indiretamente, pelo contato com superfícies ou objetos utilizados pela pessoa infectada. Evidências atuais sugerem que a maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras, quando os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) não são utilizados adequadamente. Também já é conhecido que alguns pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 1 a 3 dias antes do início dos sintomas, e existe a possibilidade de transmissão por pessoas que estão infectadas e eliminando vírus, mas que ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática).

Há alguma evidência de que a disseminação a partir de portadores assintomáticos é possível, embora se pense que a transmissão seja maior quando as pessoas são sintomáticas. Segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS), indivíduos assintomáticos têm muito menos probabilidade de transmitir o vírus do que aqueles que desenvolvem sintomas.

Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.

Para indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 20 dias do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-qPCR negativo, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica

Sintomas e manifestações clínicas: pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do paciente. A seguir, quadro com diferenciação mais comuns dos sintomas da COVID-19, do resfriado e da gripe:

| SINTOMAS | CORONAVÍRUS OS SINTOMAS VÃO DE LEVES A SEVEROS | RESFRIADO INÍCIO GRADUAL DOS SINTOMAS | GRIPE INÍCIO REPENTINO DOS SINTOMAS |
|---|---|--|--|
|  FEBRE | COMUM | RARO | COMUM |
|  CANSAÇO | ÀS VEZES | ÀS VEZES | COMUM |
|  TOSSE | COMUM (GERALMENTE SECA) | LEVE | COMUM (GERALMENTE SECA) |
|  ESPIRROS | RARO | COMUM | RARO |
|  DORES NO CORPO E MAL-ESTAR | ÀS VEZES | COMUM | COMUM |
|  CORIZA OU NARIZ ENTUPIDO | RARO | COMUM | ÀS VEZES |
|  GORILA | ÀS VEZES | COMUM | ÀS VEZES |
|  DIARREIA | RARO | RARO | ÀS VEZES EM CRIANÇAS |
|  DOR DE CABEÇA | ÀS VEZES | RARO | COMUM |
|  FALTA DE AR | ÀS VEZES | RARO | RARO |

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Fatores de risco

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolvam sintomas leves ou moderados, aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio, e cerca de 5% podem apresentar a forma grave com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda.

Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da COVID-19:

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- Hipertensão arterial;
- Pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodepressão e imunossupressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes melito, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia);
- Gestação.

Diagnóstico

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal. O diagnóstico pode ser feito por investigação clínico-epidemiológica, anamnese e exame físico adequado ao paciente, caso este apresente sinais e sintomas característicos da COVID-19. Deve-se considerar o histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com

pessoas já confirmadas para COVID-19. Também se deve suspeitar de casos clínicos típicos sem vínculo epidemiológico claramente identificável. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular (RT-PCR), como pelos testes imunológicos (sorologia), mais comumente usados, incluindo ELISA, Imunofluorescência direta e indireta, Quimioluminescência e Imunocromatográficos (testes rápidos).

O fluxograma de testagem de COVID-19 na Atenção Primária em Saúde de Piracicaba é atualizado de acordo com a situação epidemiológica do Coronavírus, números de casos do município e necessidade de testagem atuais, divulgado pelo Departamento de Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde a todos os profissionais do município.

Atendimento e tratamento

O atendimento adequado dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 depende do reconhecimento precoce de sinais e sintomas da doença e monitoramento contínuo dos pacientes. Considerando as características gerais da infecção, manifestações clínicas e possíveis complicações e com o objetivo de orientar a conduta terapêutica adequada a cada caso, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o documento “Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19”, bem como o município também elaborou Fluxograma de Atendimento e de Testagem para COVID-19.

Estas orientações estão sujeitas a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico da COVID-19, portanto atentar-se sempre aos documentos atualizados e vigentes que o Departamento de Atenção Básica utiliza.

4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV E HEPATITES VIRais

4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HIV E HEPATITES VIRAIS

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

Os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de IST, HIV/Aids, Hepatites Virais ao atendimento especializado, que em Piracicaba é o Centro de Doenças Infecto-Contagiosas (CEDIC).

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

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

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

4.1. Ações da Atenção Básica

- Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção das doenças;
- Aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência;
- Diagnóstico precoce das IST, infecção pelo HIV, Hepatites através de testes rápidos e sorologias convencionais;
- Tratamento adequado da grande maioria das IST, HIV e Hepatites;
- Encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto;
- Prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV.
- Manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.

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

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

Prevenção: o que é sexo seguro?

Muitas vezes associamos o termo “sexo seguro” ao uso exclusivo de preservativos. Contudo, por mais que o uso de preservativos seja fundamental, e uma estratégia que deve ser sempre estimulada, ela possui limitações e outras medidas de prevenção também são importantes e complementares para uma prática sexual mais segura. Nesse sentido é fundamental ampliar o olhar para um cenário mais completo e efetivo de prevenção como o apresentado abaixo:

- Usar preservativo;
- Imunizar HBV e HPV;
- Conhecer o status sorológico para HIV da parceria sexual;
- Testar regularmente para HIV e outras ISTs;

- Realização de exame cérvico-vaginal preventivo (Papanicolau), de acordo com rotinas vigentes;
- Conhecimento e acesso à anticoncepção;
- Tratar pessoa que convive com HIV, como prevenção de transmissão aos parceiros;
- Profilaxia Pré-exposição (PREP);
- Profilaxia Pós-exposição – para casos de falha nos métodos anteriores.

Oferta de preservativos

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outras ISTs, e contraceptivo.

A oferta e a promoção do preservativo feminino deverão ser incluídas na conversa com a/o paciente, pois é mais uma possibilidade de prevenção. O preservativo feminino é um insumo de prevenção sob o controle da mulher, pois é um método iniciado e usado em seu corpo, permitindo maior autonomia em relação aos seus corpos e as suas práticas preventivas, em especial, quando se têm dificuldade de negociar o uso.

Aconselhamento

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

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

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

4.2. Fluxogramas para Testes Rápidos (TR)

A Atenção Básica de Piracicaba utiliza os Manuais Técnicos para Diagnóstico do Ministério da Saúde (2018), do HIV e das Hepatites Virais, como norteadores para a realização de testes rápidos para triagem e diagnóstico destas doenças. Os manuais técnicos, possuem vários fluxogramas de testagens, constando também a interpretação dos mesmos e seus desdobramentos. Sendo de leitura obrigatória, disponibilizamos os links a seguir para consulta dos mesmos:

- Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>
- Manual Técnico para o Diagnóstico do HIV: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>

4.3. Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer órgãos e sistemas do corpo. É uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*. É transmitida principalmente por contato sexual, contudo pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou não tratada adequadamente (BRASIL, 2017).

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e quando apresentam sintomas esses podem não ser percebidos ou valorizados, podendo, sem saber, transmiti-la as suas parcerias sexuais. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (CDC, 2015; PEELING, 2017).

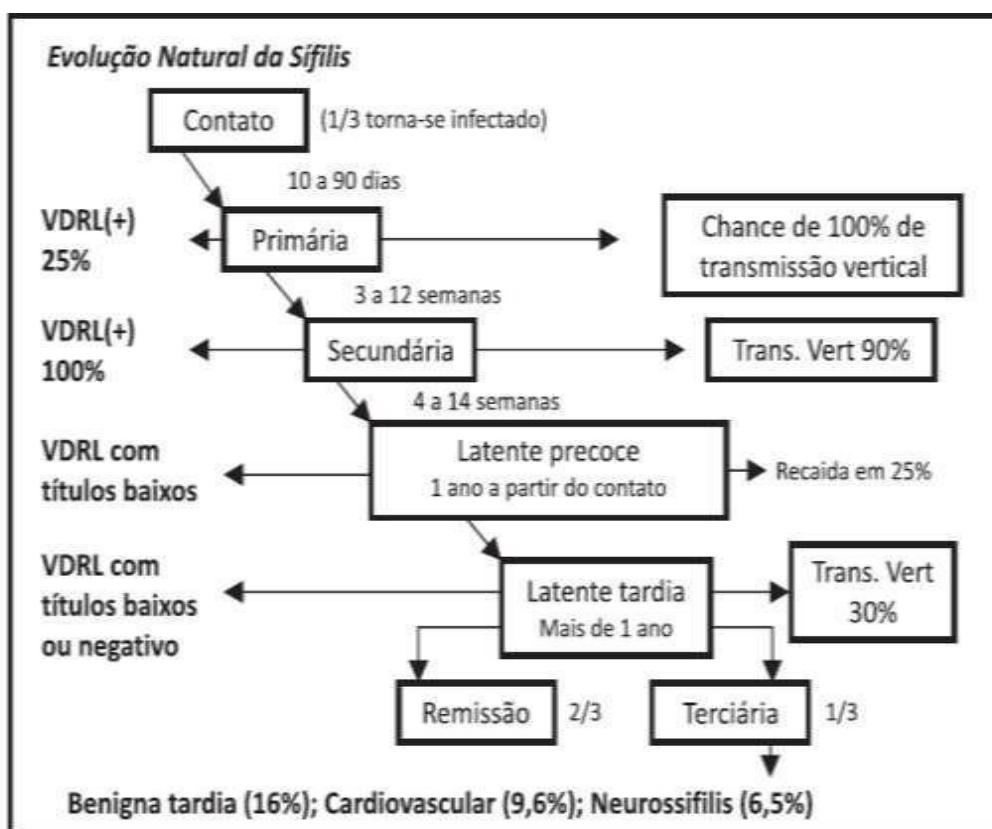
Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas como: abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN).

Classificação clínica e diagnóstico

Toda erupção cutânea sem causa determinada deve incluir o oferecimento de provas sorológicas para sífilis

A infecção pela sífilis é dividida em estágios com base nos achados clínicos e que orientam o tratamento e monitoramento (WHO 2016):

Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção evolução e estágios da doença.



Fonte: Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita¹

Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção evolução e estágios da doença.

| | Sífilis primária | Sífilis secundária | Sífilis terciária |
|---------------------------------|---|--|---|
| Tipo da lesão | Ulceração ou erosão acompanhada, entre uma e duas semanas, de adenopatia regional não supurativa e indolor. | Lesões cutâneo-mucosas em geral acompanhadas de micropoliadenopatias em 70% a 90% dos casos. Sintomas gerais, como febre, dores articulares e mal-estar geral em 50% a 80% ¹ . | Na dependência dos órgãos envolvidos. Pode ocorrer sífilis cutânea benigna e visceral. |
| Localização | 90% a 95% ocorrem na região genital, na mulher geralmente aparece nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uteri-no. Podem passar despercebidas ¹ . | Pode comprometer difusamente a pele e mucosas, e, frequentemente, as regiões palmo-plantares, os genitais, áreas de dobras ou de atrito e/ou em couro cabeludo, boca e sobran-celhas ¹ . | Pode acometer pele e mucosas, olhos, e órgãos internos, como o sistema nervoso central, ossos, coração e os grandes vasos ¹ . |
| Características da lesão | Geralmente única com bordos endurecidos e de fundo liso com secreção serosa, não dolorosa (cancro duro) acompanhada de linfadenite regional também não dolorosa, pode ocorrer mais de uma lesão ¹ . | Exantema maculopapular (roséola sífilítica), pápulas eritemato-descamativas (sifílides papulosas), pápulas erodidas, hipertróficas, condilomas planos perianais, placas mucosas e alopecia em clareiras. | Nódulos, tubérculos ou gomas (cutâneo-mucosas), tabes dorsal, demência (Neurológicas), aneurisma aórtico (aneurisma aórtica) e artropatia de Charcot (articulares). |
| Evolução | A cicatrização da ulceração/erosão ocorre com ou sem tratamento, em 3 a 8 semanas ¹ . | Regressão espontânea das lesões secundárias, que ocorre de 4 a 12 semanas após o seu início ¹ . | Os sinais e sintomas podem surgir em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, da infecção inicial. |

Fonte: Adaptado do Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita, 2012¹ e Guia de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Diagnóstico

O diagnóstico da infecção pela sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento adequado.

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Para estabelecer o diagnóstico, são necessários pelo menos dois testes imunológicos (teste treponêmico + teste não treponêmico). Considerando a epidemia de sífilis e a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se iniciar a investigação com um teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs etc.). Essa combinação de testes sequenciais tem por objetivo aumentar o valor preditivo positivo (VPP) de um resultado reagente no teste inicial.

O fluxograma em série é lógico e custo-efetivo e é apresentado no município de Piracicaba, segundo Manual de Saúde da Mulher (2019).

Os testes rápidos são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de ser realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato.

Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada para sífilis durante a gestação. Não há evidências de resistência à penicilina pelo *T. pallidum* no Brasil e no mundo.

Outras opções para pessoas não grávidas, como doxiciclina e ceftriaxona devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso para garantir resposta clínica e cura sorológica. Encaminhar para consulta médica quando a benzilpenicilina benzatina não for indicada.

Devido ao cenário epidemiológico atual, o DIAHV (Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais) recomenda tratamento imediato, com Benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste positivo para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações:

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço).

No município de Piracicaba, a Secretaria Municipal de Saúde, bem como em outros municípios e instituições de saúde, e em conformidade com o COFEN, implementa protocolo permitindo ao enfermeiro a prescrição da benzilpenicilina benzatina, como estratégia no combate à transmissão da sífilis e sífilis congênita, facilitando acesso ao tratamento precoce dessas comorbidades e colaborando com a diminuição de abortos, óbitos fetais e mal-formações.

Benzilpenicilina Benzatina

Como medida de garantia de acesso, a benzilpenicilina benzatina passou a ser componente estratégico na Rename 2017, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde. A compra e distribuição tem como base de cálculo os casos notificados de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes.

A benzilpenicilina benzatina dever ser administrada exclusivamente por via IM. A região ventro glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, tecido subcutâneo de menor espessura, poucos efeitos adversos e dor local (Parecer nº09/2016/CTAS/COFEN, ou os que sobrevierem). Outros locais alternativos para aplicação são a região vasto lateral da coxa e dorso glúteo.

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nesses locais recomendados contraindicam a aplicação IM da medicação. Nesses casos, optar pela medicação alternativa conforme o quadro 13.

Esquemas terapêuticos para sífilis e monitoramento na Atenção Básica

A tabela abaixo, traz um resumo dos esquemas terapêuticos em adultos, não gestantes ou não nutrizes, em parceiros sexuais e controle de cura, segundo o Guia para Manejo de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita (BRASIL, 2016).

O intervalo entre doses não deve ultrapassar 07 dias. Caso isso ocorra o esquema deve ser reinicado (WHO, 2016).

Quadro: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrizes, em parceiros sexuais e controle de cura

| Fase Clínica | Esquema Terapêutico | Intervalo entre as séries | Controle de cura (sorologia) |
|--|--|---------------------------|---|
| Sífilis primária | *1 série: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo). Dose total: 2.400.000 UI | Dose única | Exame Sorológico não-treponêmico trimestral |
| Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução | *1 série: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo). Dose total: 2.400.000 UI | Dose única | Exame Sorológico não-treponêmico trimestral |
| Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada | *3 séries: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo), por 3 semanas. Dose total: 7.200.000 UI | Uma semana | Exame Sorológico não-treponêmico trimestral |

Nota: Se houver história de alergia à Penicilina G Benzatina, encaminhar para consulta médica.

Fonte: Elaborado e adaptado a partir de São Paulo, 2016.

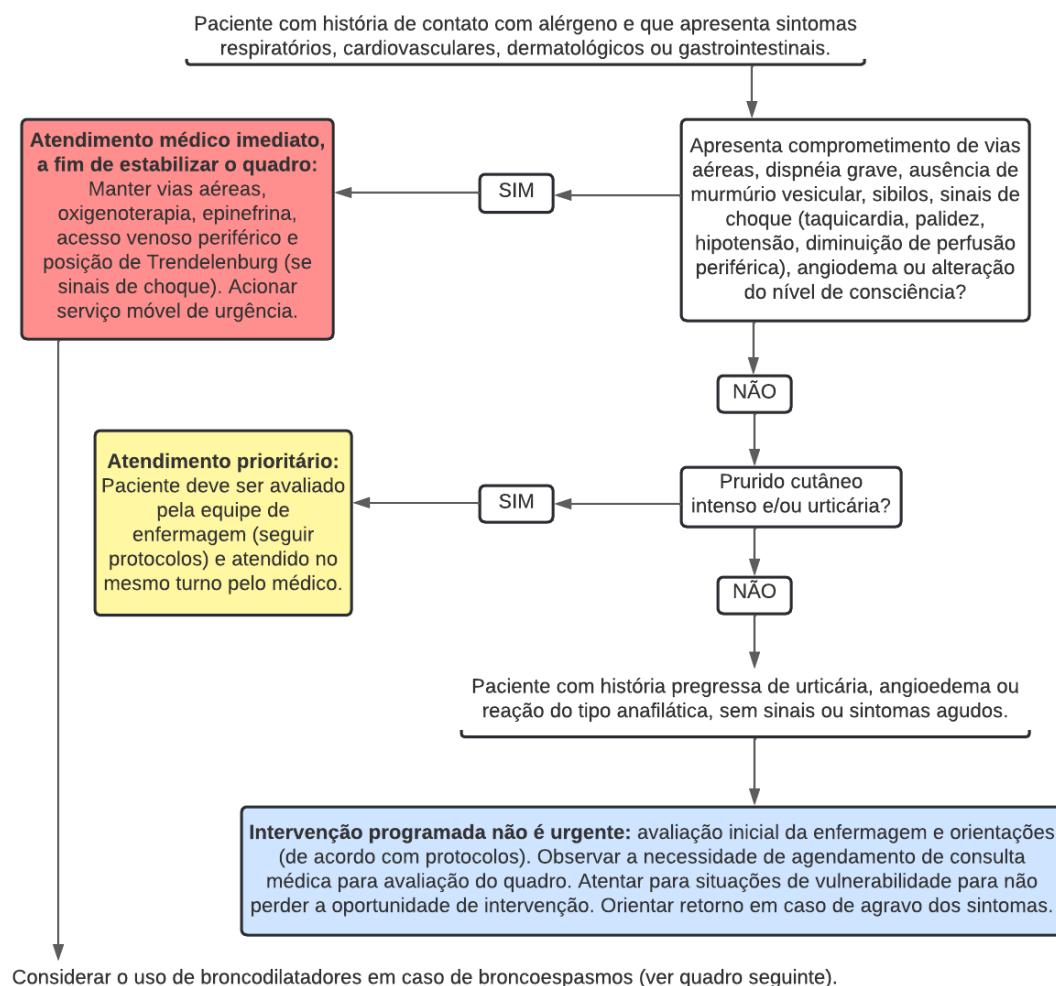
A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica segundo a nota técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017 o sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, deixa claro os seguintes pontos:

- A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das unidades básicas de saúde mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- Os enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Benzatina por profissionais de enfermagem.

Segundo o Caderno de Atenção Básica número 28 (Acolhimento a Demanda Espontânea, Volume II – Queixas mais comuns na Atenção Básica), apresentamos abaixo um fluxograma a ser seguido em casos raros de reação anafilática:

Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção Básica / Departamento de Atenção Básica, 2011

Fluxograma de Atendimento por classificação de risco / vulnerabilidade aos casos de reação anafilática.



Considerar o uso de broncodilatadores em caso de broncoespasmos (ver quadro seguinte).

| Droga | Dose Criança | Dose Adulto |
|--|--|--|
| Epinefrina 1:1000 (1mg/ml) | 0,01mg/kg/dia IM | 0,3ml-0,5ml IM ou SC até 3 doses a cada 15 minutos |
| Prometazina injetável 25mg/ml (pode ser reptida em 2 horas, se necessário) | Não deve ser usado em menores de 2 anos; 5 a 10 anos: 6,25mg a 12,5 mg IM; Dose máxima: 0,5mg/kg/dose. | 25mg IM |
| Loratadina (10mg/cp ou xarope com 1mg/ml) | Não deve ser usado em menores de 2 anos; 2 a 6 anos: 5mg; Maiores de 6 anos: 10mg/dia. | 10mg/dia |
| Prednisona 5mg/cp e 20mg/cp | 0,1mg a 2mg/dia VO | 0,5mg/kg (máximo de 60mg/dia) VO |

Critérios de retratamento: reativação ou reinfecção!

Muitas vezes, é difícil diferenciar entre uma reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (re-exposição), histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex. de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

OU

- Aumento da titulação em duas diluições (ex. de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16);

OU

- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Parceria sexual

Um terço dos parceiros sexuais de pessoas com sífilis desenvolverão sífilis dentro de, em média, 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais, independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas, na dose de benzilpenicilina benzatina de 2,4 milhões UI IM.

Todos os parceiros devem ser testados e o tratamento das parcerias sexuais com teste de sífilis reagente deve seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico identificado. A avaliação e tratamento da parceria sexual é crucial para interromper a cadeia de transmissão.

5. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

5. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

5.1. Arboviroses

Dengue, Febre do Chikungunya e o Zika Vírus, são doenças causadas pelos mosquitos do gênero *Aedes*, sendo chamadas de arboviroses. Todas as unidades básicas de saúde (UBS) devem prestar o primeiro atendimento aos casos suspeitos de dengue, zika e chikungunya dentro de seu território de abrangência, e encaminhar aqueles que necessitarem de procedimentos hospitalar e/ou monitoramento laboratorial para as unidades de referência.

5.1.1. Dengue

A dengue tem se constituído em um dos principais problemas de saúde pública no mundo. É a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas. A doença é causada por um arbovírus, com quatro sorotipos conhecidos: DEN 1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4, sendo transmitidos através da picada do mosquito *Aedes aegypti*, o principal vetor.

As condições climáticas do município de Piracicaba, com temperaturas elevadas e chuvas abundantes entre os meses de novembro a março, favorecem a reprodução do vetor e a manutenção da transmissão da doença. No município, já foi constatada a circulação dos quatro sorotipos da doença.

A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar um amplo espectro clínico, variando de casos assintomáticos a graves.

Casos suspeito de dengue

Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *A. aegypti* que apresente febre, usualmente por 2 a 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações:

- Náuseas e/ou vômitos;
- Exantema;
- Mialgias;
- Cefaleia;
- Dor retroorbital;

- Petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

Cabe também ao enfermeiro a notificação e investigação de todos os casos suspeitos, sendo que para casos graves e/ou óbitos essa ação deve ser feita imediatamente, em até 24 horas, ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, estadual e federal. (BRASIL, 2016b).

Caso Suspeito de Dengue com Sinais de Alarme

É todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre, apresente um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua ou sensibilidade;
- Vômitos persistentes;
- Acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Hipotensão postural e/ou lipotímia;
- Hepatomegalia maior do que 2cm abaixo do rebordo costal;
- Letargia/irritabilidade;
- Sangramento de mucosa;
- Aumento progressivo do hematócrito.

Caso Suspeito de Dengue Grave:

É todo pessoa que apresente uma ou mais das condições abaixo:

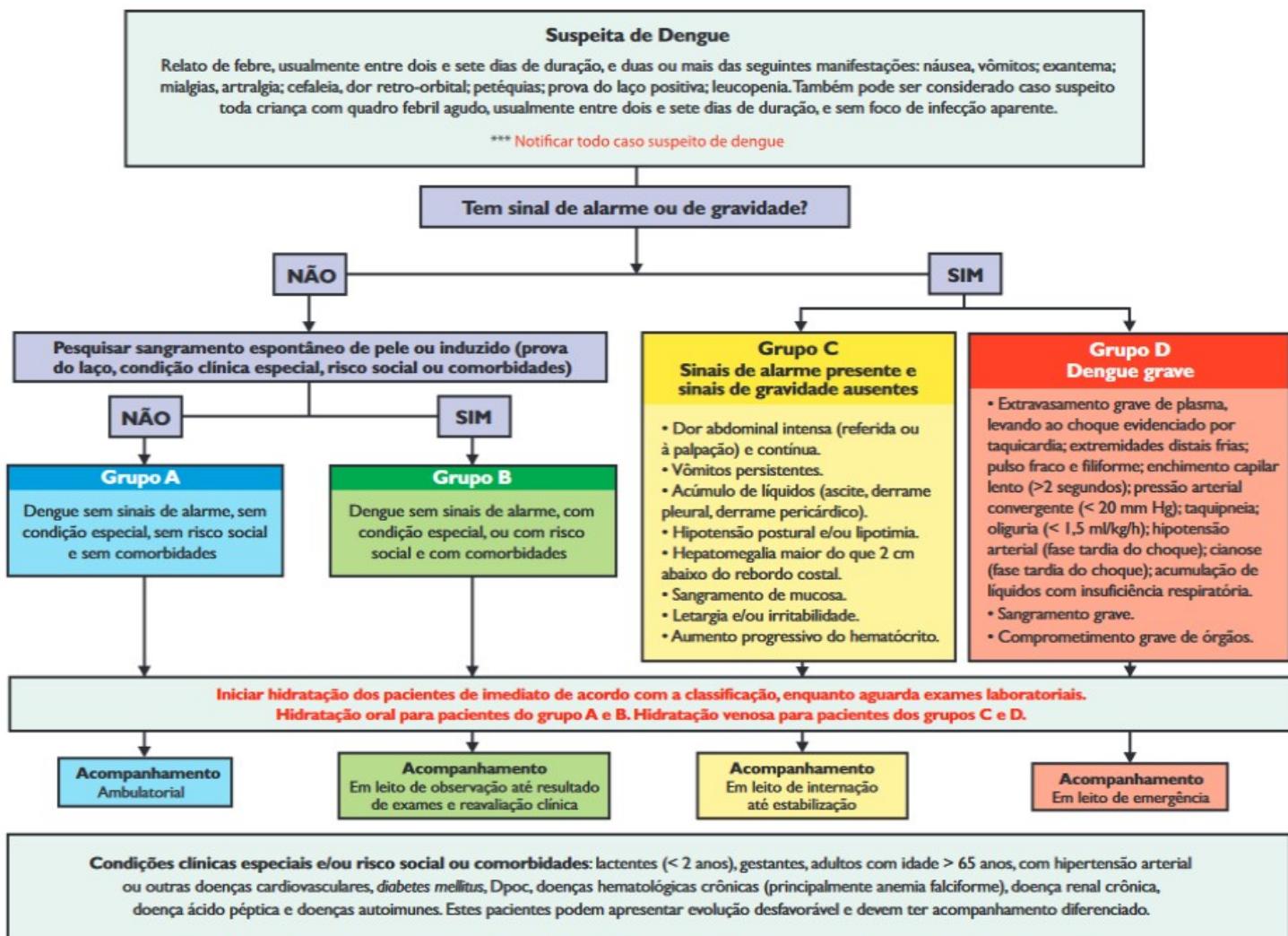
- Choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma;
- Taquicardia, pulso débil ou indetectável, choque evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar >2 segundos, e pressão diferencial convergente <20mmhg, indicando hipotensão em fase tardia;
- Sangramento grave segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central);

- Comprometimento grave de órgãos como: dano hepático importante (AST / ALT > 1.000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou de outros órgãos.

A dengue apresenta três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação conforme descrito em tabela abaixo:

| Fase Febril | Fase Crítica: | Fase de recuperação: |
|--|---|--|
| Inicio com febre, geralmente 38°C, de início abrupto, duração de 2 a 7 dias, associada a cefaleia, astenia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem se fazer presentes. Lesão exantemática, presente em grande parte dos casos, é predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, reg. plantar e palmar a primeira manifestação é a febre, geralmente acima de 38°C, de início abrupto e com duração de 2 a 7 dias, associada a cefaleia, astenia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem se fazer presentes. Lesão exantemática, presente em grande parte dos casos, é predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, com ou sem prurido. | Dengue com sinais de Alarme e Dengue Grave: Tem início com o declínio da febre (defervescência), entre o 3º e o 7º dia do início da doença Os sinais do alarme, quando presentes, ocorrem nessa fase. A maioria deles é resultante do aumento da permeabilidade capilar. Marca o início da piora clínica do paciente e sua possível evolução para o choque, por extravasamento plasmático. Sem a identificação e o correto manejo nessa fase, alguns pacientes podem evoluir para as formas graves. | Ocorre após as 24-48 horas da fase crítica. Observa-se melhora do estado geral do paciente, retorno progressivo do apetite, redução de sintomas gastrointestinais, estabilização do estado hemodinâmico e melhora do débito urinário. Podem apresentar um exantema, acompanhado ou não de prurido generalizado. Bradicardia e mudanças no eletrocardiograma são comuns durante esse estágio. |
| | Sinais de Alarme: dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; • vômitos persistentes; • acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); • hipotensão postural e/ou hipotímia; • letargia e/ou irritabilidade; • hepatomegalia maior do que 2cm abaixo do rebordo costal; • sangramento de mucosa, e • aumento progressivo do hematócrito | |
| | Dengue Grave: são caracterizados por sangramento grave, disfunção grave de órgãos ou extravasamento grave de plasma. Pulso rápido e fraco; • hipotensão arterial; • pressão artcial (PA) convergente (diferença entre PAS e PAD ≤20mmHg em crianças - em adultos, o mesmo valor indica choque mais grave); • extremidades frias; • enchimento capilar lento; • pele úmida e pegajosa; • oligúria; • manifestações neurológicas, como agitação, convulsões e irritabilidade | |

Classificação de Risco Dengue



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Azul: Grupo A - atendimento de acordo com o horário de chegada

Verde: Grupo B - prioridade não urgente

Amarelo: Grupo C - urgência, atendimento o mais rápido possível

Vermelho: Grupo D - emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Atuação da equipe da Atenção Básica nos casos suspeitos e confirmados de dengue

Atuação do enfermeiro

Anamnese

- Presença de febre, referida ou medida, incluindo o dia anterior à consulta;
- Data de início da febre e de outros sintomas;
- Presença de sinais de alarme;
- Alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, gastrite);
- Alterações do estado da consciência: irritabilidade, sonolência, letargia, hipotimias, tontura, convulsão e vertigem;
- Diurese: frequência nas últimas 24 horas, volume e hora da última micção;
- Se existem familiares com dengue, ou pessoas na comunidade, ou história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas);
- Condições preexistentes, tais como lactentes menores (29 dias a 6 meses de vida), adultos maiores de 65 anos, gestante, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão etc.

Exame físico geral

- Sinais vitais: temperatura, qualidade de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial, pressão de pulso, frequência respiratória, e PAM (Pressão Arterial Média);
- O estado de consciência com a escala de Glasgow;
- O estado de hidratação;
- O estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a pressão de pulso ou pressão diferencial, enchimento capilar;
- Verificar a presença de derrames pleurais, taquipneia, respiração de Kussmaul;

- Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite, hepatomegalia;
 - Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman ("mar vermelho com ilhas brancas");
 - Prova do laço;

PROVA DO LAÇO



Verificar a PA e calcular o valor médio $(PAS+PAD)/2$. Insuflar o manguito até o valor médio e manter por 3 minutos (crianças) e 5 minutos (adultos) ou até o aparecimento de petéquias (o que ocorrer primeiro).



Desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de maior concentração de netérias.

Prova do laço positiva:
Crianças: ≥ 10 petéquias dentro do quadrado
Adultos: ≥ 20 petéquias dentro do quadrado

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Obs.:

- Sinais de choque e sinais de alarme;
 - Sinais de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC): como taquicardia, dispneia, turgência jugular, estertoração e hepatomegalia;
 - Preencher Cartão de Denque:

E ainda: encaminhar para assistência médica, se necessário e orientar coleta de sorologia (prescrição médica), a partir do 7º dia de sintoma, em tubo seco com gel.

Atuação do Técnico de Enfermagem da AB nos casos suspeitos e confirmados de dengue

Acolher o paciente na unidade, ou durante visita domiciliar, atentando-se às queixas relatadas e aos sinais e sintomas de alarme e de gravidade. Realizar verificação de SSVV, prova do laço, registrar todos os dados em prontuário e cartão de dengue do usuário, além de comunicar enfermeiro e/ou médico para consultas e discussão de caso.

Atuação do Agente Comunitário de Saúde nos casos suspeitos e confirmados de dengue

Assim como os demais membros da AB os ACS devem desenvolver ações de prevenção e controle das arboviroses, promovendo mudanças de hábitos da comunidade, contribuindo para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti*. Além dessa ação educativa, os profissionais da AB contribuirão para aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância por meio da notificação compulsória da ocorrência de casos, diagnóstico e tratamento precoce, com o encaminhamento das formas graves para a rede de referência, resultando na redução de letalidade.

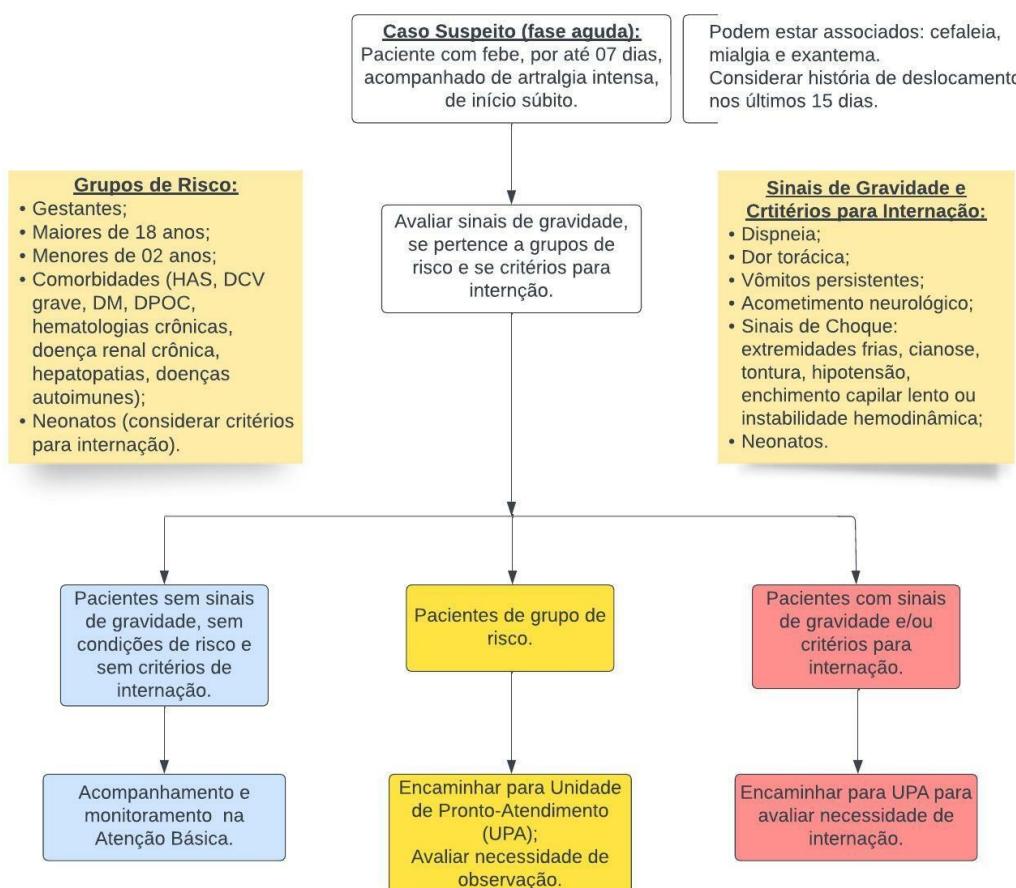
5.1.2. Chikungunya

É uma doença causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A chikungunya se divide em três fases: aguda, subaguda e crônica. A fase aguda dura em média 10 dias. A subaguda normalmente dura de 10 a 90 dias e é caracterizada pelo desaparecimento da febre, persistência ou agravamento da artralgia, edema, astenia, prurido generalizado e exantema. A fase crônica pode durar de 90 dias até três anos, sendo caracterizada pelo comprometimento das articulações, dor, com presença ou não de edema, limitação do movimento e deformidade.

Definição de Caso Suspeito: Toda pessoa que apresente febre de início súbito e artralgia, ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado. Todos os casos suspeitos deverão ser notificados à Vigilância Epidemiológica (VE).

Conduta em Casos Suspeitos de Chikungunya:

Fluxograma de Atendimento em Casos Suspeitos de Chikungunya



Atuação da equipe da AB nos casos suspeitos de chikungunya:

A atuação da equipe de AB deve ser semelhante àquela dispensada aos pacientes suspeitos e confirmados de dengue, com anamnese e exame físico minucioso envolvendo:

- Data de início da febre e outros sintomas;

- Presença de manifestações atípicas, como ausência de febre e dor articular e outras, como no quadro abaixo:

| Sistema / órgão | Manifestações |
|-----------------|--|
| Nervoso | Meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, síndrome de Guillain-Barré, Síndrome cerebelar, paresias, paralisações e neuropatias. |
| Olho | Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte. |
| Cardiovascular | Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia, instabilidade hemodinâmica. |
| Pele | Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas, ulcerações aftosa-like. |
| Rins | Nefrite e insuficiência renal aguda. |
| Outros | Discrasia sanguínea, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, insuficiência adrenal. |

Fonte: Adaptado de Rajapakse S., Rodrigo e Rajapakse A., 2010.

- Presenças de sinais de gravidade / sinais de alarme para dengue (diferencial);
 - Condições clínicas especiais (menores de dois anos, sobretudo neonatos, gestantes e maiores de 65 anos);
 - Comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica, doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, doenças hematológicas crônicas, doença renal crônica, hepatopatias, doenças autoimunes;
 - Estado geral, hidratação, qualidade do pulso, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial em duas posições (deitada e sentada, ou em pé);
 - Peso;
 - Avaliação da pele em busca de lesões maculares, papulares, vesiculares ou bolhosas;
 - Exame neurológico e oftalmológico (quando queixas na anamnese estiverem presentes);
 - Pesquisa de queixas articulares: duração e intensidade da dor, local, se progressão para outros pontos, se aguda ou crônica e periodicidade. Buscar:

hiperemia, edema, crepitação ou estalido, mobilidade ativa e passiva (abdução, adução, flexão, extensão, rotação), deformidade, limitação de movimentos, dor ou atrofia muscular, nodulação.

Ainda:

- **Sorologia:** solicitar a partir do 7º dia de início de sintomas, em tubo seco com gel (prescrição médica).
- Atentar para casos em que as doenças associadas estejam presentes, pois a doença de base pode descompensar e contribuir para a ocorrência de óbitos.
- Acompanhar diariamente as gestantes com suspeita de chikungunya (fase aguda), pelo risco de sofrimento fetal. Todos os recém-nascidos cujas mães tiveram sintomas iniciados em até sete dias antes do parto devem ser mantidos internados para observação, pelo período de até sete dias após nascimento, acompanhados da mãe, sendo notificados à equipe do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil do município.
- Avaliar a necessidade de tratamento não farmacológico por meio de fisioterapia e/ou de exercícios de intensidade leve ou moderada e de crioterapia (aplicação de frio).
- Investigar casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho. Pesquisar procedência ou história de viagens para área endêmica/epidêmica para dengue, chikungunya e zika.
- Registrar as informações em prontuário (atendimento de todos os membros da equipe e monitoramentos posteriores).

5.1.3. Zika

É uma doença causada pelo Zika vírus (ZIKV), da família Flaviviridae, do gênero Flavivírus; é transmitida principalmente por mosquitos, cujos sintomas desaparecem em até 7 dias. Somente 18% dos pacientes irão apresentar os sintomas clássicos descritos. O diagnóstico da doença é feito através de testes laboratoriais, inclusive como maneira de diferenciar entre chikungunya e dengue, já que as manifestações clínicas destas infecções são parecidas.

Definição de Caso Suspeito: pessoa que apresente exantema maculopapular pruriginoso, acompanhado de DOIS ou mais dos seguintes sintomas: febre, OU hiperemia conjuntival sem secreção, OU prurido, OU poliartralgia, OU edema periarticular. Todos os casos suspeitos deverão ser notificados à Vigilância Epidemiológica (VE).

Atuação da equipe da AB nos casos suspeitos de zika vírus:

A atuação da equipe de AB deve ser semelhante àquela dispensada aos pacientes suspeitos ou confirmados de dengue, com acolhimento dos usuários pelos membros da equipe, encaminhando para anamnese e exame físico minucioso, realizados pelo enfermeiro e/ou médico, envolvendo:

- Data de início da febre e outros sintomas;
- Procedência ou história de viagens para área endêmica/epidêmica para dengue, chikungunya e zika;
- Pesquisa se gestante, e se confirmação, deve ser notificada à equipe do Pacto pela redução a mortalidade infantil;
- Estado geral de hidratação, perfusão, qualidade de pulso, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial em duas posições (deitada e sentada ou em pé);
- Peso;
- Exame de pele, em busca de exantema maculopapular;
- Queixas articulares (diferencial com chikungunya);
- Exame neurológico e oftalmológico, quando queixas na anamnese estiverem presentes;
- Sinais de alarme para dengue (indicação de diagnóstico diferencial).

E ainda:

- Realizar avaliação epidemiológica, e investigar casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho.
- **Sorologia:** solicitar a partir do 7º dia de início de sintomas, em tubo seco com gel.
- Registrar as informações em prontuário.

- Orientar os quadros sintomáticos quanto as seguintes medidas:
 - repouso relativo, enquanto durar a febre;
 - estímulo à ingestão de líquidos;
 - não administração de ácido acetilsalicílico;
 - recomendação ao paciente para que retorne imediatamente ao serviço de saúde, em casos de sensação de formigamento de membros ou alterações do nível de consciência.

5.1.4. Febre Amarela

Doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, de evolução abrupta e gravidade variável, com elevada letalidade nas suas formas graves. O agente etiológico é transmitido por artrópodes (vetores), da família Culicidae, habitualmente conhecidos como mosquitos e pernilongos. A importância epidemiológica decorre da gravidade clínica, da elevada letalidade e do potencial de disseminação e impacto, sobretudo quando a transmissão for urbana, por *Ae. aegypti*.

Modo de transmissão: não há transmissão de pessoa a pessoa. O vírus é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados no ciclo urbano, a transmissão ocorre a partir de vetor urbano (*Ae. aegypti*) infectado.

Manifestação clínica: o espectro clínico da febre amarela pode variar desde infecções assintomáticas até quadros graves e fatais, e pode ser dividido nas seguintes fases:

- Período de infecção: dura cerca de 3 dias; tem início súbito e sintomas inespecíficos, como febre, calafrios, cefaleia, lombalgia, mialgias generalizadas, prostração, náuseas e vômitos;
- Período de remissão: ocorre declínio da temperatura e diminuição da intensidade dos sintomas, provocando uma sensação de melhora no paciente. Dura de poucas horas até, no máximo, 2 dias;
- Período toxêmico: reaparece a febre, a diarreia e os vômitos têm aspecto de borra de café. Instala-se quadro de insuficiência hepatorrenal.

Definição de caso suspeito: indivíduo não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado, que apresentou quadro infecioso febril agudo (geralmente até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em área com recomendação de vacinação, e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em primatas não humanos (PNH), e/ou de áreas recém-afetadas e suas proximidades.

Definição de epizootia suspeita de febre amarela: PNH de qualquer espécie, encontrado morto (incluindo ossadas) ou doente, em qualquer local do território nacional.

Tratamento: Não existe um tratamento específico no combate à febre amarela. O tratamento é apenas sintomático com cuidadosa assistência ao paciente sob hospitalização.

Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde:

- Observar, durante o exercício de suas atividades na comunidade, rumor de morte de macaco ou presença de macaco doente/morto no município, e notificar à equipe da unidade de saúde;
- Vigiar as coberturas vacinais contra FA em seu território de atuação, buscando atingir meta de 100% na localidade;
- Identificar, em seu território de atuação, pessoas com nove meses de idade ou mais, não vacinadas contra febre amarela e encaminhá-las à unidade de saúde de sua área para vacinação (quando se tratar de residência em área onde existe essa recomendação pelo Programa Nacional de Imunização (PNI));
- Identificar imigrantes de áreas indígenas que chegam a sua área de atuação com o objetivo de vaciná-los contra a febre amarela;
- Identificar pessoas que viajarão para áreas com risco de transmissão de febre amarela com o objetivo de vaciná-las 10 dias antes de seu deslocamento;
- Encaminhar os casos suspeitos de febre amarela às unidades de saúde, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;

- Atuar junto aos domicílios, informando os seus moradores sobre a doença, seus sintomas e riscos, o agente transmissor e as medidas de prevenção;
- Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da febre amarela.

Atribuições do Enfermeiro

- Notificar todos os casos suspeitos, ou confirmados, de febre amarela e completar a ficha após confirmação, seguindo estratégia local;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da febre amarela, conforme fluxo local;
- Realizar consulta de enfermagem, e solicitar exames complementares de acordo com os protocolos municipais vigentes;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Realizar encaminhamento para avaliação médica e/ou de urgência, de acordo com protocolos municipais vigentes;
- Realizar imunização dos não vacinados;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento;
- Capacitar membros da equipe quanto à prevenção, manejo do paciente, ações de vigilância epidemiológica e controle da FA.

Atribuições do Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Auxiliar no monitoramento e na avaliação da situação vacinal da comunidade moradora da área de abrangência de sua unidade, realizando busca ativa dos não vacinados e desenvolvendo ações de acordo com as orientações do PNI;

- Realizar tratamento supervisionado, quando necessário, conforme orientação do enfermeiro e/ou médico;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Notificar todos os casos suspeitos, ou confirmados, de febre amarela;
- Orientar coleta de sorologia (com prescrição médica), a partir do 7º dia de sintomas, em tubo seco com gel;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da febre amarela, conforme fluxo local.

5.1.5. Ações na Atenção Básica contra as Arboviroses

Controle do vetor: a melhor forma de se evitar as arboviroses é combater os criadouros que possam acumular água como: latas, embalagens, garrafas, copos plásticos, tampinhas de refrigerantes, pneus velhos, pratos de vaso de plantas, jarros de flores, garrafas, caixas d'água, tambores, latões, lajes das casas, cisternas, sacos plásticos, lixeiras, floreiras de cemitério, calhas em desnível que escorrem as águas de chuva e ralos, entre outros. Abaixo segue roteiro detalhado do que pode ser vistoriado durante visita domiciliar para busca e eliminação, ou orientação de como se eliminar criadouros de vetores.

Observação de área externa (quintal, jardim, corredores, telhado, laje, lavanderia, garagem, varanda):

- Calhas e lajes: manter limpas, desentupidas, niveladas e com bom escoamento;
- Caixa d'água: manter limpa e fechada, inclusive telando o cano do “ladrão”;
- Piscina/fontes: manter limpas, inclusive as bordas, e tratadas adequadamente (cloro);
- Ralos: manter limpos, com bom escoamento ou telados;
- Cacos de vidro no muro: eliminar os gargalos;
- Bromélias: substituí-las por outras plantas que não acumulem água entre as folhas;
- Garrafas: manter secas em local coberto ou emborcadas;
- Pratos de plantas: retirar, virar ou furar e guardar em local coberto;

- Pneus: não tê-los e realizar descarte adequado (levar em uma borracharia), ou furá-los e guardá-los ensacados;
- Outros tipos de recipientes: retirar qualquer material que possa acumular água (latas, potes, materiais de construção, brinquedos, plásticos, garrafas e tampinhas, etc.).

Observação de área interna (banheiro, cozinha, lavanderia, abrigo e outras dependências):

- Vaso sanitário: manter limpo e tampado (vedado);
- Caixa de descarga: manter tampada e sem vazamentos;
- Ralo: manter limpo e tampado (vedado);
- Pia: manter limpa, seca e sem vazamentos (verificar embaixo);
- Filtros de água: manter limpos e bem fechados;
- Tanque de lavar roupa: manter limpo, seco e sem vazamentos.

A educação em saúde e a participação comunitária devem ser promovidas, exaustivamente, até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema e passe a mudar o comportamento, mantendo as residências livres do vetor.

Diagnósticos de Enfermagem nas Arboviroses

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | INTERVENÇÕES | CIAP 02 |
|---------------------------|--|--|
| Febre de Início súbito | Controle da temperatura de 4/4h. Estimular a ingestão hídrica. Observar diurese. Administrar/orientar medicação prescrita. | A03 Febre |
| Prurido exantema | Aplicar compressas, umedecidas em água, na pele do paciente. Manter unhas aparadas e lixadas. Orientar banho e higiene com uso de sabonete neutro. Administrar/orientar medicação prescrita. Realizar prova do laço. | S02 Prurido S08 Alterações da cor da pele S29 Sinais/Sintomas de pele, outros |
| Dores | Orientar a evitar ambientes claros. Estimular o repouso relativo. Utilizar a escala de dor para tomada de conduta. Administrar/orientar medicação prescrita | N01 Cefaléia F01 Dor no olho L18 Dores Musculares L19 Sinais/Sintomas musculares NE L20 Sinais/Sintomas articulares NE |
| Náuseas e Vômitos | Avaliar sinais de desidratação. Terapia de reidratação oral. Observar e estimular a ingestão de alimentos e de líquidos. Monitorar o peso e diurese do paciente. | D09 Náusea D10 Vômito |
| Risco de Choque | Realizar a prova do laço. Verificar sinais vitais. Transferir paciente ao serviço de urgência ao identificar clínica sugestiva de choque. | N29 Sinais/sint. Do sistema neurológico, outro |

Diagnóstico Diferencial das Arboviroses

| Sinais/sintomas | Dengue | Zika | Chikungunya |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Febre | Febre alta (>38°C) | Sem febre ou febre baixa ≤38°C | Febre alta (>38,5°C) |
| Duração | 2-7 dias | 1-2 dias subfebril | 2-3 dias |
| Exantema | Surge do 3º ao 6º dia (3 ao 6 dia) | Surge no 1º ou 2º dia | Surge do 2º ao 5º dia |
| Mialgias (frequência) | +++ | ++ | ++ |
| Artralgia (frequência) | + | ++ | +++ |
| Artralgia (intensidade) | Leve | Leve/moderada | Moderada/intensa |
| Edema da articulação (frequência) | Raro | Frequente | Frequente |
| Edema da articulação (intensidade) | Leve | Leve | Moderado a intenso |
| Conjuntivite | Raro | 50 a 90% dos casos | 30% |
| Cefaleia | +++ | ++ | ++ |
| Linfonodomegalia | + | +++ | ++ |
| Discrasia hemorrágica | ++ | Ausente | + |
| Acometimento neurológico | + | +++ | ++ |
| Leucopenia | +++ | ++ | ++ |
| Linfopenia | Incomum | Incomum | Frequente |
| Trombocitopenia | +++ | + | ++ |

Fonte: Brito e Cordeiro (2016), adaptado.

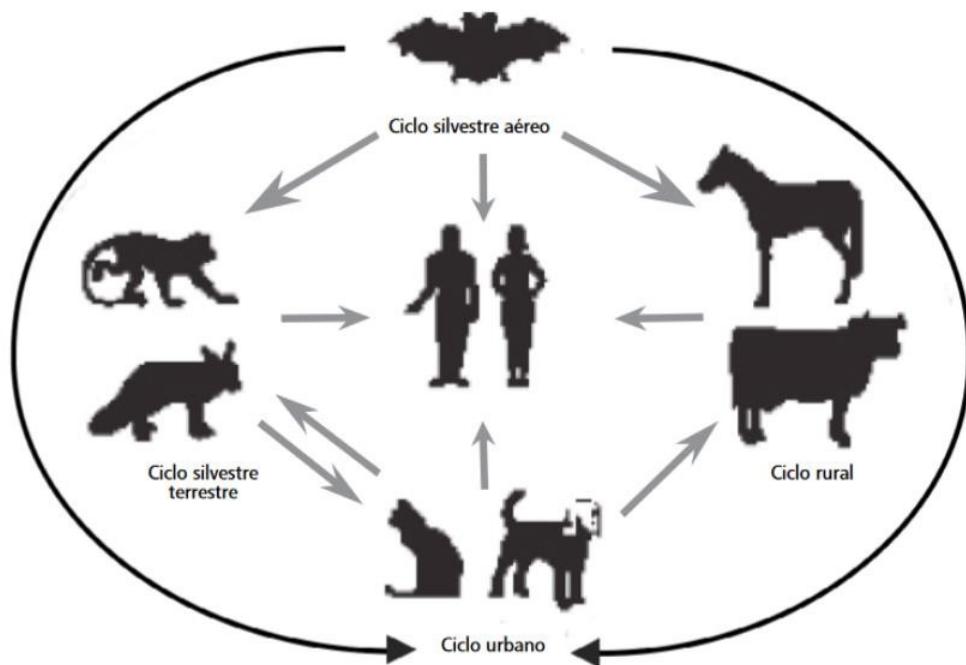
5.2.1. Raiva

Doença infecciosa aguda, caracterizada por um quadro neurológico, que evolui para óbito em poucos dias. Essa doença é de extrema importância para saúde pública, devido a sua letalidade de aproximadamente 100%.

A transmissão da raiva se dá pela penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambadura de mucosas.

Os quirópteros (morcegos) são os responsáveis pela manutenção da cadeia silvestre, entretanto, outros mamíferos, como canídeos silvestres (raposas e cachorro do mato), felídeos silvestres (gatos do mato), outros carnívoros silvestres (jaritatacas, mão pelada), marsupiais (gambás e saruês) e primatas (saguis), também apresentam importância epidemiológica nos ciclos enzoóticos da raiva. Na zona rural, a doença afeta animais de produção, como bovinos, equinos e outros.

A cadeia epidemiológica da doença apresenta 4 ciclos de transmissão: urbano, rural, silvestre aéreo e silvestre terrestre conforme figura abaixo:



Fonte: Guia Vigilância em Saúde - 3^a edição.

Caso suspeito: todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

Notificação: Todo caso humano suspeito de raiva deve ser notificado. Todo atendimento por acidente por animal potencialmente transmissor da raiva deve ser notificado pelos serviços de saúde, por meio da Ficha de Investigação de Atendimento Antirrábico do Sinan.

A investigação dos casos suspeitos é iniciada imediatamente, ou em até 72 horas, pela Vigilância Epidemiológica, após a notificação, para que as medidas de controle possam ser adotadas.

Condutas de enfermagem frente a casos pós exposição:

Profilaxia pós-exposição:

- Cuidados iniciais: é necessário lavar as lesões causadas por animais, com água e sabão, o mais rápido possível;
- Não é recomendável suturar as lesões; no entanto, caso haja necessidade, e o Soro Antirrábico (SAR) ou a Imunoglobulina Humana Antirrábica Homóloga estiverem indicadas (verificar em capítulo sobre vacinação), a infiltração deve anteceder a sutura em pelo menos 30 minutos;
- Notificar o Centro de Vigilância em Saúde (CEVISA) da existência de animais com suspeita de raiva;
- Na ocorrência de ferimentos de qualquer natureza, aproveitar a oportunidade para verificar o esquema de imunização para o tétano.

O esquema de profilaxia da raiva a ser indicado depende da classificação do acidente e da avaliação do animal envolvido. O acidente é classificado em:

- **Leve** - quando caracterizado por:
 - ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés;
 - lambbedura de lesões superficiais.
- **Grave** - quando caracterizado por:
 - ferimento nas mucosas, no segmentocefálico, nas mãos ou nos pés;
 - ferimento profundo, mesmo que puntiforme;
 - ferimentos múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo;

- lamedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas;
- ferimento causado por morcego ou outros mamíferos silvestres.

Observação: o contato indireto, como a manipulação de utensílios potencialmente contaminados, a lamedura da pele íntegra e acidentes com agulhas durante a aplicação de vacina animal não são considerados acidentes de risco e não exigem esquema profilático.

Avaliação do animal que causou o acidente

- **Rato, coelho, cobaia, hamster e demais roedores urbanos:** não são transmissores de raiva. Acidentes causados por esses animais não requerem profilaxia.
- **Morcego e demais mamíferos silvestres, inclusive os domiciliados:** acidentes causados por estes animais são classificados como graves. Profilaxia indicada: vacina e SAR ou IGHAR.

Observações: atualmente, o morcego é o principal reservatório do vírus da raiva em nosso meio. Pode transmitir o vírus diretamente para o homem, por meio de acidentes discretos e, às vezes, imperceptíveis, e para os demais mamíferos (cão, gato, outros mamíferos silvestres e os de interesse econômico) que podem adoecer e, por sua vez, também transmitir para o homem.

Sempre que possível, encaminhar o morcego para identificação e diagnóstico laboratorial da raiva. Quanto aos demais, é possível encaminhar apenas o sistema nervoso central. O resultado negativo permite a dispensa ou interrupção da profilaxia.

A captura do morcego deve ser realizada por profissionais capacitados das secretarias municipais de saúde.

- **Mamíferos domésticos de interesse econômico: bovídeos, equídeos, caprinos, suíños e ovinos:** Profilaxia indicada:
 - Acidente leve – vacina.
 - Acidente grave - vacina e SAR ou IGHAR 3.

Observações: se o animal morrer, ou for submetido à eutanásia, amostras do sistema nervoso central devem ser enviadas para o diagnóstico laboratorial de raiva. O resultado negativo permite a dispensa ou interrupção da profilaxia. O resultado pode ser aguardado por 48 horas após o acidente, desde que o animal não tenha apresentado sinais sugestivos de raiva. Se não puder ser obtido nesse período, iniciar a profilaxia e interromper no caso de resultado negativo. Para equídeos não é possível obter o resultado em 48 horas, portanto em caso de acidentes com estes animais iniciar a profilaxia o *mais rápido possível*.

- **Cão e gato:** O vírus da variante canina, historicamente associado à epizootia de raiva em cães e gatos, não é mais encontrado no nosso meio. Atualmente, a doença é transmitida para esses animais por morcegos (vírus da variante de morcego) e restringe-se a casos isolados. No entanto, o animal doente também pode transmitir o vírus. No caso de acidente com cão ou gato é necessário avaliar:
 - A possibilidade de observação do animal por 10 dias após o acidente;
 - As condições do animal agressor. É necessário saber se o animal está saudável ou se apresenta sinais sugestivos de raiva, como mudança de comportamento, apatia ou agressividade incomum, alterações neurológicas, paralisias, incoordenação motora, dificuldade de deglutição ou salivação intensa. É importante avaliar as circunstâncias da agressão, que podem ocorrer por algum motivo justificável, como a índole ou treinamento do animal, reação a maus-tratos e autodefesa, entre outros, ou devido à mudança de comportamento, o que é sugestivo da doença.

Vacinação pré e pós exposição e condutas de enfermagem frente aos casos suspeitos de raiva, consultar capítulo vacinação do adulto neste manual.

5.2.2. Leptospirose

Doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves.

Causada pela bactéria helicoidal (espiroqueta) aeróbica obrigatória do gênero *Leptospira*, do qual se conhecem 14 espécies patogênicas, sendo a mais importante a *L. interrogans*.

Os principais reservatórios da bactéria são os roedores das espécies *Rattus norvegicus* (ratazana ou rato de esgoto), *Rattus rattus* (rato de telhado ou rato preto) e *Mus musculus* (camundongo ou catita). Esses animais não desenvolvem a doença quando infectados e albergam a *Leptospira* nos rins, eliminando-a viva no meio ambiente e contaminando água, solo e alimentos.

O *R. norvegicus* é o principal portador do sorovar *Icterohaemorragiae*, um dos mais patogênicos para o homem. Outros reservatórios são caninos, suínos, bovinos, equinos, ovinos e caprinos. O homem é apenas hospedeiro accidental e terminal, dentro da cadeia de transmissão.

A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados. A penetração do microrganismo ocorre através da pele com presença de lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou através de mucosas. Outras modalidades de transmissão possíveis, porém com rara frequência, são: contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados, transmissão accidental em laboratórios, e ingestão de água ou alimentos contaminados.

Definição de caso suspeito: indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Antecedentes epidemiológicos sugestivos, nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas: exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial, ou residir/trabalhar em áreas de risco;

2. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: suflação conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

A transmissão pessoa a pessoa é rara, mas pode ocorrer pelo contato com urina, sangue, secreções e tecidos de pessoas infectadas. O período de incubação varia de 1 a 30 dias (média entre 5 e 14 dias).

As apresentações clínicas da leptospirose são divididas em duas fases: fase precoce (fase leptospirêmica) e fase tardia (fase imune).

- A fase **precoce** caracteriza-se pela instalação abrupta de febre, comumente acompanhada de cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos, e pode não ser diferenciada de outras causas de doenças febris agudas;
- A fase **tardia** ocorre a evolução para manifestações clínicas graves, que se iniciam após a primeira semana da doença, mas podem aparecer mais cedo, especialmente em pacientes com apresentações fulminantes.

Papel da Enfermagem no caso suspeito de Leptospirose

A abordagem do paciente com suspeita de leptospirose deve seguir uma rotina de anamnese e exame físico detalhados, contendo

- História da doença atual, com cronologia de sinais e sintomas;
- Sinais Vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória;
- Exame físico: estado de hidratação, observar sangramentos, nível de consciência, icterícia;
- Questionar e/ou observar diurese;
- Pesquisa de sinais de alerta.

Dependendo da gravidade do caso, os sinais vitais deverão ser monitorados a cada três horas, e a presença de sinais de alerta (relacionados a seguir) indicam a possibilidade de agravamento do quadro clínico e requerem internação, a fim de iniciar a antibioticoterapia e medidas de suporte direcionadas para os órgãos-alvos acometidos, principalmente pulmão e rim. São sinais de alerta para encaminhamento à UPA e avaliação de necessidade de internação:

- Tosse, dispnéia, taquipnêia, hemoptise (expectoração com sangue);
- Alterações urinárias, geralmente oligúria (diminuição da diurese);
- Fenômenos hemorrágicos;
- Hipotensão;
- Alterações do nível de consciência;
- Vômitos frequentes;
- Icterícia.

Os pacientes que não apresentam sinais de alerta podem ser tratados ambulatorialmente, com antibioticoterapia indicada nos primeiros cinco a sete dias de evolução da doença, além das seguintes orientações:

- Hidratação;
- Medicamentos para sintomas, conforme prescrição médica;
- Atendimento médico para reavaliação após 24h a 72h, ou retorno, a qualquer momento, se constatar o aparecimento de sinal de alerta ou piora do quadro clínico.

Observação: Sorologia: A partir do 7º dia de início de sintomas, em tubo seco com gel. Notificar todos os casos suspeitos à VE.

Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

- Realizar busca ativa de novos casos da doença e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de atenção básica em saúde;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade, relativas à prevenção de casos da doença, e de prevenção e controle de roedores (anti-ratização e medidas simples de manejo ambiental) em sua área de abrangência (com orientação dos profissionais da atenção básica e da vigilância epidemiológica);
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção da leptospirose, principalmente em momentos de ocorrência de enchentes ou quando houver condições propícias para a ocorrência da doença no local;
- Agir como sentinelas na identificação de vestígios de roedores, procedendo a inspeções técnicas durante as visitas realizadas na comunidade, principalmente em áreas de risco da doença, registrando a situação observada e informando equipe de saúde e Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) municipal. A análise das informações coletadas subsidiará a determinação da estratégia a ser adotada, produtos, métodos e recursos adequados para o desenvolvimento de ações de controle de roedores.

Atribuições do Enfermeiro

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Planejar/programar as ações de vigilância de leptospirose a serem realizadas pela equipe de saúde, para manter a concomitância e efetividade de ações;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento, e/ou tratamento supervisionado;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle da leptospirose, principalmente em momentos de emergência epidemiológica e ocorrência de enchentes.

Atribuições do Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Realizar tratamento supervisionado de leptospirose, quando necessário, conforme orientação do enfermeiro e/ou médico;
- Orientar a população sobre medidas de prevenção antes, durante e após a ocorrência de enchentes.

5.2.3. Febre Maculosa

A febre maculosa é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por carrapatos do gênero *Amblyomma* e causada pela *Rickettsia rickettsii*, de gravidade variável, que pode cursar com formas leves e atípicas até formas graves com elevada taxa de letalidade.

Definição de caso suspeito: indivíduo que apresente febre, cefaleia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de

febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

Outros sintomas que podem aparecer: artralgia, astenia, inapetência, dor abdominal, náuseas e vômitos. Também pode cursar com exantema maculopapular de distribuição característica (atinge região plantar e palmar), e que pode evoluir para petéquias, equimoses e hemorragias.

Deve-se investigar sobre história de picada ou arrancamento de carapato, permanência em locais onde há presença de carapatos ou capivaras, contato com cavalos ou com cachorros, visita a regiões próximas aos rios e lagoas.

A equipe deve garantir o acolhimento e suspeita do caso, e providenciar assistência médica na própria unidade de Atenção Básica, e se não for possível, encaminhar para Unidade de Pronto-Atendimento.

A sorologia, a partir de um pedido médico, deve ser solicitada em dois momentos: 1. Da suspeita (fase aguda); e depois de 14 a 21 dias após a primeira coleta. Deve ser utilizado tubo seco com gel.

Todos os casos, mesmo ainda na suspeita, devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica, e já iniciados tratamento, mesmo sem resultados laboratoriais.

Pessoas assintomáticas, que foram picadas ou tiveram contato com carapatos, devem ser orientadas quanto aos sintomas da doença e observação por duas semanas.

5.3.1. Sarampo

Doença viral infecciosa, aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa. A viremia provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas.

Causada pelo RNA vírus pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*, sendo o homem o principal reservatório.

O modo de transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Daí a elevada contagiosidade da doença. Também **tem** sido descrito o contágio por dispersão

de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas.

O período de incubação pode variar entre 7 e 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema, e o período de transmissibilidade inicia-se 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre 2 dias antes e 2 dias após o início do exantema.

Prevenção: a vacinação é a única maneira de prevenir a doença, e o SUS oferta gratuitamente as vacinas Tríplice Viral (que protege contra sarampo, caxumba e rubéola) e TetraViral (que adiciona a proteção contra varicela – catapora).

Definição de caso suspeito: é todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar FEBRE e EXANTEMA maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite; OU todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

Todos os casos, mesmo que suspeitos, devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica (VE).

Exantema característico de sarampo:



Atuação da equipe de enfermagem nos casos suspeitos de sarampo

Técnico de enfermagem e ACS

O técnico em enfermagem está na linha de frente do atendimento, por isso, devem ser responsáveis por identificar possíveis sintomas da doença, fazendo a triagem necessária e isolamento.

Conforme prevê o Ministério da Saúde, os técnicos precisam se apropriar das salas de vacinas e estarem preparados não só para triagem e identificação de sintomas, mas também para a conscientização da comunidade.

Atuação do enfermeiro

Realizar acolhimento com coleta de história e exame físico, e encaminhar para atendimento médico se necessário. No caso de escolares, questionar familiares qual a instituição de ensino frequentada, bem como contatar diretor responsável para levantar se existência de outros casos, e também a VE, a fim de viabilizar bloqueio vacinal, se necessário.

Orientar os pacientes (e genitores, no caso de crianças e adolescentes) em casos suspeitos ou confirmados quanto a:

- Repouso;
- Dieta líquida ou branda, conforme aceitação;
- Oferecer líquidos à vontade;
- Limpeza das pálpebras com água morna para remoção de crostas ou secreções.



5.3.2. Rubéola

A rubéola é uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade. A rubéola pós-natal geralmente tem apresentação benigna, muitas vezes é subclínica e tem baixa letalidade.

A importância epidemiológica está representada pela possibilidade de ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), que atinge o feto ou o recém-nascido, cujas mães se infectaram durante a gestação. A infecção na gravidez acarreta inúmeras complicações para a mãe (aborto, natimorto) e malformações congênitas na criança (surdez, problemas cardíacos, lesões oculares e outras). A doença tem distribuição universal e a incidência de casos aumenta no final do inverno e no início da primavera.

Agente Etiológico: O vírus da rubéola pertence ao gênero *Rubivírus*, da família *Togaviridae*.

Reservatório: O único reservatório conhecido é o homem.

Modo de Transmissão: A rubéola pós-natal é transmitida, principalmente, por contato direto com indivíduos infectados pelas gotículas de secreções nasofaríngeas. A transmissão indireta, pelo contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina, é pouco frequente. Já a rubéola congênita é transmitida por via transplacentária, da mãe para o feto. A criança com rubéola congênita pode eliminar o vírus pela urina e secreções nasofaríngeas.

Período de Incubação: É de 12 a 23 dias, durando em média 17 dias.

Período de Transmissão: O indivíduo infectado pode transmitir a doença cerca de 5 dias antes até 5 a 7 dias após o aparecimento do exantema.

Manifestações Clínicas: de maneira geral não é observado período prodrômico (apresentação de sinais e sintomas inespecíficos) na criança com rubéola. Adolescentes e adultos podem apresentar pródromos como febre baixa, cefaleia, dores generalizadas (artralgias e mialgias), conjuntivite, coriza e tosse.

A doença caracteriza-se por exantema maculopapular e puntiforme difuso, que se inicia na face, couro cabeludo e pescoço e se espalha, posteriormente, para todo corpo. A febre baixa e a presença de linfoadenopatia

retroauricular, cervical e occipital antecedendo, geralmente por 5 a 10 dias o exantema, são sinais que colaboram para o diagnóstico diferencial frente a outras doenças exantemáticas. Cerca de 25% a 50% das infecções pelo vírus da rubéola são subclínicas (BRASIL, 2015).

Definição de caso suspeito: todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfoadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Todos os casos suspeitos devem ser notificados imediatamente à VE, em até 24 horas.

Diante da identificação de casos suspeitos ou confirmados de sarampo, o PNI recomenda a realização imediata do bloqueio vacinal, abrangendo todos os contatos a partir de 6 meses de idade.

O bloqueio deve ser seletivo, considerando o histórico de vacinação dos contatos e realizado em todos os locais que o caso suspeito ou confirmado da doença frequentou (atentar para as contraindicações da vacina tríplice viral). Entrar em contato na Vigilância Epidemiológica para orientações sobre o bloqueio vacinal.

Coleta de exames específicos: Sorologia em tubo seco com gel e amostra de urina, ambas no 1º contato com o paciente. Manter a urina resfriada em caixa térmica, até o envio ao laboratório municipal.

5.4. Caxumba

A caxumba ou parotidite epidêmica é uma doença infecciosa aguda, causada pelo RNA vírus da família *Paramyxoviridae*, cuja principal característica é o aumento das glândulas salivares (parotidite), geralmente bilateral. A hipertrofia das parótidas pode ter outras etiologias que não levam a parotidite de forma epidêmica.

A transmissão se dá pelo contato direto com uma pessoa infectada por meio das gotículas de secreção da orofaringe. Apresenta suscetibilidade geral, cosmopolita e de distribuição endêmica nos grandes centros, mas com tendência a manifestação epidêmica em escolas e instituições onde haja agrupamento de

adolescentes e adultos. O período de transmissão estende-se de 2 dias antes do início da parotidite até 5 dias após esta data. (SÃO PAULO, 2016)

Medidas de prevenção em surtos

A medida preconizada para bloqueio de surtos é a vacinação. É importante que se estabeleça um trabalho conjunto com as instituições de ensino, ou mesmo outras instituições, juntamente ainda da VE, para garantir que todos os suscetíveis sejam vacinados rapidamente na ocorrência do(s) primeiro(s) caso(s) a fim de se evitar um surto.

Consideram-se indivíduos suscetíveis:

- a) Aqueles com menos de duas doses de vacina para caxumba registradas em caderneta de vacinação, administradas a partir de 12 meses e com intervalo mínimo de 30 dias entre elas;
- b) Aqueles que não possuem documentação de diagnóstico laboratorial da doença;
- c) Aqueles que não possuam documentação laboratorial de imunidade (sorologia).

Consideram-se comunicantes:

Todos os indivíduos que tiveram contato próximo com caso suspeito ou confirmado de caxumba no período de transmissibilidade.

Nestes locais é realizada a vacinação de bloqueio, com a vacina tríplice viral, somente nos indivíduos suscetíveis: aqueles que não tiveram a doença e que não têm vacinação completa para caxumba.

Apesar de um bloqueio rápido, pronto e efetivo, alguns casos podem continuar a ocorrer entre os vacinados já infectados, ao longo das próximas três semanas após o bloqueio. A vacinação é seletiva, ou seja, iniciar ou completar o esquema de vacinação de acordo com o calendário vacinal do Programa Estadual de Imunização (SÃO PAULO, 2016)

5.5. Diarreia

É o aumento do volume das fezes, diminuição na consistência ou aumento de aquosidade e/ou aumento da frequência das evacuações. A diarréia possui várias causas como: hipertireoidismo, remoção cirúrgica de parte do intestino ou do estômago, secção do nervo vago no tratamento de úlceras, derivação de by-

pass cirúrgica de parte do intestino, medicamentos, aumento de bactérias no intestino, vírus, verminose, certos tipos de alimentos, estresse.

Os sintomas incluem desconforto abdominal, cólica, plenitude (sensação desagradável de persistência de alimentos no estômago), excesso de flatos, náusea e vômitos. Pode haver presença de sangue ou pus na diarreia (desinteria).

A diarréia pode causar desidratação e ser motivo de internações, principalmente em crianças e idosos, gerando gastos com a saúde, e mesmo perda de dias de trabalho. No caso de diarréia crônica leva a diminuição na absorção de sais minerais, anemia, mal-estar constante, retraimento social, depressão, desenvolvimento escolar e no trabalho abaixo do esperado (Sociedade Brasileira de Medicina de Saúde da Família).

As unidades de saúde que atendem casos de diarréia devem monitorar as ocorrências, para a busca de relação entre os eventos (local comum das diarréias, fontes comuns de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, gravidade da doença, etc) o que pode ajudar a detectar, em tempo oportuno, um surto ou epidemia, possibilitar a investigação o mais precoce possível de suas causas e assim impedir seu alastramento.

Seguem quadros para auxiliar a avaliação do estado de hidratação do paciente, e condutas para cada quadro:

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

| ETAPAS | A | B |
|----------------|-----------------------------------|---|
| OBSERVE | | |
| Estado geral | Bem, alerta | Irritado, intranquilo |
| Olhos | Normais | Fundos |
| Lágrimas | Presentes | Ausentes |
| Sede | Bebe normal, sem sede | Sedento, bebe rápido e avidamente |
| EXPLORE | | |
| Sinal da prega | Desaparece rapidamente | Desaparece lentamente |
| Pulso | Cheio | Rápido, fraco |
| DECIDA | | |
| | SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO | Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO |
| TRATE | | |
| | USE O PLANO A | USE O PLANO B (pese o paciente) |

PLANO A**PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO**

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

- O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
- Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.

2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

- Continuar o aleitamento materno;
- Manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos.

3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE:**SINAIS DE PERIGO**

- Plora na diarreia
- Vômitos repetidos
- Muita sede
- Recusa de alimentos
- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese

4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:

- Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
- Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

| IDADE | Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica |
|--------------------|---|
| Menores de 1 ano | 50-100ml |
| De 1 a 10 anos | 100-200ml |
| Maiores de 10 anos | Quantidade que o paciente aceitar |

PLANO B**PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE****1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:**

- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.

2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REÁVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilizar o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sondagem nasogástrica (gastroclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA

5.6. Conjuntivite

Conjuntivite é a inflamação da conjuntiva, membrana que recobre a porção anterior da esclera e a face interna das pálpebras. Entre as causas mais frequentes temos as virais, bacterianas e alérgicas. É uma doença muito frequente na população.

Dado ao caráter contagioso das conjuntivites virais e bacterianas, a disseminação pode efetuar-se com muita facilidade, principalmente, quando as condições de saneamento básico, de higiene pessoal e domiciliar são precárias.

De interesse no campo da saúde pública destacam-se, portanto, as conjuntivites virais e bacterianas. Deve-se atentar para ocorrência de surto, bem como para a notificação.

Encaminhar a pessoa com conjuntivite para assistência médica, para diagnóstico e tratamento.

Papel da Enfermagem na Conjuntivite – Orientar:

- Lavar com frequência o rosto e as mãos uma vez que estas são veículos importantes para a transmissão de microorganismos.
- Trocar as fronhas dos travesseiros diariamente enquanto perdurar a crise.
- Lavar as mãos antes e depois do uso de colírios ou pomadas e, ao usá-los não encostar o bico do frasco no olho.
- Não usar lentes de contato enquanto conjuntivite presente, ou em uso de colírios ou pomadas.
- Não compartilhar o uso de esponjas ou de qualquer outro produto de beleza.
- Evitar coçar os olhos para diminuir a irritação.
- Aumentar a frequência de troca de toalhas ou use toalhas de papel para enxugar o rosto e as mãos.
- Não compartilhar toalhas de rosto.
- Evitar aglomerações ou frequentar piscinas de academias ou clubes.
- Evitar a exposição a agentes irritantes (fumaça) e/ou alérgenos (pólen) que podem causar a conjuntivite.
- Não compartilhar maquiagem.
- Usar óculos de mergulho para nadar, ou óculos de proteção em caso de contato com produtos químicos.
- Não usar medicamentos (pomadas, colírios) sem prescrição ou prescritos para terceiros.

5.7.1. Escabiose

Doença de pele produzida pela penetração de um ácaro parasita, que provoca irritação e formação de vesículas e/ou pústulas e prurido intenso. A pessoa com escabiose deverá ser encaminhada ao médico e ainda:

Cuidados de Enfermagem – Orientar:

- Que a transmissão se dá por contato pessoal, por meio de roupas de cama, de banho, e de uso pessoal;
- A lavar sempre as roupas de cama e de uso pessoal, e passá-las a ferro ou expô-las ao sol por várias horas;
- Seguir tratamento conforme prescrição médica.

Prevenção na família e/ou grupo social:

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

5.7.2. Pediculose

A pediculose é uma doença parasitária, causada pelo *Pediculus humanus* var. *capitis*, vulgarmente chamado de piolho. O achado comum que fecha o diagnóstico, além da presença do *Pediculus humanus* (“piolho”), é também a presença das lêndeas (ovos de cor esbranquiçada) depositadas pelas fêmeas nos fios de cabelo.

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

A pessoa com pediculose deverá ser encaminhada ao médico, se necessário (prurido intenso, lesões infectadas, etc.).

Cuidados de Enfermagem – Orientar:

- Hábitos adequados de higiene;
- Lavar os cabelos pela manhã, secar bem com uma toalha, aplicar uma solução de vinagre morno diluído em partes iguais de água (1:1), deixar agir por 20 a 30 minutos e pentear os cabelos com pente fino, com o objetivo de remover as lêndeas manualmente;
- Lavar as roupas de uso pessoal e de cama, bem como outros utensílios de uso pessoal como escovas, chapéus e bonés;

- Investigar outros casos no núcleo familiar e social e, se for necessário, tratá-los.

5.7.3. Parasitose intestinal

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

Ao enfermeiro caberá, sobretudo, a educação em saúde para a prevenção do agravio, assim como a solicitação de exame laboratorial específico (PPF com Kato/ Hoffman), e encaminhamento para consulta médica para tratamento específico ou sintomatológico.

Orientações básicas:

- Importância da lavagem das mãos e sua técnica;
- Corte de unhas;
- Filtragem e fervura da água antes do consumo;
- Manuseio e preparo dos alimentos, em especial frutas, verduras, legumes e carnes.

5.8. Tuberculose

A tuberculose continua sendo mundialmente um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

Essa doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A apresentação da tuberculose na forma pulmonar, além de ser mais freqüente, é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença.

Os serviços de Atenção Básica (AB) em saúde devem ser estruturados para orientar e identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas (Sintomático Respiratório - SR), consideradas com suspeita de tuberculose pulmonar, visando à descoberta dos casos bacilíferos, e assim possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e,

encaminhamento adequado dos casos ao serviço de referência, o Centro de Doenças Infectocontagiosas (CEDIC).

A AB tem um papel fundamental, uma vez que as atividades educativas para promoção à saúde e prevenção da doença tuberculose são necessárias para interromper a cadeia de transmissão e identificar clientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e resolutivo.

Estratégia operacional para identificação de sintomático respiratório, diagnóstico e tratamento

- Interrogar sobre a presença e duração da tosse à clientela dos serviços de saúde, independente do motivo da procura (ex.: grupos de diabetes, hipertensão, gestantes e salas de espera);
- O enfermeiro deve solicitar exame de BK (Bacilo de Koch) em amostra de escarro, no caso de identificação de sintomático respiratório;
- Orientar os SR identificados para coleta do exame de escarro (2 amostras), sendo que a primeira deve ser coletada no momento da abordagem (a fim de não se perder a oportunidade) e a segunda amostra coletada no dia seguinte;
- Checar fluxo de encaminhamento das amostras, identificá-las corretamente, bem como o preenchimento adequado das solicitações, a fim de evitar perda das amostras por procedimentos inadequados;
- Registrar no “Livro de Sintomático Respiratório” as amostras de escarro enviadas para exames de baciloscopia;
- As equipes da Atenção Básica estão capacitadas à realização do Tratamento Diretamente Observado – TDO, bem como o enfermeiro da unidade deve responsabilizar-se em orientar e supervisionar a equipe;
- Acompanhar as consultas mensais agendadas na referência – CEDIC;
- Checar o recebimento dos medicamentos vindos da farmácia do CEDIC;
- Comunicar os casos de abandono de tratamento (três dias de ausência do paciente à unidade, com buscativa realizada sem sucesso) ao

CEDIC, por meio de ligação telefônica e resgitrar contato e profissional comunicado em prontuário;

- Encaminhar e agendar o paciente para o CEDIC, no caso de efeitos adversos do medicamento, sem resolução na AB;
- Convocar os contatos para investigação.

Ações de atendimento de tuberculose no CEDIC – Demanda espontânea e/ou encaminhamento de outros serviços de saúde

- Recebimento de exames de Bacilosscopia com resultado positivo, diretamente do Laboratório Municipal;
- Realização de contato com o paciente e/ou unidade de saúde de AB para agendamento de consulta;
- Abertura de cadastro e prontuário para o usuário;
- Confirmação de diagnóstico, orientação ao paciente quanto às próximas consultas e organizado tratamento supervisionado com opção de escolha da unidade de AB pelo paciente;
- Coleta dos exames, conforme protocolo para tuberculose, na primeira consulta no CEDIC;
- Encaminhamento para farmácia do CEDIC, para orientação sobre a prescrição médica (dosagem, tempo, efeitos adversos);
- Encaminhamento do paciente, quando necessário, ao Serviço Social (CEDIC) para avaliação sócio-econômica;
- Agendamento das consultas subsequentes (mensais) de acompanhamento, e orientação para retorno sem agendamento, nos casos de intercorrências durante o tratamento;
- Orientação e captação dos contatos para realização de consulta e exames de protocolos de contatos.

As ações de prevenção realizadas pelos profissionais da AB, seja na comunidade ou na unidade de saúde, impactam na prevenção, no controle e na redução da cadeia de transmissão da doença. Cabe a toda equipe o conhecimento sobre a doença, regime de tratamento, medidas de prevenção e controle da doença, gerando assim um ambiente seguro e saudável.

5.9. Hanseníase

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, pés e mãos).

Um dos grandes desafios para sua cura é o diagnóstico precoce da doença e o tratamento de todos os casos, principalmente os bacilíferos, prevenindo assim a ocorrência de novos casos. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem inclusive evoluir para deformidades.

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos.

O homem é considerado a única fonte de infecção da doença e o contágio se dá através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis, através das vias aéreas superiores (o trato respiratório). Este contágio pode ocorrer após um longo período de convivência com o portador da *M. Laprae*.

Quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de transmitir, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, tornando-os incapazes de infectar outras pessoas.

Sinais e Sintomas Dermatológicos da Hanseníase

- A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade;
- Manchas na pele esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, em qualquer parte do corpo, com diminuição ou ausência de sensibilidades;
- Partes da pele seca, com ausência de suor;
- Diminuição da força muscular das mãos e pés, devido a inflamação dos nervos.

Ações das equipes de AB referentes à hanseníase

- Buscar, inclusive em visitas domiciliares, identificar pessoas com quaisquer sinais e sintomas característicos para hanseníase;
- Nos casos suspeitos, encaminhar para unidade de saúde para consulta médica;
- Encaminhar para serviço especializado (CEDIC) com guia de referência e contra-referência para confirmação do diagnóstico;
- Realizar agendamento da consulta no CEDIC através de contato telefônico;
- Orientar a família e a comunidade, sobre os sinais e sintomas nas visitas domiciliares, em salas de espera e em reuniões de grupos;
- Acompanhar o tratamento do paciente, saber sobre as tomadas do medicamento e seu uso correto, e verificar os retornos nas consultas;
- Verificar junto à família os agendamentos e comparecimento às consultas dos comunicantes;
- Nas consultas na unidade de saúde de AB verificar junto ao paciente sobre o auto-cuidado das mãos, pés, olhos e nariz;
- Realizar visitas domiciliares para busca ativa de casos suspeitos, de faltosos e de contatos;
- Executar ações de educação em saúde.

Ações de atendimento de hanseníase no CEDIC

- Acolhimento do paciente referenciado pela unidade de saúde;
- Abertura do prontuário e orientação sobre a consulta médica e os exames de protocolos para hanseníase;
- Diagnóstico clínico (história clínica, exame físico geral, exame dermatoneurológico);
- Pós-consulta com orientação sobre o tratamento e os retornos para as próximas consultas. As consultas subsequentes são mensais com objetivo de administrar a dose supervisionada do tratamento quimioterápico, assim como observar as queixas gerais;

- Agendamento para os exames que se fizerem necessários para o diagnóstico (por exemplo: bacilosscopia) e acompanhamento (laboratoriais de protocolos e outros);
 - Observação da tomada da dose de medicação supervisionada na vigência da consulta;
 - Orientação e agendamento da Avaliação de Incapacidade com fisioterapeuta, solicitada no diagnóstico;
 - Convocação e agendamento para consulta dos contatos intradomiciliares;
 - Verificação e agendamento, se necessário, da vacina de BCG nos contatos;
 - Encaminhamento para a farmácia do CEDIC, para orientação das tomadas de medicamentos e os efeitos adversos que possam ocorrer;
 - Encaminhamento para o Serviço social, para avaliação sócio econômica, se necessário;
 - Apoio à família para participar ativamente das ações preventivas e tratamento adequado do paciente.

6. SAÚDE DO HOMEM

6. SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede do SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Nesse sentido, alguns aspectos particularizados podem fazer parte da Consulta de Enfermagem na Saúde do Homem, tais como os sugeridos a seguir:

- **Características sociodemográficas:** identidade de gênero e orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transsexualidade, panssexualidade, assexualidade e intergênero);
- **Antecedentes familiares:** Hiperplasia Benigna Prostática (HBP), câncer de próstata, tabagismo e abuso de álcool e outras drogas;
- **História de saúde pregressa:** comorbidades transmissíveis e não transmissíveis, cirurgias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, hábitos e vícios (abandono), sedentarismo e atividade física, internação por causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, intoxicação, queimaduras, acidente com animais peçonhentos, exposição à radiação e violência), tratamento dentário, imunização, uso de medicamentos, polifarmacia, conhecimento prévio de doença e adesão a terapêutica;
- **Antecedentes uro-andrológicos:** sexarca, uso de métodos contraceptivos, uso de preservativo com parceria fixa e não fixa, número de filhos, autoexame testicular e de mama, uso de próteses (silicone), antecedentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), histórico de disfunção erétil, infertilidade e uso de hormônios, fimose, ginecomastia, HBP, Orquiepididimite, priapismo, escroto agudo, varicocele, disfunção erétil, atividade sexual, libido, história de cirurgia, trauma renal, uretral e de genitália externa, infecção urinária, incontinência urinária, história de toque prostático (retal), níveis de testosterona

e espermograma completo, data e motivo da última visita à unidade de saúde, diurese e Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM);

- **Queixa principal:** investigar holisticamente as características de problemas relatados (início duração, intensidade, fatores agravantes e minimizadores);
- **Doença ou preocupação de saúde atual:** não subestimar a clínica e a preocupação do homem. Acolher os homens, escutando suas demandas e sugestões (escuta sem juízo de valores de ordem pessoal e moral), e oferecendo apoio nas situações difíceis, incentivando-os a cuidar da própria saúde;
- **Perfil do homem:** percepção de masculinidade, vulnerabilidade, identidade de gênero e orientação sexual, satisfação com o emprego, lazer, ambiente interpessoal e cultural, relacionamento familiar e sistema de apoio, autocuidado, padrão de estilo de vida, autoimagem, autorealização, autoconceito e filosofia de vida;
- **Cuidador:** verificar presença e grau de dependência de cuidador formal ou informal;
- **Exame Físico, Evolução, Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem (GOIANIA, 2017).**

Agravos na população masculina

A população masculina se expõe a mais riscos, procuram menos os serviços de promoção e prevenção de saúde e costumam negar os processos de adoecimento devido a questões culturais e de gênero.

A PNAISH tem como objetivo aproximar os homens dos serviços de Atenção Básica para prevenir e diagnosticar precocemente as doenças que mais acometem essa população, entre elas estão as neoplasias como 3^a maior causa de morte na população masculina, estando atrás apenas das causas externas (violência e acidentes) e de doenças do aparelho circulatório (infarto e AVE).

6.1. Câncer de próstata – prevenção e detecção precoce

À Atenção Básica cabe realizar ações contínuas que levem à conscientização da população quanto à promoção à saúde e aos fatores de risco de câncer, sensibilizar a população masculina para a adoção de hábitos saudáveis (dieta rica em fibras e frutas e pobre em gordura animal, atividade

física e controle do peso) como uma ação de prevenção de câncer; a promoção da detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e viabilização do acesso a um tratamento equitativo e de qualidade.

A decisão de submeter-se ou não ao rastreamento deve ser do homem, após o devido esclarecimento, com apoio da equipe de saúde, e a decisão anotada em prontuário.

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

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

Fatores de risco para Câncer de Próstata

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

Ações de Enfermagem

- Orientar quanto a importância da avaliação da saúde anual;
- Orientar quanto aos fatores de risco e sinais e sintomas relacionados ao CA de próstata;
- Orientar clientela para a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada, controle de peso, ausência de tabagismo e alcoolismo, etc.);

- Realizar grupos educativos e ações em saúde sobre o tema.

Rastreamento de Câncer da Próstata

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

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

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

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

- O PSA é tecido-específico, mas não tumor-específico. Logo, outras condições como o aumento benigno da próstata, prostatite e infecções do trato urinário inferior podem elevar o nível de PSA. Cerca de 2/3 dos homens com PSA elevado NÃO têm câncer de próstata detectado na biópsia;
- Até 20% de todos os homens com câncer de próstata clinicamente significativo têm PSA normal;

- O valor preditivo positivo desse teste está em torno de 33%, o que significa que 67% dos homens com PSA positivo serão submetidos desnecessariamente à biópsia para confirmação do diagnóstico;
- O teste de PSA leva à identificação de cânceres de próstata que não teriam se tornado clinicamente evidentes durante a vida do cliente. O teste de PSA não vai, por si só, distinguir entre tumores agressivos que estejam em fase inicial (e que se desenvolverão rapidamente) e aqueles que não são agressivos.

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

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

Recentemente, os dois maiores ensaios clínicos em andamento sobre o rastreamento de câncer da próstata (*European Study of Screening for Prostate Cancer – ERSPC* e *o Prostate, Lung, Colorectal and Ovary – PLCO*) divulgaram resultados parciais conflitantes. No PLCO, após sete anos de acompanhamento, observou-se aumento de 22% no índice de diagnósticos realizados, mas não houve redução da taxa de mortalidade por câncer da próstata no grupo rastreado (ANDRIOLE, 2009).

Já os resultados do ERSPC apontam redução de 20% na taxa de mortalidade por câncer de próstata no grupo rastreado (redução de sete mortes

por esse câncer a cada 10.000 homens rastreados). Pesquisadores referem que diferenças no ponto de corte na dosagem do PSA, desenho dos estudos e diferenças raciais possam explicar os diferentes resultados.

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

Homens que demandem espontaneamente a realização do exame de rastreamento devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática e posteriormente definirem em conjunto com a equipe de saúde pela realização ou não do rastreamento. Esse tema também foi tratado na seção Dilemas e Incertezas da Prática Clínica (BRASIL, 2010).

ANEXOS

ANEXOS

Escore de Framingham

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

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

Fonte: National Institutes of Health, 2002

Cuidados de Enfermagem na Administração de Medicamentos

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTILIPEMIANTES

FÁRMACO SINVASTATINA*

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

ANTITIREOIDIANO

FÁRMACO LEVOTIROXINA

Orientar usuários quanto aos sintomas do hipertireoidismo: angina, arritmias cardíacas, palpitações, taquicardia, vômitos, diarreia, tremores, excitabilidade, insônia, cefaleia, rubor facial, sudorese, intolerância ao calor, perda de peso, fraqueza muscular, cãibras e febre. Menos frequentes: alopecia, alterações no ciclo menstrual, aumento do apetite e irritabilidade. Procurar assistência médica.

Observação: Normalmente ocorrem em doses excessivas e regridem com a redução da dose ou interrupção temporária do tratamento. 1. Reações de hipersensibilidade: erupção cutânea, prurido e edema. Procurar assistência médica. Gravidez: Deverá ser feita a monitoria da concentração sérica da tireotrofina (TSH – hormônio estimulante da tireoide) materna - a levotiroxina pode atravessar a barreira placentária e a excessiva concentração materna pode causar dano ao feto. Lactação: a pequena quantidade excretada pelo leite não afeta os testes para hipotireoidismo neonatal.

Orientar aos usuários:

- Para ingerir com 250 mL de água e com o estômago vazio, 30 minutos antes ou 2 horas após o café da manhã e depois ficar mais 30 minutos sem ingerir alimentos.
- Pode ser necessário de 6 a 8 semanas para o medicamento começar a fazer efeito. Não interromper o tratamento sem falar com o médico.
- Mulher em idade fértil que estiver planejando ficar grávida - orientar sobre a importância de estar com o tratamento na dose adequada e realizar exame da tireoide antes da concepção, pois é necessário fazer ajuste terapêutico. Reforçar a importância do acompanhamento pré-natal.

CUIDADOS

CUIDADOS

| CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS | |
|---|---|
| ANTIPARASITOS | |
| ECTOPARASITICIDAS | |
| FÁRMACOS | PERMETRINA 5% (CREME OU LOÇÃO) PERMETRINA 1% (CREME OU LOÇÃO) |
| CUIDADOS | <p>Instruir o cliente (familiar ou responsável) a aplicar a medicação exatamente conforme recomendado e a não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico. Informar ao cliente as reações adversas mais frequentes-> prurido, eritema, erupção cutânea, relacionadas ao uso da medicação e, que diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente aquelas incomuns ou intoleráveis, o médico deverá ser comunicado. No caso da escabiose, o prurido pode se manter por semanas, mesmo após o sucesso do tratamento. Recomendar evitar o uso de qualquer outra droga, ou medicação sem o conhecimento médico durante a terapia.</p> <p>Pediculose -> orientar a lavar o cabelo e secar com toalha limpa e seca-> aplicar a solução a1% em todo o cabelo, incluindo a nuca e atrás da orelha -> deixar agir por 10 minutos e, e seguida, enxaguar com água abundantemente. Escabiose -> Orientar a aplicar a solução a 5% no corpo todo do pescoço para baixo massageando toda a superfície corporal-> deixar agir por 8 a 12 horas e, então, remover com banho. É recomendável (não obrigatório) repetir o tratamento após uma semana. Tratar toda a família e trocar a roupa de cama e de banho no dia do tratamento (também lavá-las).</p> |
| ANTI-HELMINTICO | |
| FÁRMACO | ALBENDAZOL CP MEBENDAZOL CP |
| CUIDADOS | <p>ALBENDAZOL CP -> Instruir o cliente a aplicar a medicação exatamente conforme recomendado e não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico. A medicação não pode ser usada em crianças menores de 2 anos, mulheres em idade fértil, nem durante a gestação, ou lactação. Informar ao cliente as reações adversas como: vertigem, cefaleia, dor epigástrica, boca seca, febre, prurido, vômitos e diarreia. Diante a ocorrência de qualquer uma delas, principalmente as incomuns ou intoleráveis, o médico deverá ser comunicado. Devido a possibilidade de tontura, recomendar evitar atividades que requerem estado de alerta.</p> <p>MEBENDAZOL CP -> Instruir o cliente a aplicar a medicação exatamente conforme recomendado e não interromper o tratamento sem o conhecimento do médico. A medicação não deve ser usada durante a gestação ou lactação. Informar ao médico as reações adversas que são escassas e de pouca intensidade, mas podem ocorrer como: fadiga incomum, anorexia, epigastralgia, náuseas, erupção cutânea, prurido, febre, diarréia e vômitos. Recomenda-se manutenção de boas normas de higiene pessoal, principalmente quanto à lavagem das mãos e quanto ao saneamento básico. Interações medicamentosas: para os diabéticos que recebem insulina, ou hipoglicemiantes orais, pode potencializar o efeito hipoglicêmico, pois o mebendazol facilita a liberação de insulina. A carbamazepina diminui a concentração plasmática do mebendazol. Os comprimidos podem ser macerados ou mastigados e administrados em com água ou alimentos.</p> |
| ANTIPROTOZOARIOS | |
| FÁRMACO | METRONIDAZOL |
| CUIDADOS | <p>Informar ao cliente as reações adversas como: cefaleia, irritação gastrointestinal e sabor metálico persistente. Com menor frequência aparecem erupções cutâneas, urina escura e sonolência. É aconselhável a abstenção de álcool durante o tratamento. Orientar a ingerir o medicamento com alimentos. A medicação não deve ser usada durante a gestação e lactação.</p> |

| CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS | |
|---|---|
| ANTITÉRMICOS | |
| FÁRMACO PARACETAMOL GOTAS | |
| CUIDADOS | <p>Antes da administração avaliar reação de hipersensibilidade a ácido acetilsalicílico e de outros AINEs, gestação ou lactação, disfunção hepática, rena e história de alcoolismo. A medicação pode ser administrada com alimentos para evitar desconforto GI. Diabéticos: deve haver cautela na interpretação dos resultados laboratoriais de glicemia, pois o uso de paracetamol interfere com alguns testes laboratoriais para determinação de glicose gerando valores falsamente diminuídos. Interação medicamentosa: Aumento da toxicidade hepática quando associado com barbitúricos, carbamazepina, hidantoína, sulfampirazona zidovudina, ingestão crônica e excessiva de álcool. Rifampicina diminui o efeito analgésico. O paracetamol potencializa o efeito de anticoagulantes cumarínicos.</p> <p>DIPIRONA GOTAS Contraindicado para pessoas com condições circulatórias instáveis.</p> |

Em relação a todos os medicamentos

- Orientar a medicação conforme receita médica, respeitando dias e horários - não pular horários nem fracionar doses;
- Enfatizar a importância da mudança dos hábitos de vida, como estimular a prática de exercícios regulares e uma alimentação adequada;
- Informar ao cliente o objetivo do medicamento para facilitar tanto a compreensão do seu diagnóstico quanto também a sua colaboração no tratamento.
- Informar ao cliente as reações adversas mais frequentes relacionadas ao uso do medicamento e que, diante da ocorrência de qualquer uma delas, principalmente sinais de toxicidade, o médico deverá ser comunicado imediatamente;
- Recomendar ao cliente que evite o tabagismo e o consumo de álcool, como também o uso de qualquer outra droga ou medicações sem o conhecimento do médico;
- Recomendar que o cliente informe o esquema de tratamento anterior ao prescritor.

Observar também:

- Alterações hepáticas ou renais, hipovolemia, hiponatremia ou terapia diurética concomitante;
- Clientes com estenose aórtica / cardiomiopatia hipertrófica, insuficiência cerebrovascular ou cardíaca, pós-cirúrgicos, geriátricos ou hipertensos da raça negra.

Atentar para:

- Medicamentos que não podem ser utilizados durante lactação e gestação e os que devem ser utilizados com cuidado durante este período.

Exames Autorizados para Solicitação do Enfermeiro, em pacientes adultos

- Ácido Úrico;
- Colesterol Total e Frações;
- Creatinina;
- Glicemia de Jejum;
- Hemoglobina Glicada (se DM);
- Hemograma Completo;
- Microalbuminúria amostra isolada (se DM e HAS);
- Potássio;
- Sódio;
- Ureia;
- Sorologias para Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs (Anti-HIV, VDRL, Anti-HCV, HBSAg);
 - Urina 1;
 - PPF com Kato/ Hoffman;
 - Eletrocardiograma – ECG (para HAS e DM);
 - Fundoscopia (rastreamento de retinopatias, para HAS e DM).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html> Acesso em: 20 mar. 2019.

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>>; Acesso em: 10 mar. 2019.

ARAUJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das Drogas. In: SILVEIRA, D. X.; Arq Bras Cardiol. v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

ASSIST. Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: OMS, 2004. Versão Preliminar, 2004.

BAJAY, H.M.; JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Curativos e coberturas para o tratamento de feridas. 2015.

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

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Protocolo de assistência aos portadores de ferida. Belo Horizonte (MG): SMSA; 2006.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Ferida. 2011. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/protocolos/curativos.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE ENFERMAGEM. O Papel dos Profissionais de Enfermagem em Pacientes com Sarampo. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/o-papel-dos-profissionais-de-enfermagem-em-pacientes-com-sarampo/>. Acesso em 03 de out 2021.

BLANES, L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: Último acesso em: 11/09/2022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Programa de agentes comunitários de saúde. Brasília: 1994.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Lei Nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 jul. 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 18 maio 2001.

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

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gripe-influenza>

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis . Vigilância sentinel da síndrome gripal (SG) no Brasil. 2015. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/vigilancia_sentinela_de_sg_no_brasil_final.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde 5. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya : manejo clínico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 121 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 149 p.: il.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília: 1990.

BRASIL. Organização Panamericana de Saúde. 31 de maio — Dia mundial sem tabaco. Boletim Informativo. Brasília: 1995.

BRASIL. Parecer n. 09/2016/CTAS/COFEN. EMENTA: Solicitação de parecer sobre a administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone. Brasília, DF, Maio 2016.

BRASIL. Resolução COFEN n. 501/2015 – Revogada pela Resolução Cofen n. 567/2018. Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Brasília, DF, Dez 2015.

BRASIL. Resolução COFEN. Nova técnica COFEN/CTLN N° 03/2017. Brasília, DF, Junho 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas – CEBRID, 2015.

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

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei do Exercício Profissional, nº 7.498/86; Decreto nº 94.406/87 e Código de Ética dos profissionais de enfermagem, 1987.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311 de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007.

COFEN. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução nº 358 de 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. 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 0501\2015 Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas. 2015.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia. Parecer nº 06/2013, referente à solicitação de esclarecimentos sobre as competências dos Enfermeiros no tratamento de feridas, bem como o direito de atender consultas em estabelecimentos privados e o direito de usar lâmina de bisturi no desbridamento conservador, 2013.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN – SP CAT Nº 011/2009. Uso do laser de baixa intensidade pelo profissional enfermeiro no tratamento clínico de feridas, 2009.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN- SP CAT Nº 013\2009- Realização de debridamento pelo enfermeiro, 2009.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. Parecer COREN-SP CAT Nº 5334\2014 Prescrição de coberturas para tratamento de feridas por enfermeiros, 2015.

D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

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

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Saiba a diferença entre Covid-19, resfriado e gripe. Disponível em: <http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Saiba-diferenca-entre-Covid-19-resfriado-e-gripe>

HALLFORS, D. D.; SAXE, L. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. Am. J. Public Health., v.83, n.9,p.1300-1304, 1993.

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

LACKS, V.; JULIÃO, A. Transtornos relacionados ao uso de drogas: avaliação diagnóstica e uso de instrumentos de avaliação psiquiátrica. In: SILVEIRA, D. X.;

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

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

MENECHIN, P; VATTIMO M.F.F. Fisiologia do processo cicatricial. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.

MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

NORMA TÉCNICA DE PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA, Atualização em julho de 2021.

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

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Brasília, DF, 2005b.

OMS - Organização Mundial Saúde. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias, 2013.

PRADINES, S.M.S. et al. Protocolo para tratamento de feridas. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p. 1319 – 1338.

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-cardiovascularportugues.pdf>.

Revista Hipertensão, v.13, n.1, jan./mar. 2010.

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

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

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

SÃO PAULO (estado). Secretaria do Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma técnica do programa de imunização. São Paulo: CVE, 2021.

SÃO PAULO (estado). Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de Bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes brasileiras de hipertensão VI.

SCHWARZ P.E., LI J, REIMANN M et.al. The Finnish Diabetes Risk Score is Associated with Insuline Resistance and Progression towards Diabetes type 2. U Clin Endocrinol Metab. v. 94, n. 7, p. 920 – 926. 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual Da Saúde Do Rio Grande Do Sul. Resolução nº 303/18 CIB/RS Nota Técnica 03/2018 Atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus, 2018b. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-dm.pdf>.

SBD - Sociedade Brasileira De Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2021-2022). São Paulo: Clannad, 2022.

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

VIANNA, F.C. Psicoterapia: Um enfoque fenomenológico existencial. In: SILVEIRA,

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 20. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2020.6-ng.pdf;jsessionid=AB6065219E532E2F47B566C383592592?sequence=1>. Acesso em: 11/09/2022.