

## HIPERTENSÃO, DIABETES E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Florianópolis, agosto de 2017.  
(Atualizado em setembro de 2017).  
Versão 1



[www.corensc.gov.br](http://www.corensc.gov.br)



[facebook.com/corenSC](https://facebook.com/corenSC)



[twitter.com/Corensc](https://twitter.com/Corensc)



[instagram.com/corensc](https://instagram.com/corensc)

**VOLUME 1**

Atualizado em Setembro de 2017

**HIPERTENSÃO, DIABETES  
E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES**

**COLABORAÇÃO**

Elizimara Ferreira Siqueira

**DIAGRAMAÇÃO**

*Karen Nascimento Ramos*

**Florianópolis, agosto de 2017**

**Versão 1**

**Prefeito**

Gean Marques Loureiro

**Vice-Prefeito**

João Batista Nunes

**Secretário de Saúde**

Carlos Alberto Justo da Silva

**Secretário Adjunto**

Sandro José Andretti

**Diretor de Atenção à Saúde**

Nulvio Lermen Junior

**Gerente de Atenção Primária**

Sandra Regina da Costa

**Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)**

Elizimara Ferreira Siqueira

**Coordenação de Projeto**

Lucas Alexandre Pedebos

Vinicius Paim Brasil

**Colaboradores**

Alessandra De Quadra Esmeraldino

Ana Carolina Severino Da Silva

Anna Carolina Ribeiro Lopes Rodrigues

Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica

Caren Cristina Wiles Della Méa da Fonseca

Carmen Ruggi Bonfim Santoro

Cilene Fernandes Soares

EdlaZwiener González

Fernanda De Conto

Fernanda Paese

Gisele Magnabosco

Guilherme Mortari Belaver

Ingrid Valeria Veronez

Izabel Cristina Martendal Conrat

JadsonJovaert Mota Kreis

João Marcos Emerenciano

Julia Maria De Souza

Juliana Cipriano Braga Silva

Karina Mendes Garcia

Laura Denise Reboa Castillo Lacerda

Milena Pereira

Missouri Helena Bizarro Komatu Paixão

Priscilla Cibele Tramontina

Renata Da Rosa TurattiFetzner

Stella Maria Pfitzenreuter

Tatiana Vieira Fraga

Solange Alberti Andrzejewski



## **GESTÃO PARTICIPAÇÃO 2018-2020**

### **DIRETORIA**

#### **Presidente**

Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29.525

#### **Secretária**

Enf. Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510

#### **Tesoureira**

Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183.306-TE

#### **Membros Efetivos**

Enf. Esp. Elizimara Ferreira Siqueira – Coren/SC 82888  
Enf. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos – Coren/SC 9406  
Enf. Msc. Helga Regina Bresciani – Coren/SC 29525  
Enf. Msc. Ioná Vieira Bez Birolo – Coren/SC 58205  
Enf. Daniella Regina Farinella Jora – Coren/SC 118510  
Téc. de Enf. Alessandra Junkes Coutinho – Coren/SC 183306  
Téc. de Enf. Míssia Mesquita Páscoa – Coren/SC 139423  
Téc. de Enf. Priscila Rodrigues da Cunha – Coren/SC 575913  
Aux. de Enf. Rosângela Borges da Silva – Coren/SC 586762

#### **Membros Suplentes**

Enf. Esp. Ana Paula da Silva Maciel – Coren/SC 201279  
Enf. Dayane Carla Borille – Coren/SC 86248  
Enf. Msc. Jerry Schmitz – Coren/SC 80977  
Enf. Esp. Lais Concellos – Coren/SC 75136  
Enf. Ediane Bergamin – Coren/SC 148765  
Téc. de Enf. Daniela Maçaneiro – Coren/SC 119636  
Téc. de Enf. Eliana Maria Kraeul Quintino – Coren/SC 87230  
Téc. de Enf. Felipe da Rosa Pedro – Coren/SC 680401  
Téc. de Enf. Vilmar Wanderet – Coren/SC 319008

### **COMISSÃO DE ÉTICA DO COREN/SC**

#### **Membros Efetivos**

Maria do Carmo Vicensi - Coren/SC 61.288 - Coordenadora  
Giana Marlize Boeira Poetini - Coren/SC 104.054  
Maristela Jeci dos Santos - Coren/SC 58.528  
Bernadette Kreutz Erdtmann - Coren/SC 62.472  
Elizandra Faria Andrade - Coren/SC 83.641

## APRESENTAÇÃO

Continuando com o processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população, ampliação do acesso aos serviços de saúde e valorização dos profissionais, estamos ampliando as atribuições do enfermeiro no Estado de Santa Catarina.

Tal ampliação visa dinamizar o atendimento do usuário nas unidades de saúde, favorecer o trabalho em equipe e racionalizar/valorizar as competências técnicas de cada profissional.

Este documento é o primeiro produto escrito pela Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis em parceria com o Coren/SC com condutas para a prática de enfermagem para os municípios, mas outros tantos serão publicados tratando sobre diversos temas pertinentes ao exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, atribui ao enfermeiro funções que são exercidas internacionalmente na atenção primária, a saber: cuidado integral de portadores das doenças crônicas não complicadas mais frequentes e rastreamento das doenças mais prevalentes na população.

Nosso intuito com esta publicação foi de validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

---

**Carlos Alberto Justo da Silva**  
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

**Helga Regina Bresciani**  
Presidente Coren/SC

## **A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis.**

### **A Enfermagem**

A Enfermagem no âmbito nacional é uma profissão regulamentada a partir da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Suas normas e princípios fundamentam-se pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.

A Enfermagem desempenha papel preponderante na efetivação do Sistema Único de Saúde nos diversos espaços: da assistência, do ensino e da pesquisa.

Inserida na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis, a Enfermagem, de maneira significativa, manifesta sua essência e especificidade no cuidado ao ser humano, seja no aspecto individual ou coletivo.

Especificamente na Atenção Primária a Saúde, por meio da ampliação do acesso e da prática clínica, as atribuições dos profissionais de Enfermagem estão voltadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos, e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidade, realizados de maneira interdisciplinar e multiprofissional.

Visando à integralidade do cuidado à pessoa e à família e o fortalecimento da rede de atenção, a Enfermagem também atua na área da Média Complexidade Municipal, na prestação do atendimento a população por especialidades, seja por uma situação crônica de saúde ou de urgência ambulatorial.

Na área de Urgências e Emergências do município, estruturas de complexidade intermediária entre os Centros de Saúde e as portas de urgência e emergência hospitalares, a Enfermagem confere o seu papel no atendimento aos agravos agudos, a partir de uma abordagem integral com a mudança de foco da doença para a pessoa e família.

### **A Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Primando pela melhoria do atendimento à população no campo da saúde pública, o enfermeiro, enquanto agente de transformação social, busca a organização e operacionalização do seu processo de trabalho a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), determinada pela resolução COFEN 358/2009.

A SAE, a partir de métodos, diretrizes, normativas, instrumentos orientativos, torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Este é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação necessária da prática, tornando evidente a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população.



O Processo de Enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

PROCESSO DE ENFERMAGEM	
I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)	Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
II - Diagnóstico de Enfermagem	Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
III – Planejamento de Enfermagem	Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
IV – Implementação	Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
V - Avaliação de Enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

FONTE: COFEN/2009

Conforme o arcabouço legal que fundamenta a profissão, o Processo de Enfermagem é executado por todos os profissionais de Enfermagem, cabendo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação deste processo, de modo a alcançar os resultados esperados. É privativo ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem, sendo este acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas. O Técnico e Auxiliar de Enfermagem participam da execução deste processo, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (COFEN, 2009).

A Enfermagem originalmente se diferencia na abordagem integral centrada na pessoa e na atenção à resposta humana. Assim o Processo de Enfermagem é aplicado no encontro entre o profissional de Enfermagem e os indivíduos. A prática clínica do enfermeiro se dá nesse encontro e mediante a operacionalização do Processo de Enfermagem na Consulta de Enfermagem.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade independente e privativa do enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, e está respaldada por uma série de dispositivos legais que orientam uma prática ética e segura.

A solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, em conformidade com protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal e observadas as disposições legais da profissão, configuram-se como atribuição específica do enfermeiro na Política Nacional da Atenção Básica, além da realização de procedimentos e atividades em grupo (BRASIL, 2011).

A Consulta de Enfermagem deve ocorrer no atendimento à demanda programada ou espontânea, na unidade de saúde, no domicílio ou em outros espaços do território. A mesma está prevista na Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde de Florianópolis entre as atribuições mínimas do Enfermeiro, sendo ofertada a pessoas de todas as faixas etárias.

## **O Registro da Consulta de Enfermagem**

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. Tais registros podem ser também da família ou coletividade humana.

Para registro no prontuário eletrônico, a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis recomenda o uso do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), a construção/atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem) como forma de facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos.

Notas de evolução claras e bem organizadas fazem parte da elaboração de uma boa história clínica ou de vida, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema ou necessidades de saúde. A estrutura das notas de evolução é formada por quatro partes detalhadas conhecidas por "SOAP", que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para "Subjetivo", "Objetivo", "Avaliação" e "Plano".

## **A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE**

A necessidade e a vontade de utilizar um vocabulário próprio e objetivo para o registro da prática dos profissionais da enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis nos levaram a buscar uma terminologia de enfermagem que contemplasse esses requisitos. Além disso, que fosse capaz de favorecer a qualidade da assistência e o reconhecimento da Enfermagem enquanto profissão



que produz cuidado, conhecimento e ciência. A partir de algumas análises internas, optou-se por estudar melhor a CIPE por se acreditar que esta classificação seria adequada a essas necessidades.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) é um instrumento de informação que descreve e proporciona dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. No âmbito mundial, consolida-se como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro.

No 19º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem em Seul, na Coréia, ocorrido em 1989, foi aprovada a resolução para estabelecer uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com objetivo precípuo de demonstrar de forma concreta a importante contribuição da enfermagem para a saúde, criando uma linguagem universal apta a envolver a Enfermagem do mundo inteiro em torno de uma causa comum.

No ano de 1996, o Conselho Internacional de Enfermeiros publicou a CIPE<sup>®</sup> versão Alfa, tornando-se o marco histórico dessa classificação, seguida das publicações CIPE<sup>®</sup> Versão Beta em 1999 e Versão Beta 2 em 2001. No entanto, ela ainda não estava satisfazendo as necessidades dos enfermeiros na prática profissional e, para assegurar que a próxima versão da CIPE<sup>®</sup> fosse compatível com vocabulários e normas já existentes, foi lançada a CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0 no ano de 2005, Versão 1.1 em 2008 e Versão 2.0 em 2009, sendo que a cada dois anos atualizações menores são lançadas.

A CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0 trouxe uma nova estruturação, diferenciada da CIPE<sup>®</sup> Versão Beta 2, simplificando a estrutura de oito eixos para uma de sete eixos (Figura 1). O novo agrupamento de eixos surge com a intenção de proporcionar um acesso agradável e de fácil compreensão ao usuário dos termos.

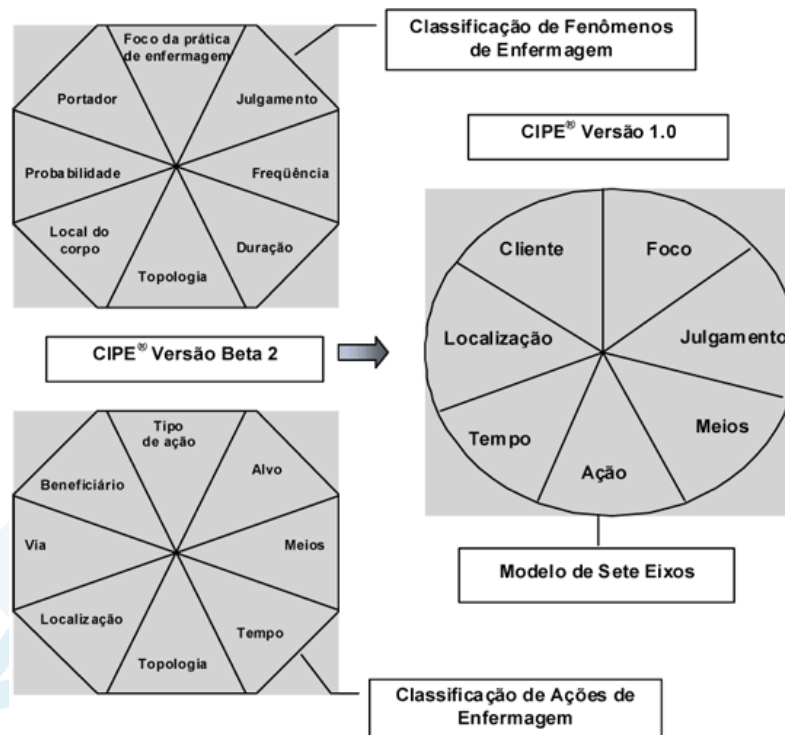


Figura 1. Da CIPE® Beta 2 para o Modelo de 7 Eixos da CIPE®

Fonte: ICN, 2011.

A partir das modificações, o modelo passou a apresentar uma única estrutura de classificação organizada em sete eixos. Para a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, são recomendadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo do Foco, (2) deve incluir um termo do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme o necessário, dos eixos do Foco, Julgamento ou de outros eixos. No desenvolvimento de enunciados de intervenções de enfermagem, são aconselhadas as seguintes diretrizes: (1) deve incluir um termo do Eixo da Ação, (2) deve incluir pelo menos um termo Alvo – um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Julgamento, (3) pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo.

A CIPE® Versão 2.0 traz, para cada um dos seus sete eixos, as seguintes definições:

- ✓ **Foco:** Área de atenção que é relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida, conhecimento);
- ✓ **Julgamento:** Opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, presente);
- ✓ **Cliente:** Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família ou comunidade).
- ✓ **Meios:** Forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: atadura, caderneta de vacinação);

- ✓ **Ação:** Processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorar);
- ✓ **Tempo:** O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: administração, nascimento ou crônico);
- ✓ **Localização:** Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade);

Nesta perspectiva a CIPE<sup>®</sup> tem por objetivo:

- ✓ Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar;
- ✓ Representar os conceitos utilizados nas práticas locais, independente dos idiomas e áreas de especialidade;
- ✓ Descrever os cuidados de Enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) a nível mundial;
- ✓ Permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de pacientes, contextos, áreas geográficas e tempo;
- ✓ Estimular a investigação em Enfermagem através da relação como os dados disponíveis nos sistemas de informação em Enfermagem e da saúde;
- ✓ Fornecer dados sobre a prática de Enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde e;
- ✓ Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, prestação do cuidado de Enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de Enfermagem.

Através dos objetivos, a CIPE<sup>®</sup> é capaz de proporcionar a comunicação entre os pares, comparar os dados de enfermagem entre os diferentes contextos, auxiliar na tomada de decisão do profissional, no raciocínio clínico do enfermeiro, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, na geração de novos conhecimentos, na promoção de um cuidado qualificado e na garantia de mais instrumentos para a segurança do paciente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis orienta a integração dos sistemas de registro com o Processo de Enfermagem, conforme o quadro abaixo:

### COMPARATIVO -SOAP/ ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM/CIPE

Etapa	SOAP	Processo de enfermagem	CIPE
<b>S – Subjetivo</b>	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de enfermagem (entrevista)	
<b>O –Objetivo</b>	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de enfermagem (exame físico)	
<b>A – Avaliação</b>	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de enfermagem Planejamento de enfermagem Avaliação de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem Resultado de enfermagem
<b>P – Plano</b>	Plano de cuidados/ condutas	Implementação	Intervenções de enfermagem

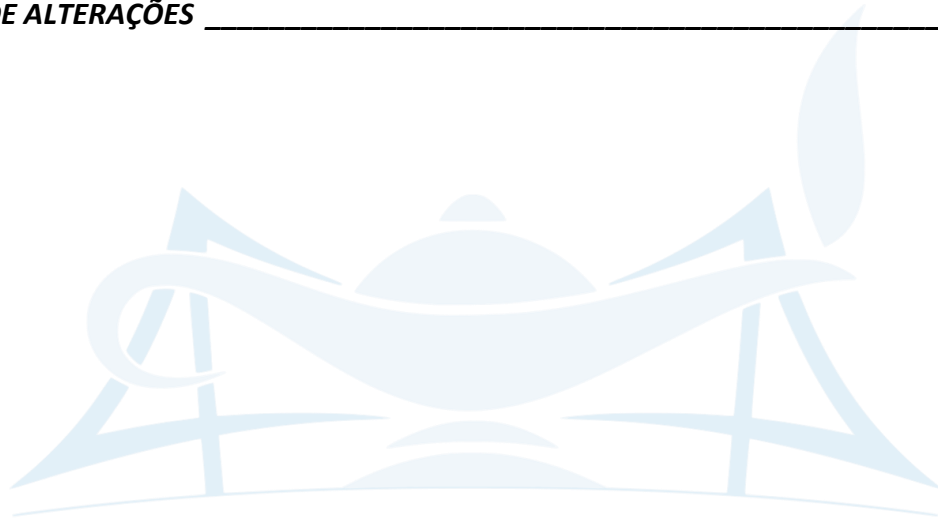
Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

A instituição de protocolos clínicos, sistemas de registro, manuais e procedimentos operacionais padrão, integram a Sistematização da Assistência de Enfermagem, viabilizando o cuidado profissional de Enfermagem com a operacionalização do processo de enfermagem. Assim, a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem apresenta este primeiro volume da série de Protocolos de Enfermagem, uma construção coletiva dos Enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

## SUMÁRIO

<b>1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)</b>	<b>11</b>
<b>1.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS</b>	<b>11</b>
1.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas)	11
1.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)	11
<b>1.2 MEDICAMENTOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO</b>	<b>11</b>
1.2.1 Condições gerais	12
1.2.2 Lista de medicamentos anti-hipertensivos	14
1.2.3 Outros medicamentos que agem no sistema cardiovascular	14
<b>1.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</b>	<b>15</b>
1.3.1 Condições Gerais	15
1.3.2 Lista de exames complementares	16
<b>2.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS</b>	<b>18</b>
2.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas)	18
2.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)	18
<b>2.2 MEDICAMENTOS E INSUMOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO</b>	<b>20</b>
2.2.1 Condições gerais	20
2.2.2 Lista de medicamentos hipoglicemiantes e outros insumos	22
<b>2.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS</b>	<b>22</b>
2.3.1 Condições gerais	22
2.3.2 Lista de exames complementares	22
<b>3 TABAGISMO</b>	<b>25</b>
<b>3.1 DIAGNÓSTICO</b>	<b>25</b>
<b>3.2 TRATAMENTO</b>	<b>26</b>
3.2.1 Abordagem psicossocial	26
3.2.1 Abordagem farmacológica	27
<b>4 ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL</b>	<b>30</b>
<b>4.1 DIAGNÓSTICO</b>	<b>30</b>
4.1.1 AUDIT	30
4.1.2 CAGE	31
<b>4.2 TRATAMENTO</b>	<b>31</b>
4.2.1 Abordagem Psicossocial	31
4.2.2 Abordagem Familiar	32
4.2.3 Manejo clínico e medicamentoso da Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)	32
<b>5 RASTREAMENTO DE PROBLEMAS ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES</b>	<b>33</b>
<b>5.1 RISCO CARDIOVASCULAR / DISLIPIDEMIA</b>	<b>33</b>
<b>5.2 ABUSO DE ÁLCOOL</b>	<b>34</b>

<b>5.3 OBESIDADE</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS PRINCIPAIS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO I - TABELAS PARA O CÁLCULO DO RISCO CARDIOVASCULAR - ESCORE DE FRAMINGHAM</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO II – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)</b>	<b>42</b>
<b>CONTROLE DE ALTERAÇÕES</b>	<b>43</b>





## **1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

### **1.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS**

O diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é realizado a partir de medidas de pressão arterial elevadas. O diagnóstico de hipertensão nunca deverá ser baseado em uma medida isolada. De maneira geral, três medidas em dias e horários diferentes são suficientes para estabelecer o diagnóstico de HAS. Muitos fatores podem alterar os valores de pressão arterial como exercícios físicos, consumo de bebidas estimulantes e questões emocionais, de modo que o profissional deva sempre ter cautela ao informar o paciente sobre alterações nos níveis pressóricos.

#### **1.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas<sup>1</sup>)**

Deve acontecer através da aferição da pressão arterial para todos com mais de 18 anos, indiferentemente da queixa que levou à consulta. Para tal, a pessoa deve estar em repouso há pelo menos 15 minutos e não deve ter ingerido bebidas estimulantes (café, energético, etc.), fumado ou feito exercícios extenuantes nos trinta minutos anteriores.

- Para aqueles com resultado igual ou menor a 120/80 mmHg, rastrear a cada 2 anos.
- Para aqueles com pressão arterial sistólica entre 120 e 139 mmHg, ou com pressão arterial diastólica entre 80 e 89 mmHg, rastrear anualmente.

Além disso, todas as gestantes devem ter sua pressão arterial verificada em cada consulta.

---

#### **1.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)**

A sintomatologia relacionada a alterações na pressão arterial (PA) pode não ser tão facilmente identificada, já que uma grande gama de sinais/sintomas pode ser atribuída a outras causas. Dessa forma, é importante aferir a PA de todas as pessoas com sinais e/ou sintomas mais facilmente relacionáveis, como síncope, sangramento nasal ou dores no peito e na cabeça; ou menos diretos, como dores difusas, parestesia ou alterações visuais e auditivas. Como dor e/ou desconforto podem alterar a PA, é importante que aferições realizadas nesse momento sejam analisadas com cautela, já que podem ser a consequência dos sinais/sintomas, e não a causa. Assim, tomar a conduta pertinente ao quadro clínico e, havendo suspeita de HAS (não apenas valor elevado isolado), orientar aferições posteriores para definição do diagnóstico.

---

## **1.2 MEDICAMENTOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO**

---

<sup>1</sup> Para maiores detalhes sobre o exame em pessoas assintomáticas (rastreamento), ler o capítulo 4 deste mesmo documento - Rastreamento de Problemas Associados a Doenças Cardiovasculares.

Esta seção traz uma lista de medicamentos anti-hipertensivos passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro que atua em Centros de Saúde do município (unidades de atenção primária)**, 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, 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 quando 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).**

### 1.2.1 Condições gerais

O enfermeiro poderá renovar a receita de medicamentos anti-hipertensivos contanto que:

- O paciente possua receita prévia emitida no último ano por **médico da atenção primária do município** devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sinais/sintomas ou demandas que exijam avaliação médica **imediate** (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde grave);
- Se o paciente for portador de qualquer das seguintes comorbidades ou complicações, tenha sido avaliado por médico pelo menos nos últimos 6 meses: 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, detalhada na seção de exames deste capítulo), sendo que na inexistência de tal resultado no último ano é sugerido ao enfermeiro a solicitação do exame e renovação da receita por período compatível com a realização do exame laboratorial para avaliação posterior;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou 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:
  - Paciente 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 possuam diabetes mellitus associada:
    - Com retinopatia: 130/80 mmHg;
    - Sem retinopatia: 140/80 mmHg.

Obs.: 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 considerados). 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.**

### 1.2.2 Lista de medicamentos anti-hipertensivos

MEDICAMENTO	DOSE MÁXIMA
ATENOLOL	100 mg/dia
PROPRANOLOL	240 mg/dia
HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg/dia
FUROSEMIDA	80 mg/dia
ESPIRONOLACTONA	100 mg/dia
LOSARTAN	100 mg/dia
CARVEDIOL	50 mg/dia
METILDOPA	1500 mg/dia
ANLÓDIPINO, BESILATO	10 mg/dia
VERAPAMIL, CLORIDRATO	480 mg/dia
CAPTÓPRIL	150 mg/dia
ENALAPRIL, MALEATO	40 mg/dia

Obs.: A renovação de metildopa não deverá ser realizada pelo enfermeiro caso a paciente seja gestante.

### 1.2.3 Outros medicamentos que agem no sistema cardiovascular

Alguns outros medicamentos podem ser utilizados de maneira associada a anti-hipertensivos ou antidiabéticos para redução da probabilidade de ocorrência de desfechos desfavoráveis, como IAM e AVC. Assim, normalmente o uso destes medicamentos se justifica para pacientes de alto risco cardiovascular (RCV).

Dessa forma, o enfermeiro poderá renovar a receita para os medicamentos listados abaixo contanto que o paciente tenha alto RCV\*. Nos casos em que o medicamento tenha sido prescrito para paciente de baixo/intermediário RCV, o mesmo deverá ser referenciado para consulta médica para avaliação da necessidade de manutenção da medicação.

\* Para cálculo do RCV, utilizar o escore de Framingham (anexo I).

#### MEDICAMENTOS:

>>AAS (Ácido Acetil Salicílico)

Dose máxima de 200mg/dia

Obs. 1: Atentar para o tempo estipulado de tratamento, já que alguns pacientes podem ser orientados a fazer uso apenas por um curto período para resolução de um problema de saúde pontual (não fazem uso crônico da medicação).

Obs. 2: Orientar o usuário a evitar uso de AINEs por conta própria, uma vez que esses medicamentos também interferem na coagulação sanguínea. Dessa forma, atentar para aparecimento de petéquias e hematomas sem associação a trauma local, bem como relato de hematêmese/melena (possivelmente associados a sangramento gastrointestinal).

Obs. 3: Evite se úlcera péptica, distúrbios de coagulação. Cuidado se dispepsia, > 65 anos ou uso de corticoide, varfarina.

>>Sinvastatina

Dose máxima de 80mg/dia (se paciente faz uso de anlodipino, a dose máxima recomendada é de 20mg ao dia devido interação medicamentosa)

Obs.1: Pode induzir rabdomiólise (destruição de células do músculo estriado esquelético), gerando dor e diminuição da massa muscular da pessoa. Atentar para dores e fraqueza muscular, sem associação com evento recente, em pessoas que fazem uso de sinvastatina e outras estatinas, as quais deverão passar por avaliação médica para verificar a manutenção ou suspensão da medicação.

Obs 2: Evite sinvastatina se usa lopinavil/ritonavir, atazanavir/ritonavir ou darunavir/ritonavir: solicite avaliação médica para considerar ao invés atorvastatina ou pravastatina.

---

### **1.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

#### **1.3.1 Condições Gerais**

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de hipertensão arterial sistêmica desde que:

- Haja comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este documento;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em 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.

### 1.3.2 Lista de exames complementares

EXAME COMPLEMENTAR	PERIODICIDADE	VALORES DE REFERÊNCIA
GLICOSE DE JEJUM	ANUAL	- Desejável <110 mg/dL - Se $\geq$ 110 mg/dL, utilizar fluxo descrito no capítulo 2 (DM)
COLESTEROL TOTAL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300mg/dL, repita o exame. Se mantiver > 300mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia familiar.
COLESTEROL HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	$\geq$ 40 mg/dL - Se paciente usa estatinas (ex. sinvastatina) a meta é que em 3 meses após o início o paciente atinja uma redução de > 40% do colesterol não-HDL (colesterol total menos HDL). Se paciente não atingir a meta, repita o exame de colesterol total e HDL. Se confirmar redução $\leq$ 40% solicite avaliação médica para confirmar e discutir manejo.
LDL* (ATRAVÉS DE FÓRMULA)	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <100 mg/dL - Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL - Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limítrofe alto)
TRIGLICERÍDEOS	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <150 mg/dL - Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor $\geq$ 500mg/dL, repita o exame. Se mantiver $\geq$ 500mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e



		considerar opções de manejo.
CREATININA SÉRICA**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	Clearance de creatinina $\geq 90$ ml/min - Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFGe) $< 60$ mL/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo. - Se diminuição $> 25\%$ , repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.
POTÁSSIO (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril, enalapril, losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	$\geq 3,5$ mmol/L e $< 5,0$ mmol/L (mEq/L) - Se $5,0$ mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona.
EXAME SUMÁRIO DE URINA (EAS, EQU)	ANUAL	Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico).
MICROALBUMINÚRIA	SE PROTEINÚRIA NO EXAME DE URINA	Encaminhar para avaliação médica.
ELETROCARDIOGRAMA	ANUAL	Encaminhar para avaliação médica.

\*LDL não deve ser solicitado como exame laboratorial, uma vez que os valores podem ser calculados a partir da equação de Friedewald, da seguinte maneira:

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

Contudo, nos casos em que o nível de Triglicerídeos estiver acima de 400 mg/dl, a dosagem real (sérica) de LDL deverá ser solicitada uma vez que esta fórmula perde a precisão para estes valores.

\*\*O valor de creatinina sérica (creatinina plasmática) deve ser utilizado para calcular o Clearance de creatinina, através da equação de Cockcroft & Gault, da seguinte maneira:

Para homens:

$$Clearance \text{ de Creatinina } mL/min = \frac{(140 - idade) \times Peso(Kg)}{Creatinina \text{ sérica}(mg/dL) \times 72}$$

Para mulheres:

$$Clearance \text{ de Creatinina } mL/min = \frac{(140 - idade) \times Peso(Kg)}{Creatinina \text{ sérica}(mg/dL) \times 72} \times 0,85$$

## 2 DIABETES MELLITUS (DM) TIPO II

### 2.1 EXAMES DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de diabetes mellitus (DM) é normalmente realizado a partir da dosagem alterada da glicemia de jejum. O enfermeiro poderá solicitar esse exame em pacientes que não possuam o diagnóstico da doença em duas situações:

#### 2.1.1 Rastreamento (exame em pessoa sem sintomas<sup>2</sup>)

Solicitar glicemia de jejum quando o IMC for  $\geq 25$  e a pessoa tiver pelo menos mais um dos seguintes fatores:

- Idade entre 40-70 anos, hipertensão, doença cardiovascular (DCV), sedentarismo, histórico familiar de diabetes em pais ou irmãos, etnia de alto risco (Asiática, Hispânica ou Africana), história prévia de diabetes gestacional ou bebê grande ( $> 4,5$  Kg), história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, síndrome do ovário policístico ou HIV.

Se valor da glicemia de jejum for  $< 110$ mg/dL, repetir rastreio a cada 3 anos. Ou se DCV, hipertensão ou HIV, repetir rastreamento anualmente.

Se valor da glicemia de jejum entre  $\geq 110$  verifique Fluxograma 2.1 Diagnóstico de Diabetes

Caso o paciente não se enquadre no descrito acima não há necessidade de rastrear.

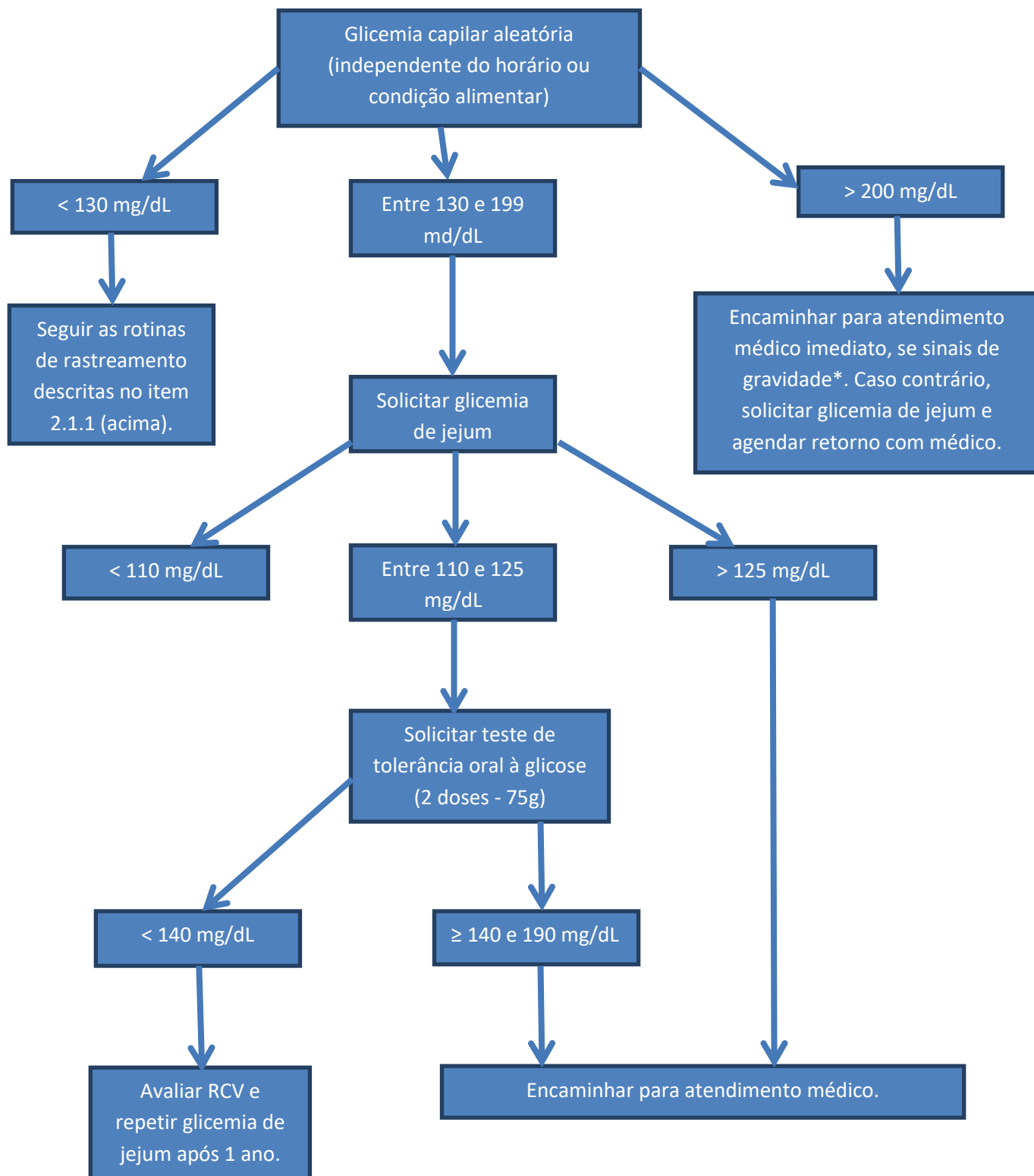
#### 2.1.2 Investigação clínica (exame em pessoa com sintomas)

Realizar **glicemia capilar** nos pacientes com sintomatologia característica (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações visuais de aumento súbito, dificuldade de cicatrização, neuropatia diabética) e que não se enquadrem nos critérios descritos no rastreamento. A partir do resultado, seguir a conduta descrita no fluxo a seguir.

---

<sup>2</sup> Para maiores detalhes sobre o exame em pessoas assintomáticas (rastreamento), ler o capítulo 4 deste mesmo documento - Rastreamento de Problemas Associados a Doenças Cardiovasculares.

### FLUXOGRAMA 2.1 –DIAGNÓSTICO DE DIABETES



\* Sinais importantes de gravidade incluem: náusea e/ou vômitos, dor abdominal, respiração rápida e profunda, temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , sonolência, confusão, perda de consciência, dor no peito, desidratação (mucosas secas, turgor da pele diminuído, olhos encovados, PA < 90/60, FC > 100).

## 2.2 MEDICAMENTOS E INSUMOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO

Esta seção traz uma lista de medicamentos hipoglicemiantes passíveis de terem receita renovada pelo **enfermeiro que atua em Centros de Saúde do município (unidades de atenção primária)**, contanto que as condições expressas neste documento (gerais e específicas para cada grupo/medicamento) sejam cumpridas.

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 quando 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).**

### 2.2.1 Condições gerais

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

- O paciente possua receita prévia emitida por **médico da atenção primária do município** devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sinais/sintomas ou demandas que exijam avaliação médica **imediate** (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde grave);
- Se o paciente for portador de qualquer das seguintes comorbidades ou complicações, tenha sido avaliado por médico pelo menos nos últimos 6 meses: 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, 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 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, detalhada na seção de exames deste capítulo);
- 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 esteja com valores de pressão arterial\* iguais ou menores aos estipulados abaixo (independentemente da idade):
  - Pacientes com retinopatia: 130/80 mmHg;
  - Pacientes sem retinopatia: 140/80 mmHg.
- O paciente não esteja em insulino terapia (uso de insulina para controle do DM);
- A última dosagem de **HbA1C seja menor que 7,5%** e tenha sido realizada em um intervalo igual ou inferior a sete meses (seis meses recomendados mais 30 dias de tolerância) à data consulta.

\* Para os efeitos deste documento, será considerada a média de 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 considerados). 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 persistir, encaminhar para avaliação terapêutica pelo médico.

## 2.2.2 Lista de medicamentos hipoglicemiantes e outros insumos

MEDICAMENTO	DOSE MÁXIMA
METFORMINA, CLORIDRATO	2550 mg/dia
GLIBENCLAMIDA	20 mg/dia
TIRAS REAGENTES A GLICOSE	Conforme normativa municipal

## 2.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS

### 2.3.1 Condições gerais

O enfermeiro poderá solicitar os exames listados abaixo para acompanhamento do portador de diabetes mellitus desde que:

- Haja comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este documento;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;
- O enfermeiro obedeça a periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em 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.

### 2.3.2 Lista de exames complementares

EXAME COMPLEMENTAR	PERIODICIDADE	VALORES DE REFERÊNCIA PARA DIABÉTICOS (TIPO II)
HBA1C (HEMOGLOBINA GLICADA)	TRIMESTRAL se fora da meta estabelecida pela equipe SEMESTRAL se paciente dentro da meta estabelecida	- Desejável <7% - Tolerável de 7% e 7,9% (para renovação de receitas pelo enfermeiro deve estar até 7,5%)
COLESTEROL TOTAL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	- Desejável <200 mg/dL - Tolerável de 200 a 239 mg/dL (limítrofe alto) - Se valor > 300mg/dL, repita o exame. Se mantiver > 300mg/dL, solicite



		avaliação médica para confirmar e considerar diagnóstico de hipercolesterolemia familiar
COLESTEROL HDL	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	<p>≥40 mg/dL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se paciente usa estatinas (ex. sinvastatina) a meta é que em 3 meses após o início o paciente atinja uma redução de &gt; 40% do colesterol não-HDL (colesterol total menos HDL). Se paciente não atingir a meta, repita o exame de colesterol total e HDL. Se confirmar redução ≤ 40% solicite avaliação médica para confirmar e discutir manejo.</li> </ul>
LDL* (ATRAVÉS DE FÓRMULA)	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desejável &lt;100 mg/dL</li> <li>- Acima do ideal de 100 a 129 mg/dL</li> <li>- Tolerável de 130 a 159 mg/dL (limítrofe alto)</li> </ul>
TRIGLICERÍDEOS	ANUAL ou 3 meses após iniciar estatinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desejável &lt;150 mg/dL</li> <li>- Tolerável de 150 a 199 mg/dL (limítrofe alto)</li> <li>- Se valor ≥ 500mg/dL, repita o exame. Se mantiver ≥ 500mg/dL, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo.</li> </ul>
CREATININA SÉRICA**	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	<p>Clearance de creatinina ≥90 ml/min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se clearance estimado de creatinina (ou taxa de filtração glomerular estimada - TFGe) &lt; 60 mL/min, solicite avaliação médica para confirmar e considerar opções de manejo.</li> <li>- Se diminuição &gt; 25%, repita o exame em 2 semanas e solicite avaliação médica.</li> </ul>
POTÁSSIO (para pacientes que fazem uso de diuréticos – hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona – e/ou inibidor do sistema RAA – captopril, enalapril, losartan)	ANUAL ou após 2 semanas do início/aumento da dose de captopril/losartan	<p>≥3,5 mmol/L e &lt;5,0 mmol/L (mEq/L)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se 5,0 mmol/L, repita imediatamente e solicite avaliação médica imediata para considerar redução de dose de enalapril ou losartan ou espironolactona.</li> </ul>
EXAME SUMÁRIO DE URINA (EAS, EQU)	ANUAL	Sem glicose e sem proteinúria (se proteinúria, solicitar microalbuminúria antes de encaminhar para atendimento médico).
MICROALBUMINÚRIA	SE PROTEINÚRIA NO EXAME DE URINA	Encaminhar para avaliação médica.

Obs.: Glicemia de jejum não deve ser solicitado como exame para acompanhamento de DM. Este exame serve, apenas, para rastreamento e diagnóstico de tal doença. Para acompanhamento, os parâmetros observados são os da HbA1C (hemoglobina glicada).

**Evite determinar metas numéricas em relação aos valores de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. O resultado deve ser analisado através do cálculo do RCV.**

\*Almeje uma meta maior de HbA1C se > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV confirmada, episódios de hipoglicemia, controle glicêmico difícil.

\*\*LDL não deve ser solicitado como exame laboratorial, uma vez que os valores podem ser calculados a partir da equação de Friedewald, da seguinte maneira:

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

Contudo, nos casos em que o nível de triglicerídeos estiver acima de 400 mg/dl, a dosagem real (sérica) de LDL deverá ser solicitada uma vez que esta fórmula perde a precisão para estes valores.

---

\*\*O valor de creatinina sérica (creatinina plasmática) deve ser utilizado para calcular o Clearance de creatinina, através da equação de Cockcroft & Gault, da seguinte maneira:

Para homens:

$$\text{Clearance de Creatinina mL/ min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso(Kg)}}{\text{Creatinina sérica(mg/dL)} \times 72}$$

Para mulheres:

$$\text{Clearance de Creatinina mL/ min} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{Peso(Kg)}}{\text{Creatinina sérica(mg/dL)} \times 72} \times 0,85$$

### 3 TABAGISMO

#### 3.1 DIAGNÓSTICO

O rastreamento para tabagismo deve ser realizado em todos os adultos é realizado através de simples questionamento se a pessoa usa tabaco. Caso a resposta seja positiva, o indivíduo é considerado tabagista e deverá ser avaliada a existência de dependência à nicotina, bem como a gravidade desta.

Dentre os instrumentos utilizados para esse fim, destaca-se o “Questionário de Tolerância de Fagerström” (abaixo) por ser de aplicação rápida e fácil, e fornecer um bom panorama sobre o quão dependente da nicotina é o usuário. Além disso, auxilia na previsão dos usuários que precisarão de tratamento auxiliar para o controle da síndrome de abstinência ao deixarem de fumar. Após as respostas do usuário para as 6 perguntas abaixo, some os resultados correspondentes a cada uma das respostas e verifique em qual grau de dependência o usuário se enquadra (quadro abaixo das questões). A partir disso, decida a conduta mais adequada em conjunto com o usuário (mais detalhes na seção de “tratamento farmacológico”).

**1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?**

- a) Dentro de 5 minutos (3 pontos)
- b) Entre 6 e 30 minutos (2 pontos)
- c) Entre 31 e 60 minutos (1 ponto)
- d) Após 60 minutos (0 pontos)

**2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (lugares fechados, em geral)?**

- a) Sim (1 ponto)
- b) Não (0 pontos)

**3. Qual o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?**

- a) O primeiro da manhã (1 ponto)
- b) Outros (0 pontos)

**4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

- a) 10 ou menos (0 pontos)
- b) 11 a 20 (1 ponto)
- c) 21 a 30 (2 pontos)
- d) 31 ou mais (3 pontos)

**5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?**

- a) Sim (1 ponto)
- b) Não (0 pontos)

**6. Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar na cama a maior parte do tempo?**

- a) Sim (1 ponto)
- b) Não (0 pontos)

PONTUAÇÃO	GRAU DE DEPENDÊNCIA
0 a 2	Muito baixo
3 a 4	Baixo
5	Médio
6 a 7	Elevado
8 a 10	Muito elevado

## 3.2 TRATAMENTO

### 3.2.1 Abordagem psicossocial

O tratamento do tabagismo envolve abordagem psicossocial incisiva<sup>3</sup>. Há de se ter consciência que a maior parte dos tabagistas não irão cessar o hábito na primeira tentativa, e que muitos dos que iniciam o tratamento terão a primeira recaída logo nos primeiros dias sem o tabaco. Por isso é fundamental que seja dada especial atenção aos usuários que expressam desejo de parar de fumar mais ainda não marcaram data para fazê-lo (fase contemplativa). Nesse momento, devem ser enfatizadas as recompensas/vantagens de se parar de fumar, bem como os riscos/desvantagens de se continuar fumando.

A partir da cessação do hábito de fumar, em várias ocasiões o tabagista enfrentará momentos de fissura, identificados como um mal-estar e sensação súbita de voltar a fumar. É fundamental que o fumante conheça algumas medidas simples para controle/minimização desse quadro. Alguns destes podem ser encontrados no quadro abaixo.

Como ajudar o paciente a lidar com a fissura
<p>Explique ao paciente o que é a fissura</p> <p><b>Trata-se de uma situação comum. A fissura se manifesta na forma de um mal-estar súbito (disforia), com sintomas ansiosos e por vezes uma ideia fixa de que aquilo só passará após o consumo. Não significa que há algo errado com ele, tampouco que ele quer voltar a usar. A fissura é resultado de neuroadaptações sofridas pelo sistema nervoso.</b></p>
<p>A fissura é autolimitada</p> <p><b>É importante que o paciente saiba disso.</b></p> <p><b>Na verdade, qualquer episódio se resolve em menos de uma hora, caso a pessoa permaneça abstinente.</b></p> <p><b>Conseguir atravessar um episódio a fortalece para o segundo.</b></p>
<p>Há vários tipos de fissura</p> <p><b>Para muitos, a fissura é puramente somática: “sinto algo no meu estômago”, “meu coração dispara”.</b></p> <p><b>Para outros, é cognitiva: “não consigo tirar a ideia de usar cigarro da cabeça”.</b></p> <p><b>Há ainda aqueles que a sentem de modo mais afetivo: “sinto um tédio enorme sem o cigarro”.</b></p>
<p>Muitas pessoas não percebem ou negam a presença da fissura</p> <p><b>Isso as faz agir de modo impulsivo muitas vezes.</b></p> <p><b>Identificar que a fissura está na base de muitas atitudes impensadas ajuda o paciente a estabelecer o controle sobre o consumo da droga.</b></p>
<p>A fissura é desencadeada por gatilhos</p> <p><b>Gatilhos são situações, locais, lembranças que desencadeiam fissura.</b></p> <p><b>Procure mapear as principais situações de risco com o paciente e oriente-o a evitá-los.</b></p>

<sup>3</sup> Para maiores detalhes, referenciar ao “Protocolo Municipal de Atenção à Saúde Mental”, pág. 198: Abuso e Dependência de Nicotina.

Maneiras de lidar com a fissura

- 1. Distração: prepare uma lista do que pode ser feito nessa hora (atividade física, arrumação do quarto, leitura, etc.).**
- 2. Conversar com alguém sobre a fissura. Eleja pessoas de fácil acesso e confiança para falar (presencialmente ou telefone).**
- 3. “Entrar” na fissura: vivenciar as fases da fissura (pico, súbito e descendente).**
- 4. Lembrar as consequências negativas do consumo que levaram o paciente a buscar a abstinência (ter uma lista por escrito é uma boa ideia).**
- 5. Conversar consigo: fazer uma contraposição aos pensamentos que o estimulam ao consumo nessa hora.**
- 6. Mastigar uma fruta ou goma de mascar (chiclete): a distração oral ajuda a minimizar o hábitode fumar. Mas evite alimentos muito calóricos ou com elevado índice glicêmico, mesmo que frutas, pois o paciente pode acabar os consumindo várias vezes ao dia. No caso de goma de mascar, dê preferência às sem açúcar.**

Fonte: Protocolo Municipal de Saúde Mental

### 3.2.1 Abordagem farmacológica

Além do manejo psicossocial, o enfermeiro poderá realizar o manejo farmacológico para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência através da reposição de nicotina, que pode ser encontrada em três formas, todas contendo nicotina: adesivo, goma de mascar e pastilha. **É importante lembrar que o paciente deve parar de fumar ao iniciar a terapia de reposição de nicotina (TRN).** Para a prescrição da TRN pelo enfermeiro, as seguintes condições devem ser satisfeitas:

- O paciente deve ser maior de 18 anos;
- Não ser gestante ou estar amamentando (encaminhar para médico se a paciente não conseguir parar de fumar apenas com abordagem psicossocial);
- Se o paciente for idoso (> 60 anos), não deve ter doenças cardiovasculares (encaminhar para atendimento médico, nesse caso);
- O enfermeiro deve prover, além do manejo farmacológico, manejo psicossocial a cada encontro (seja em grupo ou individualmente) uma vez que o uso de medicação não é substitutivo ao aconselhamento.

a) Adesivo de nicotina (7 mg, 14 mg e 21 mg)

Os adesivos de nicotina são os mais indicados pois fornecem uma liberação lenta da substância no organismo, simulando o nível de nicotina no organismo proporcionado pelo uso regular do tabaco ao longo do dia. Além disso, é o método que possui menos efeitos colaterais<sup>4</sup>. Devem ser colados em local que não tenha exposição ao sol. Podem ser deixados por 24 horas até a troca<sup>5</sup>, mas também podem ser utilizados colando o adesivo ao acordar e retirando-o ao ir dormir. A dosagem deve ser progressivamente diminuída, a cada 4 semanas. No caso de gestantes, avaliar necessidade e utilizar a terapia de reposição com goma de mascar (vide abaixo) ao invés do adesivo.

<sup>4</sup> É comum a irritação cutânea no local de aplicação do adesivo. Por isso, orientar rodízio do local de aplicação.

<sup>5</sup> O uso dos adesivos dessa maneira, apesar de propiciar uma maior liberação de nicotina, costuma gerar insônia. Assim, o profissional deve estar atento para esse tipo de relato nas consultas de retorno.

#### Tratamento:

- Pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia, ou que pontuaram entre 8 e 10 pontos no teste de Fagerström devem fazer o tratamento por 12 semanas da seguinte maneira:
  - Semanas 1 a 4 = adesivo de 21 mg
  - Semanas 5 a 8 = adesivo de 14 mg
  - Semanas 9 a 12 = adesivo de 7 mg
- Pessoas que fumam 10 ou mais cigarros por dia, ou que pontuaram entre 5 e 7 pontos no teste de Fagerström devem fazer o tratamento por 8 semanas da seguinte maneira:
  - Semanas 1 a 4 = adesivo de 14 mg
  - Semanas 5 a 8 = adesivo de 7 mg
- Pessoas que fumam menos que 10 cigarros por dia, ou que pontuaram menos de 5 pontos no teste de Fagerström podem fazer o uso do adesivo de nicotina, bem como apenas da goma de mascar e/ou pastilha (decisão compartilhada entre profissional e usuário). No caso de uso dos adesivos, iniciar com dose de 7 mg e fazer tratamento por até 6 semanas.

b) Goma de mascar (2 mg)

c) Pastilha (2 mg)

Tanto a goma de mascar quanto as pastilhas, ambas contendo 2 mg de nicotina, podem ser utilizadas para auxílio à cessação do tabagismo. Estas são normalmente utilizadas de maneira concomitante ao adesivo para auxílio no controle da fissura, já que promovem um pico de liberação de nicotina, diferentemente dos adesivos que o fazem de maneira gradual. Neste caso, o consumo normalmente não ultrapassa os 10 mg/dia (5 unidades).

Naqueles pacientes que, por qualquer motivo, não se adaptarem ao uso dos adesivos, poderá ser cogitada a possibilidade de terapia de reposição de nicotina exclusivamente com as gomas de mascar. Nesse caso, o esquema deve ser o seguinte:

- Pacientes que fumam até 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar goma de mascar com o seguinte esquema:
  - Semana 1 a 4: 1 tablete de 2 mg a cada 1 a 2 horas
  - Semana 5 a 8: 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 horas
  - Semana 9 a 12: 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 horas
- Pacientes que fumam mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:
  - Semana 1 a 4: 2 tabletes de 2 mg a cada 1 a 2 horas
  - Semana 5 a 8: 1 tablete de 2 mg a cada 2 a 4 horas
  - Semana 9 a 12: 1 tablete de 2 mg a cada 4 a 8 horas

A goma deve ser mastigada com força algumas vezes, até sentir formigamento, ou o sabor da nicotina. Nesse momento, deve-se parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva, até o

formigamento passar. Após, voltar a mastigar com força e repetir a operação por 30 minutos, quando se deve jogar fora a goma de mascar. Durante o uso da goma não se pode beber nenhum líquido, mesmo que seja água. A dose máxima recomendada é de 15 gomas por dia.

É importante destacar que **a abordagem ao tabagista pode ser realizada tanto em grupo quanto individualmente** (em consultório ou no domicílio), a depender de fatores como a aceitação do usuário à dinâmica do grupo, compatibilidade de horários (período do grupo e agenda do usuário), facilidade ou dificuldade de se comunicar perante o público, dentre outros. O grupo de tabagismo não deve ser a única forma de tratamento sob o risco de limitar o acesso do tabagista às possibilidades de intervenção para cessação/diminuição do uso do tabaco.



## 4 ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL

### 4.1 DIAGNÓSTICO

A abordagem ao consumo de álcool deve ser realizada em todos os adultos durante o acolhimento, nas consultas de rotina, nas visitas domiciliares e em outros momentos possíveis. É realizada através do questionamento se a pessoa faz uso de álcool. Caso a resposta seja positiva, deverá ser avaliado o padrão de uso e a gravidade deste por meio dos instrumentos de rastreamento AUDIT e/ou CAGE.

#### 4.1.1 AUDIT

O principal instrumento de rastreamento para o uso de álcool atualmente em uso é o **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test/ Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool) desenvolvido para identificar 04 padrões de uso de álcool que são: *uso de baixo risco; uso de risco; uso prejudicial e provável dependência*; é de fácil aplicação e correção e com validação transcultural, incluindo o Brasil.

A definição **de uso de risco** é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências perigosas para quem usa e para os que o cercam, ainda que não tenha acontecido nenhum dano. **Uso nocivo ou prejudicial** se refere ao padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos, sociais e mentais para a saúde do indivíduo, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. **Dependência alcoólica** refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver depois do uso repetido do álcool. Estudos indicam que a utilização de apenas 5 a 10 minutos da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool, por profissionais de saúde consegue reduzir o consumo em 20,0-30,0%.

As pessoas que pontuam entre **0 a 7** no AUDIT podem se beneficiar com informações sobre o consumo de álcool, os limites de beber de baixo risco e a orientação à saúde em geral. Com pontuação entre **8 e 15**, se beneficiariam de orientações básicas que incluem a educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a redução ou abstinência. Entre **16 a 19 pontos**, as pessoas se beneficiariam da educação para o uso de álcool, aconselhamento breve de acordo com a motivação para mudança do padrão de beber, e monitoramento regular deste processo. Já as pessoas que pontuam **mais de 20 pontos** são prováveis portadores de Síndrome de Dependência do Álcool, com indicação de ingresso em tratamento, que pode ser realizado no próprio Centro de Saúde de referência, se necessário com apoio de profissionais de saúde mental, ou nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), entendendo que o mais importante é a inclusão dessas pessoas em ações que possam reduzir os danos à saúde.

Em anexo apresentamos o AUDIT (Anexo II).

#### 4.1.2 CAGE

O questionário **CAGE** também é um instrumento de rastreamento de utilização simples e amplamente conhecido. O nome é uma abreviação das quatro perguntas existentes no questionário em inglês, portanto, cada letra do instrumento se refere ao tema da pergunta. O objetivo do CAGE é detectar abuso, mas principalmente dependência de álcool e pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde. Apesar de sua simplicidade e rapidez na utilização, ele apresenta uma limitação de uso, pois somente os dependentes mais graves são identificados com este instrumento. A grande maioria das pessoas que frequentam os serviços de Atenção Primária e apresentam problemas iniciais pelo uso de álcool – e que portanto poderia receber algum tipo de orientação preventiva - não é identificada pelo CAGE.

##### Questionário CAGE:

**C – (Cutdown)**- Alguma vez o (a) sr. (a) sentiu que deveria **diminuir** a quantidade de bebida ou **parar** de beber?

0- ( ) não    1- ( ) sim

**A- (Annoyed)**- As pessoas o (a) **aborrecem** porque criticam o seu modo de beber?

0- ( ) não    1- ( ) sim

**G – (Guilty)**- O (a) Sr. (a) se sente **culpado** (a) pela maneira com que costuma beber?

0- ( ) não    1- ( ) sim

**E- (Eyeopened)**- O (a) Sr (a) costuma **beber pela manhã** (ao acordar) para diminuir o nervosismo ou ressaca?

0- ( ) não    1- ( ) sim

Para interpretação do questionário, siga os seguintes passos: 1- atribua um ponto para cada resposta (sim) a uma das perguntas; 2- some os pontos das respostas; 3- interprete: se dois pontos ou mais, ou seja, duas ou mais respostas afirmativas, a pessoa tem grande possibilidade de ter dependência de álcool<sup>7</sup>. Após aplicação do CAGE recomenda-se o uso de intervenções breve no sentido de facilitar a tomada de decisão com relação ao hábito de beber.

#### 4.2 TRATAMENTO

##### 4.2.1 Abordagem Psicossocial

A ampliação da visão em relação ao uso problemático de álcool permite novos estudos, com ênfase na prevenção, cuidados primários, planejamento de saúde, detecção precoce e intervenções precoces.

As intervenções breves são técnicas recomendadas para abordagem dos usuários de drogas, pois apresentam um enfoque educativo e motivacional para a redução ou cessação do uso de álcool ou

outras drogas, sendo de fácil aplicação, baixo custo e curta duração, complementando as atividades assistenciais habituais.

As abordagens motivacionais têm como objetivo a escuta atenta, a empatia, a orientação e o aconselhamento. Busca remover barreiras internas e externas, além dos estigmas associados ao uso de álcool e outras drogas. A Entrevista Motivacional mostra-se como uma ferramenta eficaz na abordagem dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas por possibilitar a intervenção em indivíduos com pouca motivação para a mudança de comportamento.

#### **4.2.2 Abordagem Familiar**

O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente as reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza. Nesse sentido, a abordagem familiar é fundamental no processo de tratamento e na rede de apoio ao sujeito.

#### **4.2.3 Manejo clínico e medicamentoso da Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)**

O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes está condicionado à gravidade da SAA, podendo o tratamento ser ambulatorial (Centros de Saúde ou CAPSad) ou hospitalar quando a situação exigir. Esse manejo inclui a identificação dos sinais e sintomas de abstinência, monitorização do estado geral e sinais vitais, terapia medicamentosa (prescrição médica, administração, supervisão, etc.) bem como orientações gerais sobre o processo vivenciado pelo paciente. Buscar incluir paciente e sua família no sentido da rede de apoio e suporte.

## **5 RASTREAMENTO DE PROBLEMAS ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

A detecção precoce de doenças, ou seja, aquela que acontece quando o problema ainda está nas fases iniciais de desenvolvimento, é uma importante estratégia de saúde coletiva que facilita o tratamento e minimiza as consequências à saúde do indivíduo.

Para isto, podemos realizar o ‘diagnóstico precoce’ através de investigação clínica em pacientes que já apresentam sintomas indicativos de determinada doença, seja por meio de exame clínico ou complementar. Nesse caso, ainda que a doença já esteja instalada em sua ‘fase clínica’ (com sinais e/ou sintomas), o início precoce da intervenção possibilita um prognóstico mais favorável.

A outra forma de diagnosticarmos precocemente problemas de saúde é através do ‘rastreamento’. Este consiste na realização de exames (clínicos ou complementares) em pessoas que ainda não exibem sintomas e/ou sinais da doença (assintomáticas), ou seja, estão na fase subclínica do problema em questão.

Contudo, é importante destacar que o rastreamento não é uma conduta isenta de riscos, já que realiza intervenções (investigação, exames) em pessoas assintomáticas, ou seja, aparentemente saudáveis. Resultados falso-positivos para doenças que a pessoa não possui podem resultar em intervenções desnecessárias, que vão desde orientações para mudanças de hábitos de vida a procedimentos cirúrgicos complexos. É importante entender que mesmo uma orientação, se realizada de maneira inadequada, pode gerar graves consequências ao indivíduo e à comunidade.

Assim, o rastreamento deve ser realizado sempre que os benefícios da intervenção proposta superarem os possíveis riscos. Todas as condutas propostas nesse capítulo seguem essa regra, contanto que o público-alvo e a periodicidade especificados sejam respeitados.

---

Todos os exames descritos neste capítulo poderão ser solicitados pelos enfermeiros que atuem em Centros de Saúde (unidades de atenção primária do município), contanto que as condições descritas (idade, frequência de realização do exame, etc.) sejam cumpridas. A solicitação de exames fora dessas condições, além de ser uma prática ilegal para o enfermeiro, vai contra as evidências científicas (podendo prejudicar ao invés de auxiliar o usuário) e gera um custo desnecessário ao sistema de saúde.

### **5.1 RISCO CARDIOVASCULAR / DISLIPIDEMIA**

#### **Em quem fazer?**

Em todos os pacientes entre 40-75 anos ou em adultos que tenham  $\geq 2$  fatores de risco (tabagismo, pais/irmãos com DCV prematura - homem  $< 55$  anos ou mulher  $< 65$  anos, IMC  $\geq 25$ , circunferência abdominal  $> 88$ cm - mulher, ou 102cm - homem, HIV).

É importante lembrar que a avaliação de RCV deve ser realizado em todos os pacientes com HAS, DM, DCV.

Considere outros fatores que podem aumentar o RCV: HIV, doença mental grave, uso de antipsicóticos/corticoide, IMC > 40. Solicite avaliação médica para considerar julgamento clínico para decidir sobre tratamentos.

### **Como fazer?**

Determinação de Risco Cardiovascular (RCV) pelo escore de Framingham (anexo I), a cada mudança nos parâmetros desde o último cálculo.

---

Realizar a dosagem sérica (sangue) de:

- Triglicerídeos, colesterol total, HDL e LDL\*

\*LDL não deve ser solicitado como exame laboratorial, uma vez que os valores podem ser calculados a partir da equação de Friedewald, da seguinte maneira:

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

Contudo, nos casos em que o nível de triglicerídeos estiver acima de 400 mg/dl, a dosagem real (sérica) de LDL deverá ser solicitada uma vez que esta fórmula perde a precisão para estes valores.

### **Outros pontos importantes**

Os cálculos de RCV, mesmo o de Framingham, tendem a gerar um sobrediagnóstico de risco. Por isso é importante que o resultado encontrado neste cálculo não seja considerado a verdade definitiva. Além disso, a conduta tomada a partir do resultado deve levar em consideração o estilo de vida do usuário, preocupação com a sua saúde, fatores estressores e vontade de viver.

Lembre-se que o alerta sobre o risco de a pessoa ter um problema cardiovascular grave nos próximos 10 anos pode gerar mudanças que acarretem uma piora na qualidade de vida em troca da diminuição de um risco que não temos certeza. Converse sempre com o usuário sobre o que o resultado significa e tome uma decisão compartilhada.

---

## **5.2 ABUSO DE ÁLCOOL**

### **Em quem fazer?**

Realizar o rastreamento em todos os adultos.

### **Como fazer?**

Através de instrumentos específicos como o CAGE e o AUDIT, ambos descritos no Capítulo 4 deste Protocolo.

---

### 5.3 OBESIDADE

#### Em quem fazer?

Rastrear obesidade em todas as pessoas com mais de 6 anos de idade, em todas as consultas.

#### Como fazer?

Utiliza-se o cálculo do IMC: peso (em quilogramas), sobre altura (em metros) ao quadrado.

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

Para adultos, interpretar os resultados da seguinte forma:

- IMC de 25 a 29,9 = sobrepeso
- IMC de 30 a 34,9 = obesidade grau I
- IMC de 35 a 39,9 = obesidade grau II
- IMC  $\geq$  40 = obesidade grau III

Para crianças e adolescentes, utilizar os gráficos abaixo (Fonte: OMS).

- Eixo X = IMC (em Kg/m<sup>2</sup>)
- Eixo Y = Idade (em anos completos e meses)

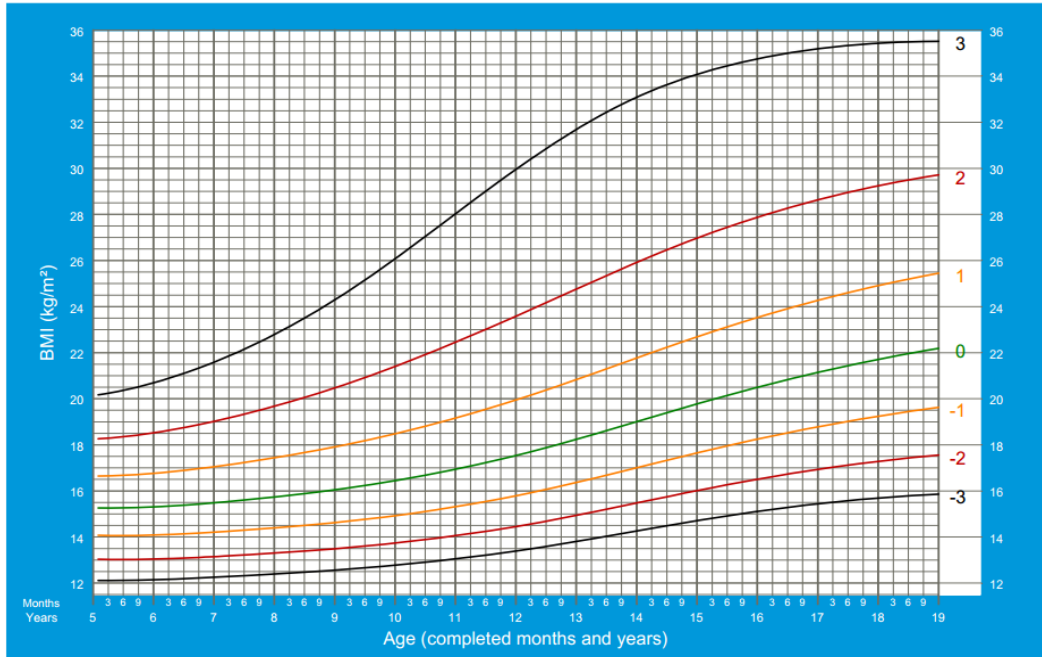
Legenda:

REFERÊNCIAS	RESULTADO
Acima de 3	Obesidade severa para a idade
Entre 2 e 3	Obesidade para a idade
Entre 1 e 2	Sobrepeso para a idade
Entre 1 e -1	Peso adequado para a idade
Entre -1 e -2	Baixo peso para a idade (pode ser normal, dependendo da estrutura física da criança)
Entre -2 e -3	Magreza para a idade
Abaixo de -3	Magreza severa para a idade

**Gráfico para acompanhamento do IMC em meninos (5 a 19 anos)**

**BMI-for-age BOYS**

5 to 19 years (z-scores)

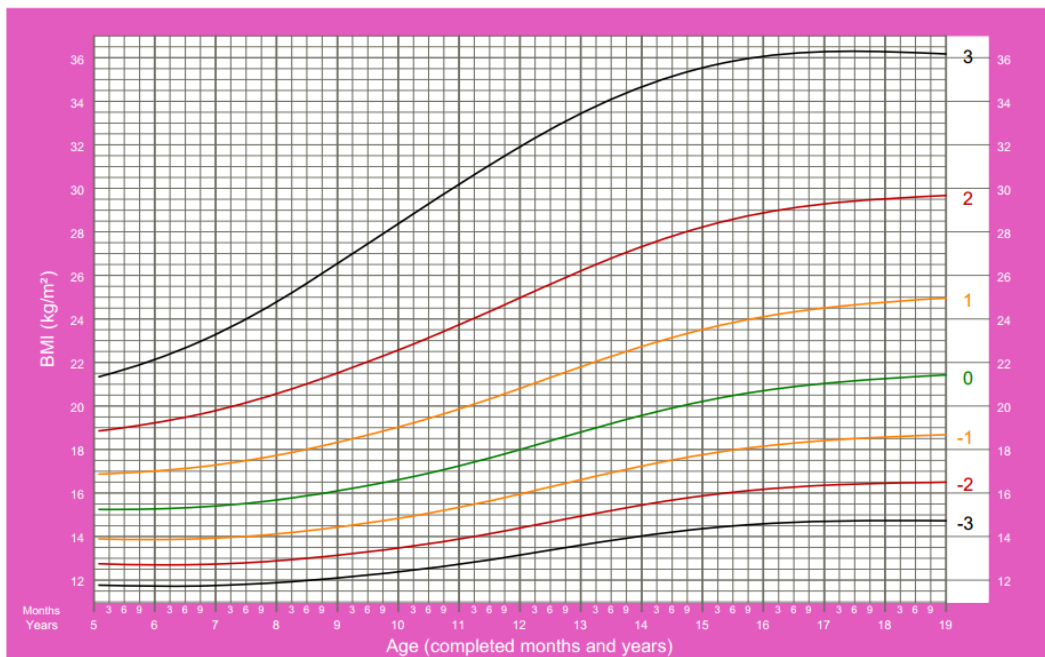


2007 WHO Reference

**Gráfico para acompanhamento do IMC em meninas (5 a 19 anos)**

**BMI-for-age GIRLS**

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference



## REFERÊNCIAS PRINCIPAIS

BABOR T, HIGGINS-BIDDLE J. C, SAUNDERS J. B, MONTEIRO M. G. AUDIT – the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001

BRITISH MEDICAL JOURNAL (BMJ) Best Practice. Disponível em <<http://brasil.bestpractice.bmj.com>> acesso em 10 jan 2015.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)> acesso em 15 abr 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)> acesso em 15 jul 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária n.29: rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> acesso em 15 jul 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.36. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.37. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CANTALE, C. R. Historia clinica orientada a problemas. S.l.: University of Southern California, p. 7. Disponível em: <[http://med.unne.edu.ar/sanitaria/sitios/cbmf200220Clase204\\_1.pdf](http://med.unne.edu.ar/sanitaria/sitios/cbmf200220Clase204_1.pdf)>. Acesso em: jul. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html)> acesso em 15 jul 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>> acesso em 15 jul 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN 328/2009. 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. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)> acesso em 15 jul 2015.

FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Atenção em Saúde Mental. 1ª ed, Tubarão: Copiart, 2010. Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude>> acesso em 15 jan 2015.

\_\_\_\_\_, Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 84/2014. Dispõe sobre o Programa Remédio em Casa. Diário Oficial do Município de 28 de outubro de 2014, versão digital.

\_\_\_\_\_. Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) 2014. Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude>> acesso em 17 nov 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria 26/2014. Aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Diário Oficial do Município de 23 de março de 2014, versão digital.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 2.0 – do original ICNP® Version 2 – Internacional Classification for Nursing Practice. 1. ed. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Grow reference 5-19 years: BMI-for-age (5-19 years) charts. Disponível em <[http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en)> acesso em 10 mar 2015.

## ANEXO I - TABELAS PARA O CÁLCULO DO RISCO CARDIOVASCULAR - ESCORE DE FRAMINGHAM

### Como fazer o cálculo do Risco Cardio-Vascular (RCV)?

A determinação do RCV pelo escore de Framingham faz uma projeção da chance de o paciente ter um desfecho desfavorável (morte por infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral) nos próximos 10 anos.

#### Quadro 1 - Classificação de RCV

Grau de risco cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	< 10%
Intermediário (moderado)	10-20%
Alto	> 20%

Fonte: BRASIL, 2010.

Contudo, deve-se sempre considerar o vínculo profissional-paciente e o grau de esclarecimento deste último para determinar a melhor forma de se passar essa informação. Na maior parte das vezes, dizer “o senhor tem 20% de chance de morrer por infarto nos próximos 10 anos” não é uma boa ideia. Dessa forma, tentar instruir sobre o que são fatores de risco e de que forma o paciente pode agir sobre os mesmos costuma ser mais interessante, sempre havendo respeito sobre o exercício da autonomia das pessoas.

Para calcular o RCV, siga os passos:

1 - Utilize o quadro 2 para a verificação dos fatores de risco;

#### Quadro 2 - Estratificação de fatores de RCV

Baixo risco/ Intermediário	Alto risco	
Tabagismo	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
HAS (hipertensão)	IAM (infarto agudo do miocárdio) previamente	
Obesidade	LESÃO PERIFÉRICA (LOA – lesão de órgão-alvo)	AIT (ataque isquêmico transitório)
Sedentarismo		HVE (hipertrofia de ventrículo esquerdo)
Sexo masculino		Nefropatia
Idade > 65 anos		Retinopatia
História familiar (H < 55a; M < 65a) – evento cardiovascular prévio		Aneurisma de aorta abdominal
		Estenose de carótida sintomática
	DM (Diabetes mellitus)	

Retirado de BRASIL, 2010.

2 - Caso a pessoa apresente apenas um fator de baixo risco/intermediário, ela será considerada de baixo RCV. Caso a pessoa possua pelo menos um fator de alto risco, ela será considerada de alto RCV. Nesse caso, utilize o quadro 1 para verificar a chance de desfecho desfavorável nos próximos 10 anos;

3 - Caso a pessoa possua mais do que um fator de baixo risco/intermediário e nenhum de alto risco, o RCV deverá ser calculado. Para tal, some os pontos dos fatores de risco no quadro 3 e encontre esta soma no quadro 4, definindo o RCV para os próximos 10 anos;

Quadro 3 - Fatores de risco detalhados, com pontuação

<b>HOMENS</b>						<b>MULHERES</b>							
<b>1</b>	<b>idade</b>					<b>ponto</b>	<b>idade</b>					<b>ponto</b>	
						s							s
	20-34					-9		20-34					-7
	35-39					-4		35-39					-3
	40-44					0		40-44					0
	45-49					3		45-49					3
	50-54					6		50-54					6
	55-59					8		55-59					8
	60-64					10		60-64					10
65-69					11	65-69					12		
70-74					12	70-74					14		
75-79					13	75-79					16		
<b>2</b>	<b>Colesterol Total</b>	<b>Idade 20-39</b>	<b>Idade 40-49</b>	<b>Idade 50-59</b>	<b>Idade 60-69</b>	<b>Idade 70-79</b>	<b>Colesterol Total</b>	<b>Idade 20-39</b>	<b>Idade 40-49</b>	<b>Idade 50-59</b>	<b>Idade 60-69</b>	<b>Idade 70-79</b>	
	<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	8	5	3	2	
	≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2	
<b>3</b>		<b>Idade 20-39</b>	<b>Idade 40-49</b>	<b>Idade 50-59</b>	<b>Idade 60-69</b>	<b>Idade 70-79</b>		<b>Idade 20-39</b>	<b>Idade 40-49</b>	<b>Idade 50-59</b>	<b>Idade 60-69</b>	<b>Idade 70-79</b>	
	Não Fumantes	0	0	0	0	0	Não Fumantes	0	0	0	0	0	
	Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1	
<b>4</b>	<b>HDL(mg/dl)</b>	<b>pontos</b>				<b>HDL(mg/dl)</b>	<b>pontos</b>						
	≥60	-1				≥60	-1						
	50-59	0				50-59	0						
	40-49	1				40-49	1						
<40	2				<40	2							
<b>5</b>	<b>PA sistólica</b>	<b>Pontos se não tratada</b>	<b>Pontos se tratada</b>				<b>PA sistólica</b>	<b>Pontos se não tratada</b>	<b>Pontos se tratada</b>				
	<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				

Retirado de BRASIL, 2010.

Quadro 4 - Tabela para determinação de RCV em 10 anos

<b>HOMENS</b>			<b>MULHERES</b>	
Total de pontos	Risco em 10 anos		Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1		<9	<1
0	1		9	1
1	1		10	1
2	1		11	1
3	1		12	1
4	1		13	2
5	2		14	2
6	2		15	3
7	3		16	4
8	4		17	5
9	5		18	6
10	6		19	8
11	8		20	11
12	10		21	14
13	12		22	17
14	16	Risco em 10 anos:	23	22
15	20		24	27
16	25		≥25	≥30
≥17	≥30	%		%

Retirado de BRASIL, 2010.

4 - O RCV da pessoa será o número apresentado na coluna da direita (homem ou mulher) do quadro 4, sendo expresso em percentual (%) de chance de ter um desfecho desfavorável (IAM ou AVC) nos próximos 10 anos.

## ANEXO II – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Centro de Saúde:

Nome:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: Data:

Orientação para o início da entrevista:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.

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

Adaptado de PAI-PAD-HCRP-FMRP-USP. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care, 2° ed. Babor et al, WHO, 2001.

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Provável Dependência	Avaliação do Diagnóstico e Tratamento em serviço referência

## CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	1	13	Alteração nas idades de referência para pressão arterial: de 60 para 80 anos.	27/01/2016
1.1	1	14	Inclusão de observação referente à prescrição/renovação de receita de metildopa para gestante.	27/01/2016
1.1	3	23	Correção na tabela de referência do cálculo de Fargeström.	27/01/2016
1.1	3 - ...	24 – ...	Correção na paginação.	27/01/2016
1.1	-	-	Inclusão do quadro de “Controle de Alterações”.	27/01/2016
1.1	-	-	Inclusão no documento sob o licenciamento Creative Commons v.4 – atribuição não-comercial internacional.	27/01/2016
1.2	1	16	Inclusão do eletrocardiograma (ECG) como exame de acompanhamento para hipertensos.	23/05/2016
1.2	3	23	Correção na pontuação do cálculo de Fargeström.	23/05/2016
1.2	-	-	Correções de grafia, formatação e paginação.	23/05/2016
1.3	2	18	Inclusão de rastreamento de DM para pessoas entre 40 e 70 anos.	27/06/2016
1.3	2	19	Inclusão de fluxograma para diagnóstico de diabetes.	27/06/2016
1.4	1 e 2	12 e 20	Retirada da restrição do tempo de vencimento da receita (anteriormente era de 30 dias).	06/09/2016
1.5	2	23	Inclusão de renovação de receita pelo enfermeiro para “tiras reagentes a glicose”	05/09/2017
1.5	1 e 2	12-13, 20	Modificação dos critérios gerais para renovação de receitas para HAS e DM	05/09/2017
1.5	1	11	Correções de grafia, inclusão de observação referente ao diagnóstico de HAS e alteração no tempo de referência para atividades anteriores a verificação da pressão arterial para rastreamento: de 2 horas para 30	05/09/2017



			minutos	
1.5	1	14	Correção na dose máxima para renovação do enfermeiro do medicamento hidroclorotiazida: de 50mg para 25mg.	05/09/2017
1.5	1	15	Inclusão de observação referente a prescrição de AAS. Alteração na dose máxima para sinvastatina se uso associado a anlodipino para 20mg/dia, exclusão de observação referente a RCV e dislipidemia e inclusão de observação referente ao não uso associado a antirretrovirais.	05/09/2017
1.5	1	16	Inclusão de observações e novas condutas frente aos valores de referência de colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, creatinina sérica e potássio.	05/09/2017
1.5	2	18	Inclusão de fatores para rastreamento de DM tipo 2. Exclusão do rastreamento entre 40 e 70 anos de idade IMC ≥ 25, a cada 3 a 5 anos. Orientações para conduta a partir dos valores conforme fluxograma.	05/09/2017
1.5	2	23	Alteração na periodicidade da HBA1C para trimestral se fora da meta estabelecida pela equipe.  Inclusão de observações e novas condutas frente aos valores de referência de colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, creatinina sérica e potássio.	05/09/2017
1.5	2	24	Considerações para aumento da meta da HBA1C: > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV confirmada, episódios de hipoglicemia, controle glicêmico difícil.	05/09/2017
1.5	5	31	Alterações em que fazer avaliação do RCV.	05/09/2017
1.5	5		Incorporação do capítulo de dislipidemia ao de RCV.	05/09/2017