



# MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS  
2020

## **FICHA TÉCNICA**

Jonas Donizette  
**Prefeito Municipal de Campinas**

Cármino Antônio de Souza  
**Secretário Municipal de Saúde**

Mônica Regina de Toledo M. Nunes  
**Diretora do Departamento de Saúde**

Andreia Nicioli Dias da Silva  
**Coordenadora do Distrito de Saúde Leste**

Deise Fregni Hadich  
**Coordenadora do Distrito Sudoeste**

Juliana Ahmed de Oliveira Ramos  
**Coordenadora do Distrito de Saúde Noroeste**

Rosana Maria Von Zuben Pacchi  
**Coordenadora do Distrito de Saúde Norte**

Simone Vanzetto Minari  
**Coordenadora do Distrito de Saúde Sul**

## **ORGANIZADORES**

Adail de Almeida Rollo - Médico Sanitarista - Apoio Institucional / Departamento de Saúde  
Aloide Ladeia Guimarães – Coordenadora - Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde  
Renata Cauzzo Zingra Mariano – Enfermeira - Área de Enfermagem / Departamento de Saúde  
Rogério de Oliveira Araújo – Médico - Área Técnica da Saúde do Adulto e Idoso/ Departamento de Saúde  
Sheila Tatsumi Kimura Medorima - Médica Cardiologista - Policlínica 3

## **GRUPO DE TRABALHO**

Adail de Almeida Rollo - Médico Sanitarista - Apoio Institucional  
Adriana Cristina Dorásio - Enfermeira - Apoio Distrito Noroeste  
Aloide Ladeia Guimarães - Coordenadora - Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde  
Ana Lúcia Montini Ribeiro – Enfermeira - Departamento de Vigilância em Saúde  
Andreia Nicioli Dias da Silva - Coordenadora - Distrito de Saúde Leste  
Augusto Cesar Lazarin – Médico – Apoio Gestão e Planejamento e Articulador da Atenção Secundária  
Bruno Andrade Pagung - Médico Nefrologista - Atenção Domiciliar  
Carlos Eduardo Cantusio Abrahão – Médico - Articulador da Atenção Primária à Saúde  
Cláudia Zimaro Carnieri Caiola - Gerente do Laboratório Municipal de Campinas  
Edmilson Rocha Marques - Médico de Saúde da Família e Comunidade - CS Aurélia  
Eduardo Alencar Thomaziello - Médico de Saúde da Família – CS Campo Belo  
Edson Malvezzi - Terapeuta Ocupacional - Área de Ensino / Departamento de Saúde  
Erika Trovilho da Silva - Enfermeira – CS DIC III  
Fernando Ricardo Baú – Farmacêutico - Apoio Distrito Norte  
Leonel Carlos Pereira - Coordenador da Coordenadoria Setorial de Informação  
Lídia Alves de Araújo – Enfermeira - Apoio Distrito Sudoeste  
Lívia Cristina Benavente Krutzfeldt - Médica Sanitarista

Maria Antonieta Salomão – Médica - Apoio Distrito Sudoeste  
Marta Aparecida Soares Rossin - Médica Hematologista  
Naoko Y.J. da Silveira – Médica - Departamento de Vigilância em Saúde  
Renata Cauzzo Zingra Mariano - Enfermeira - Área de Enfermagem / Departamento de Saúde  
Rogério de Oliveira Araújo - Médico - Área Técnica da Saúde do Adulto e Idoso/ Departamento de Saúde  
Sheila Tatsumi Kimura Medorima - Médica Cardiologista - Policlínica 3  
Tienne de Almeida Antônio Rampazzo – Enfermeira - Apoio Distrito Norte  
Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo - Enfermeira - Coordenadora da Policlínica 3  
Vera Elisa de Oliveira - Enfermeira Sanitarista

## **COLABORADORES**

### **Guia de Feridas**

Adriana Cristina Darosio - Enfermeira – Apoio Distrito de Saúde Noroeste;  
Carlos Moura de Lemos - Enfermeiro - Centro de Saúde Sousas;  
Cecília de Moraes Barbosa Horita - Enfermeira - Centro de Saúde Aeroporto;  
Cintia Mastrocola Soubhia - Enfermeira – Apoio Distrito de Saúde Leste;  
Julimar Fernandes de Oliveira - Enfermeiro - SAD Sul;  
Kristine Coely Leal Lemos - Enfermeira - Policlínica 1;  
Lilian Helen do Prado Yamakawa - Enfermeira - SAD Norte/Leste;  
Mirela Cláudia Angeli Capovilla - Enfermeira - Centro de Saúde Perseu Leite de Barros;  
Priscila Daun de Assis de Oliveira - Enfermeira - Centro de Saúde Orozimbo Maia;  
Regina Grimaldi de Oliveira - Enfermeira - Centro de Saúde Boa Vista;  
Renata Cauzzo Zingra Mariano - Enfermeira - Área de Enfermagem / Departamento de Saúde;  
Thais Gomes do Nascimento - Enfermeira - Centro de Referência em Reabilitação;

### **Abordagem do Diabetes Mellitus 2 na Atenção Primária à Saúde**

Karin Barbosa Kersten Moraes - Médica Endocrinologista - Policlínica 2;  
Marcela Regina Pícolo Curti - Médica Endocrinologista - Policlínica 2;  
Maria Cândida Ribeiro Parisi – Professora Doutora em Clínica Médica - Unicamp;  
Maria Cecília Souza de Vasconcelos Queiroz - Médica Endocrinologista - Policlínica 2;  
Renee Coifman - Médica Endocrinologista - Policlínica 2

### **Quadro Epidemiológico das CCNT em Campinas**

Margareth Guimarães Lima – Professora Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp  
Marilisa Berti de Azevedo Barros - Professora Doutora em Epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp / Isacamp

### **Tratamento de Hipertensão e Estratificação de Risco Cardiovascular**

Sheila Tatsumi Kimura Medorima - Médica Cardiologista - Policlínica 3  
Valéria Cristina Jodjahn Figueiredo - Enfermeira - Coordenadora da Policlínica 3

### **Abordagem do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde**

Silzeth Schlichting - Coordenadora do Programa Municipal de Controle do Tabagismo

### **Metodo de elaboração e apresentação de protocolos clínicos**

Ugo Caramori, Médico de Família e Comunidade e mestrando da Clínica Médica da UNICAMP

### **As Práticas Integrativas no Cuidado às CCNT**

William Hyppólito Ferreira, Coordenador Municipal das Práticas Integrativas

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
Apresentação.....	8
Quadro Epidemiológico das Condições Crônicas em Campinas.....	14
1. Doenças crônicas e problemas de saúde: prevalência.....	15
2. Tendência da prevalência de doenças crônicas nos períodos de 2001/02, 2008/09 e 2014/15.....	18
3. Práticas de controle para diabetes e hipertensão.....	21
4. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis.....	23
5. Impacto da doença e das multimorbidades.....	26
2. DO BIOLÓGICO AO BIOGRÁFICO: O DESAFIO DA PRODUÇÃO DE AUTONOMIA E AUTOCUIDADO	29
Figura 2.1 - Ciclo “Do Saber ao Fazer”.....	29
Figura 2.2 - O método Clínico Centrado na pessoa e seus Componentes.....	30
Figura 2.3 - Importância do Autocuidado nas Condições Crônicas por Estratificação de Risco.....	31
Figura 2.4 - Fatores Facilitadores e Dificultadores de enfrentamento da Enfermidade.....	31
Quadro 2.1 - Avaliação dos Fatores de Enfrentamento.....	32
Anexo 2.1 - Questionário Morisky (adaptado).....	35
Anexo 2.2 - Escala de Resiliência de Connor e Davidson 2003.....	36
Anexo 2.3 - Questionários para Abordagem da Espiritualidade.....	38
Anexo 2.4 - PRACTICE.....	40
Anexo 2.5 - Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) Auto Aplicado.....	41
Anexo 2.6 - AUDIT - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de Álcool.....	43
3. ENTREVISTA, RASTREAMENTO, CADASTRO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	45
3.1 - Quadro para a entrevista nas Condições Crônicas não Transmissíveis.....	47
3.2 - Fluxograma - Rastreamento e Diagnóstico na Suspeita de HAS e/ou DM.....	48
3.3 - Estratificação do Risco Cardiovascular.....	49
3.3.1 - Etapa 1: Presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes.....	49
Quadro 3.3.1.a - Condições Clínicas associadas ao Alto Risco.....	49
3.3.2 - Etapa 2: Escore de Risco.....	49
Quadro 3.3.2.a - Fatores de Risco Cardiovasculares.....	50
Quadro 3.3.2.b - Critérios diagnósticos para Síndrome Metabólica*.....	50
Quadro 3.3.2.c - Escore de Framingham para Classificação do Risco Global.....	51
3.3.3 - Etapa 3: Fatores Agravantes e Capacidade de Auto-cuidado.....	52
Quadro 3.3.3.a - Avaliação da Capacidade de Auto-cuidado.....	52
3.3.4 - Etapa 4: Estratificação de Risco Cardiovascular do Diabético.....	53
Quadro 3.3.4.a - Escore UKPDS para Classificação Do Risco Cardiovascular em Diabéticos Tipo II	53
Quadro 3.3.4.b - Estratificadores de Risco (ER) para Diabéticos.....	54
Quadro 3.3.4.c - Estratificação de Risco Cardiovascular para Diabéticos.....	54

Fluxograma 3.3.4.d - Estratificação de Risco nas Condições Crônicas Não-Transmissíveis (CCNTS)	55
3.4 - Rastreamento de Isquemia Silenciosa	56
3.5 - Planejamento de Ações	56
Quadro 3.5.1 - Grau de Gravidade e Ações Recomendadas nas Condições Crônicas	57
3.6 - Técnica de aferir a pressão arterial	58
Quadro 3.6 - Técnica de Aferição da Pressão Arterial	59
Quadro 3.7 - Dimensões do Manguito para diferentes circunferências de braço	60
Quadro 3.8 - Correção dos níveis de Pressão Arterial pela largura do manguito e a circunferência do braço	60
<b>4. COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES DE RISCO MODIFICÁVEIS NA PREVENÇÃO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:</b>	<b>64</b>
Entrevista Motivacional	66
Conceitos iniciais da Entrevista Motivacional	66
Estilos de Comunicação	66
Elementos que compõem o Espírito da Entrevista Motivacional	67
Processos Fundamentais da EM	68
Metodologia da Entrevista Motivacional: PARR	69
Conclusão	70
Promoção de Fatores de Enfrentamento	71
Quadro 4.1 - Quadro-Síntese sobre Alimentação Saudável	72
Quadro 4.2 - Quadro-Síntese sobre Orientação quanto às Práticas Corporais e Atividades Físicas para Pessoas sem Condição Crônica Instalada	75
Quadro 4.3 - Quadro-Síntese sobre orientação à pessoa com excesso de peso ou obesidade	77
Quadro 4.4 - Quadro-Síntese sobre Orientação/Conduta a pessoa Tabagista	79
Quadro 4.5 - Quadro-Síntese sobre Terapia Medicamentosa a pessoa Tabagista	83
Casos especiais da Terapia a pessoa Tabagista	87
4.5.1 - Casos de recaída	87
4.5.2 - Adolescentes (indivíduos menores de 18 anos)	88
4.5.3 - Gestantes e nutrízes	88
4.5.4 - Idosos	88
4.5.5 - Pacientes com tuberculose	89
4.5.6 - Pacientes com câncer	89
4.5.7 - Pacientes com transtorno psiquiátrico (incluindo dependência ao álcool e outras drogas)	89
Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER)	90
Quadro 4.6 - Quadro-Síntese sobre Orientação/Conduta quanto ao uso abusivo de Álcool	93
Quadro 4.7 - Quadro-Síntese sobre ações relacionadas à Saúde do Trabalhador e Risco Cardiovascular	95
Quadro 4.8 - Quadro-Síntese sobre ações relacionadas ao Estresse Crônico e Risco Cardiovascular	97

Anexo 4.1 - Questionário Internacional de Atividade Física - Versão curta (IPAQ).....	104
Anexo 4.2 - Escala de Razões para Fumar modificada.....	105
Anexo 4.3 - Questionário de Tolerância de Fagerstöm.....	107
Anexo 4.4 - Tarefas Motivacionais segundo estágios de mudança Deprochaska e Diclemente .....	108
Anexo 4.5 - Principais Técnicas Cognitivas e Comportamentais usadas no Tratamento de cessação de Tabagismo.....	109
<b>5. O CUIDADO DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS SEM COMPLICAÇÕES OU COMPLICAÇÕES LEVES ASSINTOMÁTICAS.</b> .....	<b>110</b>
Fluxograma 5.1 - Organização do Cuidado a partir do Risco Cardiovascular (RCV) .....	111
Quadro-Síntese de ações comuns para acompanhamento de pessoas com Condições Crônicas (HAS e/ou DM) sem complicações ou com alterações leves sem sintomas (Prevenção Primária)..	112
Sobre Estatinas e AAS na prevenção primária .....	115
Sobre Tratamento Farmacológico da HAS leve.....	118
Fluxograma 5.2. - Tratamento Farmacológico da HAS Estágio 1 <sup>1</sup> na pessoa com RCV não alto (<20%), sem LOA, DCV, DM ou DRC (Monoterapia Sequencial).....	119
Fluxograma 5.3 - Tratamento Farmacológico DM2.....	120
Quadro 5.1 - Emergências Hipertensivas .....	121
Quadro 5.2 - Elevações da Pressão Arterial em pessoas Assintomáticas ou Oligossintomáticas....	122
Quadro 5.3 - Abordagem da Hipoglicemia do Diabético.....	122
Quadro 5.4 - Abordagem da Descompensação Hiperglicêmica Aguda.....	123
Quadro 5.5 - Entrevista na pessoa que vive com HAS e/ou DM .....	124
Quadro 5.6 - Exame físico na pessoa que vive com HAS e/ou DM.....	125
Quadro 5.7 - Indícios de Hipertensão Secundária .....	126
Quadro 5.8 - Exames Complementares na pessoa que vive com HAS e/ou DM.....	127
Quadro 5.9 - Metas Pressóricas.....	128
Quadro 5.10 - Metas na pessoa que vive com Diabetes .....	128
Quadro 5.11 - Metas Terapêuticas para Dislipidemia e PA para não Diabéticos, Diabéticos e Idosos .....	129
Quadro 5.12 - Indicação de Terapia Antiplaquetária (AAS 100mg/dia):.....	130
Quadro 5.13 - Como manejar pessoas com moderado ou Alto Risco Cardiovascular* .....	131
Quadro 5.14 - Tratamento não Farmacológico: Intervenções Dietéticas.....	133
Quadro 5.15 - Tratamento não Farmacológico: Intervenções não Dietéticas .....	134
Quadro 5.16 - Indicações de Tratamento Farmacológico na HAS .....	134
Quadro 5.17 - Escolha do Antihipertensivo na presença de Comorbidades .....	135
Quadro 5.18 - Principais Antihipertensivos (RENAME) .....	136
Quadro 5.19 - Encaminhamento para serviço de Referência .....	138
Material para apoio nas decisões compartilhadas sobre Tratamento Farmacológico.....	139
Apêndice 5.1 - Risco Cardiovascular de 20% .....	140
Apêndice 5.2 - Uso de Estatina por 5 anos X Prevenção de IAM nao-fatal.....	140
Apêndice 5.3 - Risco de DM2 X uso de Estatina .....	140

Apêndice 5.5 - Risco de efeito adverso com uso de Antihipertensivo em HAS leve .....	141
Apêndice 5.6 - Risco de efeito adverso* com uso de Antihipertensivo em HAS leve** .....	141
Anexo 5.1 - Taxa de Filtração Glomerular baseado na equação CKD-EPI nos homens .....	145
Anexo 5.2 - Orientações gerais para aplicação de Insulina .....	147
Anexo 5.3 - Pé Diabético .....	148
Anexo 5.4 - Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 .....	157
<b>6. O CUIDADO DAS PESSOAS COM MULTIMORBIDADE .....</b>	<b>162</b>
Figura 6.1 - Ocorrência de Multimorbidades nas dez condições mais comuns entre pacientes da Atenção Primária no Reino Unido .....	162
Quadro 6.1 - Síntese do cuidado das pessoas com MM .....	164
Quadro 6.2 - Cuidado das pessoas com Multimorbidade .....	165
Anexo 6.1 - Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) .....	171
Anexo 6.2 - Ferramenta Prescrições Potencialmente Inapropriadas Pessoas Idosas (Stopp) .....	172
Anexo 6.3 - Ferramenta de Triagem Tratamento Certo, Adequado, Tratamento Indicado (START) .....	175
<b>7. O CUIDADO DAS PESSOAS COM PERDA DE AUTONOMIA E PERDA FUNCIONAL GRAVE .....</b>	<b>176</b>
Quadro-Síntese no cuidado das pessoas com Perda de Autonomia e Perda Funcional Grave .....	177
Quadro 7.1 - Entrevista da pessoa com Perda de Autonomia e Perda Funcional Grave .....	178
Quadro 7.2 - Exame Físico Geral e Específico e Orientações .....	180
Quadro 7.3 - Tratamento de Lesões de Pele segundo o Tipo de Exsudato .....	182
Cuidados Paliativos .....	190
Quadro 7.4 - Princípios dos Cuidados Paliativos segundo a OMS .....	190
Quadro 7.5 - Recomendações Básicas para a Atenção Paliativa .....	191
Quadro 7.6 - Síntese dos principais sintomas presentes na fase final de vida, e as condutas sugeridas a serem implementadas .....	192
Quadro 7.7 - Hipodermóclise: Utilização e Técnica .....	198
Quadro 7.8 - Orientações Documentais .....	199
Anexo 7.1 - Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) .....	203
Anexo 7.2 - Escala de performance paliativa (PPS) .....	204
Anexo 7.3 - Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) .....	205
Anexo 7.4 - Escala de Lawton-Brody .....	207
Anexo 7.5 - Apgar de Família .....	208
Anexo 7.6 - Escala de Zarit Reduzida - Avaliação da Sobrecarga do Cuidador .....	210
Anexo 7.7 - Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho-Savassi .....	211
Anexo 7.8 - Avaliação de Lesões por Pressão .....	212
ESCALA DE BRADEN (versão adaptada e validada para o Brasil) .....	212
Anexo 7.9 - Instrumento identificação de pessoas em situação de enfermidade avançada-terminal e necessidade de cuidados paliativos em Serviços de Saúde .....	215
Anexo A - Pirâmide das Condições Crônicas .....	219
Anexo B - Pirâmide das Orientações nas Condições Crônicas .....	220

# 1. INTRODUÇÃO

## Apresentação

A análise da situação atual das Condições Crônicas (CC) em Campinas, como demonstrado na sequência, motivou a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS-CPS) a ampliar a intervenção nesta realidade com a manutenção e valorização, no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, de metas relativas a diminuição da mortalidade precoce por Condições Crônicas (CC) e de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), com a implantação do Manual de Recomendações para o cuidado às Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde e do Projeto da Alta Articulada, além do fortalecimento da Atenção Primária com os Programas Saúde em Ação e Mais Médicos Campineiro.

Em 2016, o Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Sírio Libanês, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - PROADI-SUS, organizou Cursos direcionados à elaboração de Protocolos da Atenção Básica sobre Saúde das Mulheres, das Crianças e das Condições Crônicas, em 40 cidades brasileiras, selecionadas com a participação de Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASEMS. Campinas foi uma cidade escolhida e optou por desenvolver, no curso, o Protocolo de Atenção às Condições Crônicas Não Transmissíveis e Risco Cardiovascular-CC - RCV, a partir de uma versão provisória do protocolo do MS-HSL. O curso foi desenvolvido em 2017 e teve a participação de 20 profissionais e gestores da SMS-CPS<sup>1</sup>.

O Colegiado de Gestão da SMS, dada a prioridade do enfrentamento das Condições Crônicas, constituiu o Grupo de Implantação do protocolo, com participação do Departamento de Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA), Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO), Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), Distritos de Saúde e parte dos profissionais que participaram do curso acima referido. O Grupo de Implementação finalizou a elaboração **do Manual de Recomendações para o Cuidado às Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária de Campinas**, apresentado na sequência.

A versão provisória do Protocolo, foi tomado como texto guia, se procurou deixá-lo mais conciso e amigável, através de paráfrases e adequações elaboradas no curso, a

---

<sup>1</sup> Adriana C. D'orazio; Aloide L. Guimarães; Ana L. M. Ribeiro; Andreia N. D. Silva; Augusto C. Lazzarin; Carlos E. C. Abrahão; Claudia Z. C. Caiola; Edmilson R. Marques; Eduardo A. Thomaziello; Erika T. Silva; Fernando R. Bau; Livia C. B. Krutzfeldt; Maria Antonieta Salomão; Marta A. S. Rossini; Naoko Y. J. Silveira; Rogerio O. Araujo; Sheila T. K. Medorima; Tienne A.A. Rampazzo e Vera Elisa de Oliveira



partir de experiências desenvolvidas em Centros de Saúde de nossa cidade, em reuniões com profissionais da cardiologia, da endocrinologia, do Serviço de Atendimento Domiciliar, do Centro de Referência do Idoso e nas reuniões regulares do grupo de implementação.

O Manual tem como referenciais o Modelo da Pirâmide de Risco, proposto por Mendes (2011), a clínica ampliada, com a oferta de cuidado à (e com a) pessoa e não apenas para sua doença (CAMPOS, 2001). Inclui prestação de cuidados abrangentes, desde a promoção da saúde, a prevenção primária, o rastreamento e a detecção precoce de doenças, a reabilitação e os cuidados paliativos, além da prevenção de intervenções e danos desnecessários, a denominada prevenção quaternária (NORMAN, 2009).

O Manual baseia seus capítulos por estratos de risco, pois, ao conhecer os riscos de cada usuário, o profissional de saúde será capaz de adequar as ações, tanto individuais quanto coletivas, conforme as necessidades da população adscrita, além de utilizar melhor os recursos do serviço. Tem como foco a prevenção primária da doença macrovascular, seguida da prevenção secundária e terciária.

O primeiro capítulo traz os desafios do cuidado aos portadores de CC dada a dimensão do quadro epidemiológico que as condições crônicas apresenta, retratado através dos inquéritos de saúde domiciliares, de base populacional de Campinas (ISACamp), realizados em 2001/02, 2008/09 e 2014/15, pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde, vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médica (FCM) - Unicamp.

O segundo capítulo, intitulado “Do Biológico ao Biográfico”, apresenta os instrumentos para avaliar os diversos fatores de enfrentamento da enfermidade, promovendo fatores facilitadores e reduzindo os dificultadores, permitindo o desenvolvimento da autonomia e do autocuidado das pessoas com condições crônicas associadas.

Os capítulos subsequentes abordam os seguintes temas: rastreamento e estratificação de risco cardiovascular; comportamentos e situações de risco modificáveis na prevenção das condições crônicas não transmissíveis; condutas nas condições clínicas sem complicações e com complicações leves assintomáticas; condutas nas condições clínicas associadas a multimorbidade e condutas nas condições clínicas com perda de autonomia e perda funcional grave.

Os problemas e a respectiva abordagem pela equipe multiprofissional na Atenção Básica (AB) são apresentados em formato de fluxogramas, que trazem, de forma objetiva, os passos do cuidado desde o primeiro contato da pessoa com a equipe de AB até o plano de cuidados, o qual sempre deve ser realizado de forma compartilhada com o usuário. Nos passos do fluxograma, faz-se referência também às categorias profissionais habilitadas, do ponto de vista técnico e ético-legal, para realizarem as atividades ou os procedimentos indicados. Alguns temas possuem quadros com informações complementares aos fluxogramas. Em algumas situações, apresenta-se um quadro inicial referente aos “sinais de alerta”, que contém: i) por um lado, os sinais, sintomas e dados clínicos que podem remeter a um risco mais elevado; e ii) por outro, as situações que necessitam de avaliação clínica em caráter de urgência/emergência ou prioritária (condições em que se pode prever alguma gravidade, embora sem risco de vida iminente no momento primordial da avaliação).

O “quadro-síntese” sumariza o conjunto de ações de cada capítulo, sob uma abordagem integral, e discrimina os profissionais responsáveis pela realização do cuidado qualificado do ponto de vista técnico e ético-legal. O conteúdo segue a lógica de produção do cuidado às pessoas com condições crônicas, partindo do acolhimento à demanda espontânea, com escuta qualificada, até as ações previstas como ofertas possíveis para a atenção integral e promoção da saúde desta população. Estas ações estão agrupadas na avaliação global (entrevista e exame físico geral e específico) e no plano de cuidados de forma ampliada, incluindo ações de avaliação dos problemas (exames complementares), abordagem medicamentosa e não medicamentosa, atividades de educação em saúde, acompanhamento e vigilância em saúde, a depender do tema em questão.

“Acolhimento com escuta qualificada” é a primeira categoria do quadro-síntese - bem como dos fluxogramas de todas as seções - e uma das diretrizes para qualificação e humanização das práticas de saúde no SUS, que devem estar fundamentadas no trabalho em equipe e na construção do relacionamento entre profissionais e usuários (BRASIL, 2003). Acolhimento pode ser entendido por diferentes perspectivas, tanto como um modo de organização do processo de trabalho para ampliação do acesso e organização da demanda espontânea, assim como uma postura ético-política dos(as) profissionais, ao estabelecerem vínculo de cuidado com os(as) usuários(as), com respeito à autonomia das pessoas e consideração das necessidades, desejos e interesses dos atores envolvidos no cuidado (BRASIL, 2010).

Sendo assim, incluir o acolhimento com escuta qualificada como princípio básico das ações de todo profissional de saúde tem por objetivos:

- a melhoria do acesso das pessoas aos serviços de saúde, modificando a forma tradicional de entrada por filas e a ordem de chegada;
- a humanização das relações entre profissionais de saúde e as pessoas no que se refere à forma de escutar os(as) usuários(as) em seus problemas e suas demandas;
- a mudança de objeto (da doença para o sujeito);
- a abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- o aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento nos serviços de saúde pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- o aumento da responsabilização dos(as) profissionais de saúde em relação às pessoas e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; e
- a operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem das pessoas para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Ainda no detalhamento da categoria “Acolhimento com escuta qualificada”, foi utilizado como referencial o conceito de “motivos de consulta” (MC) da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), incorporado pelo Ministério da Saúde (MS) no Prontuário Clínico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS da Atenção Básica (e-SUS AB), adaptado nos Protocolos da Atenção Básica como “motivos de(o) contato” (BRASIL, 2014c). Em analogia ao conceito de motivo de consulta, o motivo de contato se refere a qualquer razão, fator ou motivação que leve a um encontro entre profissional de saúde e usuário, com ênfase na demanda apresentada pelo usuário ao serviço de saúde, nas necessidades apresentadas pelas pessoas que buscam cuidado: “poderá se tratar de sintomas ou queixas [...], doenças conhecidas [...], pedidos de exames de diagnóstico ou preventivos [...], pedido de tratamento [...], conhecer os resultados de testes, ou por razões administrativas [...]” (WONCA, 2009).

A adoção do termo “motivo de contato” deve-se ao fato dos Protocolos da AB contemplar em amplo leque de ações em saúde, realizadas por diferentes profissionais e que não se restringem a consultas, embora as contemplem. Além disso, favorece que não seja feita a vinculação direta, sem a interpretação conjunta entre profissional e usuário(a), entre a demanda dos sujeitos e a necessidade de uma consulta como solução daquela. Importante parcela do cuidado prestado na AB, resolutivo, ampliado e adequado às necessidades das pessoas, é realizada em ações extra consultório, como nas visitas domiciliares, atividades em grupos, espaços de educação em saúde, ações coletivas e intersetoriais, bem como no próprio acolhimento do(a) usuário(a) nos serviços de saúde.

As categorias dos quadros-síntese, dispostas nas linhas, foram inspiradas nas notas de evolução (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano - SOAP), do modelo de Registro Clínico Orientado para o Problema (RCOP) adotado pelo MS e assumido pela SMS/CPS no Prontuário Eletrônico do Cidadão do e-SUS AB (BRASIL, 2014c). O SOAP é um modelo de registro em saúde adequado para o cuidado na AB e para as diferentes práticas profissionais, cuja estrutura reflete a complexidade dos cuidados básicos de saúde (favorecendo a continuidade, a integralidade e a coordenação do cuidado), com destaque para suas categorias de problemas e avaliação (não restritas às categorias de “doença” e “diagnóstico”, respectivamente), bem como de plano de cuidados (em suas dimensões de propedêutica, terapêutica, educativa e de seguimento/acompanhamento).

Nos quadros-síntese do Protocolos da AB, são utilizados três termos ao denotar “quem faz” (última coluna dos quadros), isto é, as categorias profissionais responsáveis pela realização das ações do ponto de vista técnico e legal: Equipe Multiprofissional, Enfermeiro(a)/Médico(a) e Médico(a). A equipe multiprofissional contempla todos os profissionais das equipes de Atenção Básica e do NASF, a depender da realidade de cada região e serviço de saúde, dos profissionais presentes nas equipes (e seus saberes e práticas) e da forma de organização do processo de trabalho que contemple as especificidades e singularidades de cada território.

Por fim, os quadros e textos de leitura complementar foram incluídos para apoiar a compreensão do tema abordado no capítulo, de forma um pouco mais detalhada, ainda que breve. E a seção “Saiba mais” traz alguns *hiperlinks*, que podem ser acessados para agregar conhecimentos ao tema abordado no capítulo, além de informações relevantes que tangenciam ou atravessam o lócus da AB encontradas em documentos do Ministério da Saúde.

É importante reiterar que a abordagem proposta, embora apoiada em referências qualificadas do MS e de publicações científicas de reconhecimento nacional e internacional, não contempla todas as possibilidades de cuidado e nem resolve, como iniciativa isolada, as questões inerentes ao cuidado em saúde. Tais questões dependem de qualificada formação técnica, ético, política e humanitária em saúde, de um processo de educação permanente em saúde e do julgamento clínico judicioso com respeito à autonomia dos usuários.

Assim, o desafio para a qualificação do cuidado às pessoas com condições crônicas não transmissíveis, envolve a identificação, à partir do enfoque no risco cardiovascular, o cuidado clínico e o apoio psicossocial, através da construção do projeto terapêutico singular, para os casos de alto risco, a avaliação de comorbidades, o estímulo ao autocuidado e a mudança de hábitos. Variações e especificidades locais, como o acesso aos serviços, diferença por sexo, idade, escolaridade, entre outros, devem demandar um olhar diferenciado dos profissionais de saúde e maior integração entre as equipes e equipamentos do território na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e do aumento da capacidade clínica, além da articulação entre os vários pontos de atenção e vigilância em saúde no âmbito loco-regional (BRASIL, 2014b). A elaboração e publicação deste manual de cuidado vai neste sentido.

A comparação dos inquéritos de 2001/02 e 2014/15 de CPS, revela, como será detalhado no item seguinte que trata do quadro epidemiológico das CCNT em Campinas, aumentos significativos da prevalência de DM, HAS, obesidade e dos fatores de risco, excluindo o tabagismo onde houve queda.

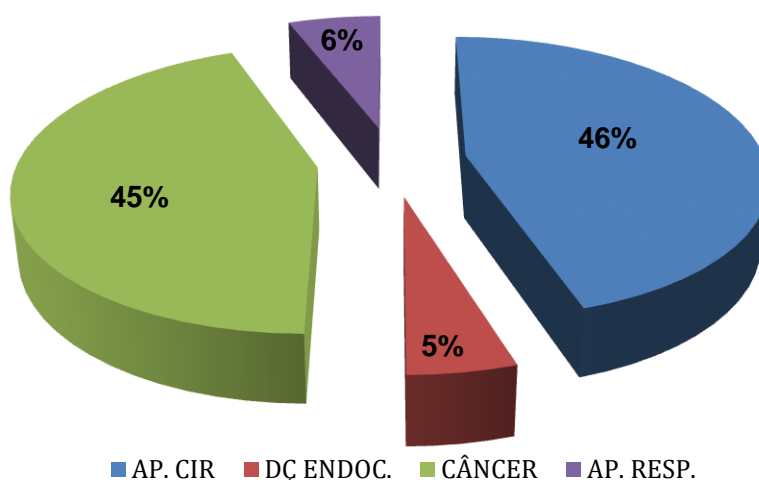
Na avaliação da série histórica, de Campinas, da proporção de ICSAB, sendo que 30% delas são decorrentes de causas cardiovasculares e diabetes, e da mortalidade prematura por condição crônica, vê-se, melhoras pouco significativas, vide abaixo.

<b>Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica</b>										
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
%ICSAP	25,34%	22,89%	23,82%	23,65%	23,62%	24,70%	23,36%	22,56%	22,05%	21,15%
ICSAP: numerador	4.886	4.586	4.599	4.826	4.862	5.556	5.177	4.740	4.446	4.678
Total: denominador	19.279	20.034	19.304	20.423	20.581	22.493	22.160	21.014	20.163	22.115

Fonte: DATASUS/SIH RDSP1801 a 2003.DBC

Referência: Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 / 2017-2021  
Dados reprocessados na SMS Campinas/DEAR/CSAPTAINDICADOR1i7

**Taxa mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - Ano 2019**



**TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (< 70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS QUATRO PRINCIPAIS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taxa Mort. Prematura (<70 anos)	334,94	311,02	307,58	307,93	297,62	299,13	290,93	286,65	284,37	307,06	282,95	284,70	279,28	299,67

FONTE: SIM - Coordenadoria de Informação e Informática. DGDO - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dados atualizados em 06/02/2020.

## Quadro Epidemiológico das Condições Crônicas em Campinas

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de óbito no mundo. Em 2016 foram estimadas cerca de 41 milhões de mortes globais por DCNT que soma 71% de todas as mortes (WHO, 2018), incluindo 14 milhões de mortes prematuras (WHO, 2013), impactando a qualidade de vida, levando a limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e para a sociedade, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011). Mundialmente, entre as mortes prematuras, entre 30 e 69 anos, 75% são consequentes das DCNT, mas vale ressaltar que a ocorrência de mortes prematuras é maior em grupos populacionais com baixa renda (WHO, 2018). Os principais grupos das DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, câncer e diabetes) possuem fatores de risco modificáveis em comum: tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e obesidade (WHO, 2018). O Plano Global para a Prevenção e Controle

das DCNT 2013-2020, da Organização Mundial da Saúde, estabelece entre suas metas, a redução em 25% do risco de mortes prematuras por DCNT (WHO, 2013).

Dados epidemiológicos de DCNT de moradores de Campinas, gerados pelos inquéritos de saúde domiciliares de base populacional (ISACamp), realizados em 2001/2002, 2008/09 e 2014/15 (Barros et al., 2017), pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da FCM-UNICAMP<sup>II</sup> reafirmam a relevância e os desafios postos para o projeto de qualificação do cuidado aos portadores de condições crônicas em nossa cidade. Da ampla gama de informações geradas por estes inquéritos, que abrangem estado de saúde e morbidades, comportamentos de saúde, condições e qualidade de vida e uso de serviços de saúde, alguns resultados são apresentados a seguir.

## 1. Doenças crônicas e problemas de saúde: prevalência

**Tabela 1 - Prevalência (em %) de doenças crônicas segundo grupos de idade. ISACamp 2014/15**

Doenças	Total n=3021	10-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60 e mais
Hipertensão	19,7	1,4	4,5	28,6	58,7
Diabetes	7,8	0,6	1,8	9,9	26,2
Doença do coração	6,1	1,3	3,3	7,0	16,6
Reumatismo/artrite/artrose	8,1	0,5	1,6	9,4	29,2
Osteoporose	3,0	0,1	0,6	2,1	14,1
Asma	7,3	10,9	8,0	5,3	5,4
Bronquite/enfisema	2,1	2,8	1,4	2,3	2,9
Tendinite/LER	7,5	0,9	4,3	15,5	6,7
Doença de coluna	15,1	3,6	9,3	21,8	28,6
Neoplasias	2,7	-	7,8	3,5	9,0

Fonte: Barros et al., 2017

Com base nos dados de uma amostra de 3021 moradores de Campinas com 10 anos ou mais de idade, constata-se que as doenças crônicas mais prevalentes entre adultos e idosos foram: hipertensão, doença de coluna, reumatismo/artrose e diabetes. Nos adolescentes, asma, doença de coluna, e bronquite foram as mais frequentes. A maior parte das doenças apresenta prevalência crescente com a idade atingindo os maiores valores nos idosos, mas asma é mais prevalente nos adolescentes e tendinite/LER nos adultos de 40 a 59 anos (Tabela 1).

<sup>II</sup> Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS)/Departamento de Saúde Coletiva/Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/ccas-centro-colaborador-em-analise-de-situacao-de-saude>

**Tabela 2** - Prevalência (em %) de doenças crônicas segundo faixa etária e sexo. ISACAMP 2014/15

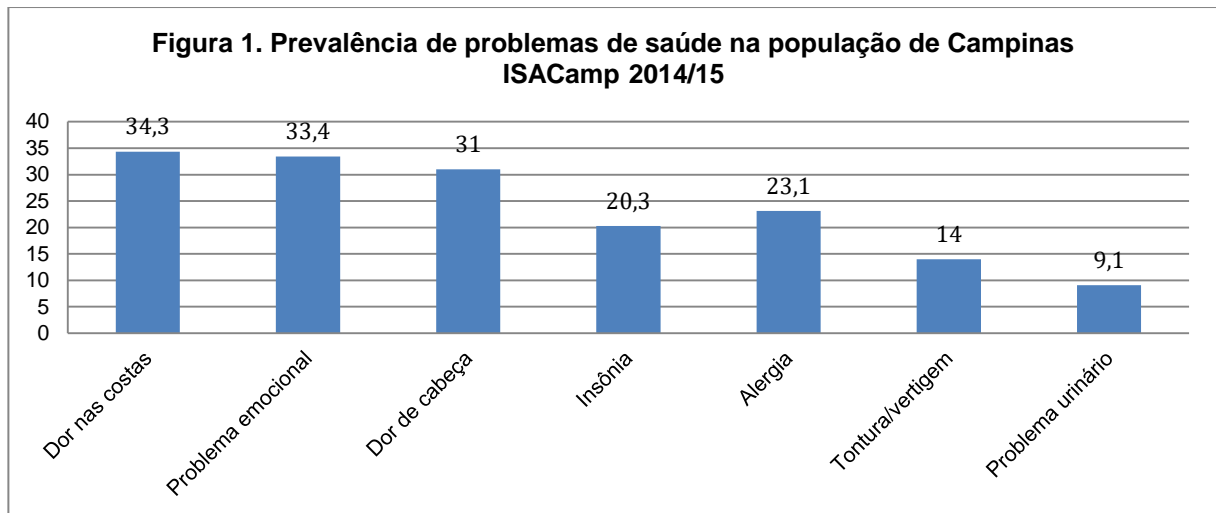
<b>Sexo</b>	<b>Total</b>	<b>10-19</b>	<b>20-39</b>	<b>40-59</b>	<b>60 e mais</b>
<b>Masculino</b>					
Hipertensão	17,3	1,6	3,5	27,9	53,9
Diabetes	7,5	0,4	1,4	11,6	25,1
Doença do coração	5,9	1,0	2,6	7,5	17,9
Reumatismo/artrite/artrose	5,1	0,2	1,2	5,9	20,3
Osteoporose	0,8	-	-	0,7	4,6
Asma	7,0	13,2	7,4	4,9	3,1
Bronquite/enfisema	2,3	3,1	1,2	3,2	2,5
Tendinite/LER	4,9	0,4	2,5	10,9	4,8
Doença de coluna	11,9	2,5	5,7	19,4	25,7
<b>Feminino</b>					
Hipertensão	21,9	1,3	5,5	29,3	62,3
Diabetes	8,2	0,9	2,3	8,4	27,0
Doença do coração	6,3	1,6	3,9	6,2	15,7
Reumatismo/artrite/artrose	11,0	0,8	2,1	12,6	37
Osteoporose	5,1	0,2	1,1	3,3	21
Asma	7,5	8,6	8,6	5,7	7,2
Bronquite/enfisema	2,0	2,4	1,7	1,5	3,2
Tendinite/LER	9,8	1,5	6,1	19,5	8,1
Doença de coluna	18	4,7	12,7	23,8	30,8

Fonte: Barros et al., 2017

As prevalências das doenças tendem a ser mais elevadas nas mulheres, principalmente a hipertensão, doença de coluna, reumatismo/artrite/artrose, tendinite/LER/DORT e osteoporose. Nos homens com 60 anos ou mais, 53,9% são hipertensos, 25,1% diabéticos, 17,9% tem alguma doença do coração e 20,3% tem reumatismo ou artrose. Estas prevalências nas mulheres são respectivamente: 62,3%, 27,0%, 15,7% e 37% (Tabela 2).

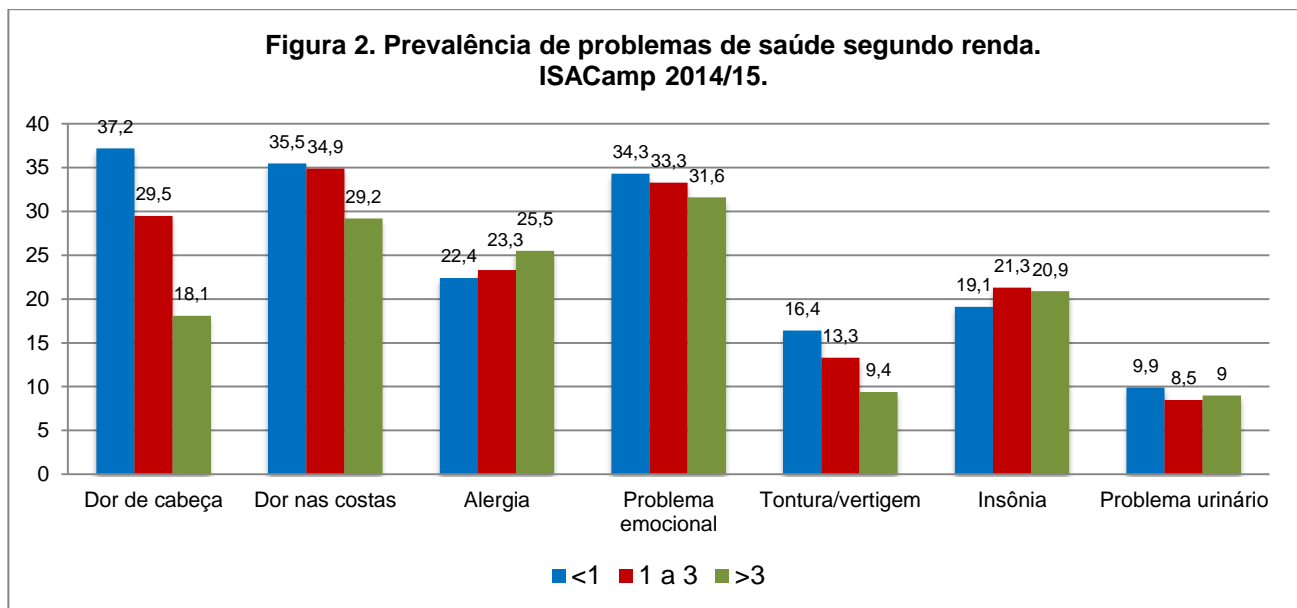
O inquérito ISACamp de 2014/15 detectou que as queixas e sintomas mais relatados pela população de Campinas foram: dor nas costas (34,2%), problema emocional (33,4%), dor de cabeça (31,0%), alergia (23,1%) e insônia (20,3%) (Figura 1).





Fonte: Barros et al., 2017

Os resultados do inquérito também permitiram avaliar disparidades sociais na ocorrência dos agravos de saúde e alertar para a maior prevalência de dor de cabeça, dor nas costas, problemas emocionais e tontura ou vertigem nos indivíduos pertencentes aos menores estratos de renda (Figura 2).



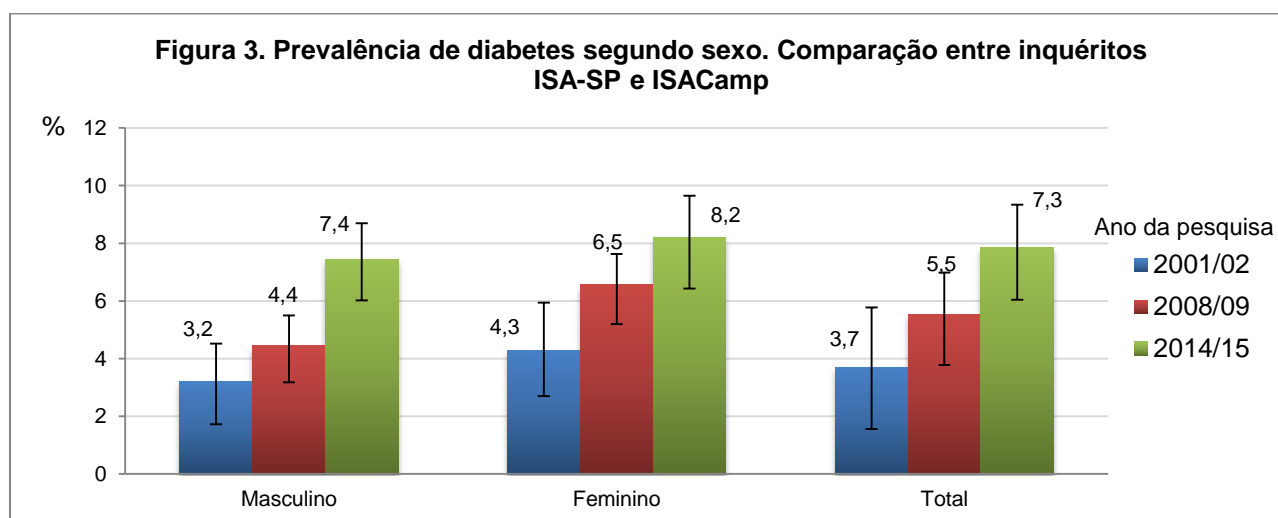
Fonte: Barros et al., 2017

Em relação às desigualdades sociais, estudos prévios desenvolvidos com dados do ISACamp 2008 revelavam maior prevalência de morbidades como hipertensão, diabetes, osteoporose, dor de cabeça, dor nas costas e transtornos mentais comuns nos idosos (Barros et al, 2011), nas mulheres adultas (Senicato e Barros, 2012) e em homens adultos (Bastos et al, 2012) do segmento de menor nível de escolaridade em comparação

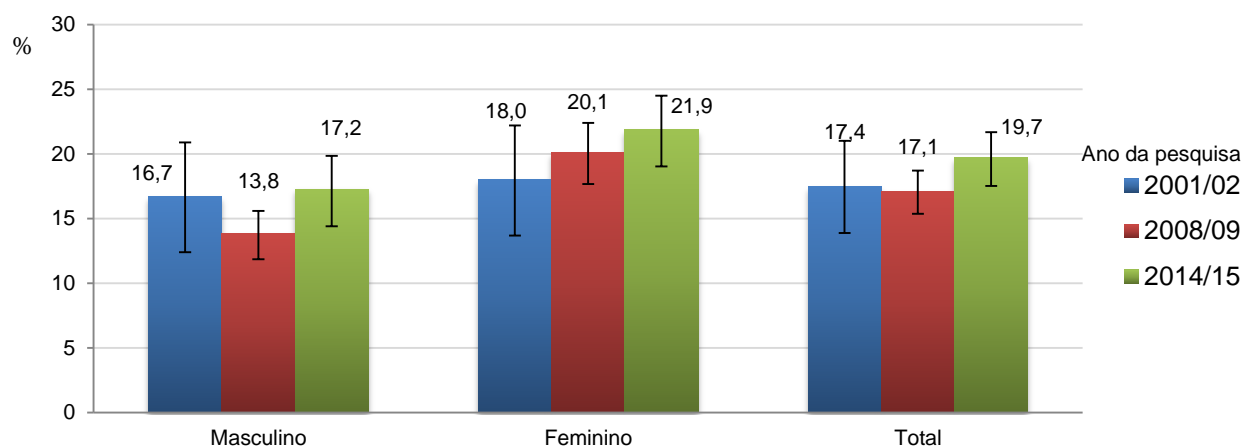
àqueles com maior número de anos de estudo. Estes trabalhos apontavam que a desigualdade na escolaridade associava-se a importantes desigualdades no nível socioeconômico, nos comportamentos de saúde e na prevalência de problemas de saúde, mas no tocante ao uso de serviços de saúde e acesso a medicamentos, vários dos indicadores analisados apontavam equidade de acesso. Uma franca desigualdade era detectada apenas no acesso aos serviços odontológicos. Estes achados apontavam para uma organização dos serviços públicos de saúde do município de Campinas, capaz de gerar equidade no acesso a vários tipos de serviços.

## 2. Tendência da prevalência de doenças crônicas nos períodos de 2001/02, 2008/09 e 2014/15

Comparando-se os resultados dos inquéritos realizados nos três períodos, observa-se crescimento importante da prevalência de diabetes (Figura 3). A prevalência de Hipertensão (Figura 4) não apresentou aumento significativo entre os períodos estudados. Dados do inquérito Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2018 (Brasil, 2019) apontam crescimento da prevalência do diabetes, na população total, de 5,2% em 2008 para 7,7% em 2018. Assim como no ISACamp, a prevalência de hipertensão no VIGITEL não apresentou aumento significativo de 2008 para 2018 na população brasileira residente nas capitais e no Distrito Federal (Brasil, 2009; Brasil, 2019).



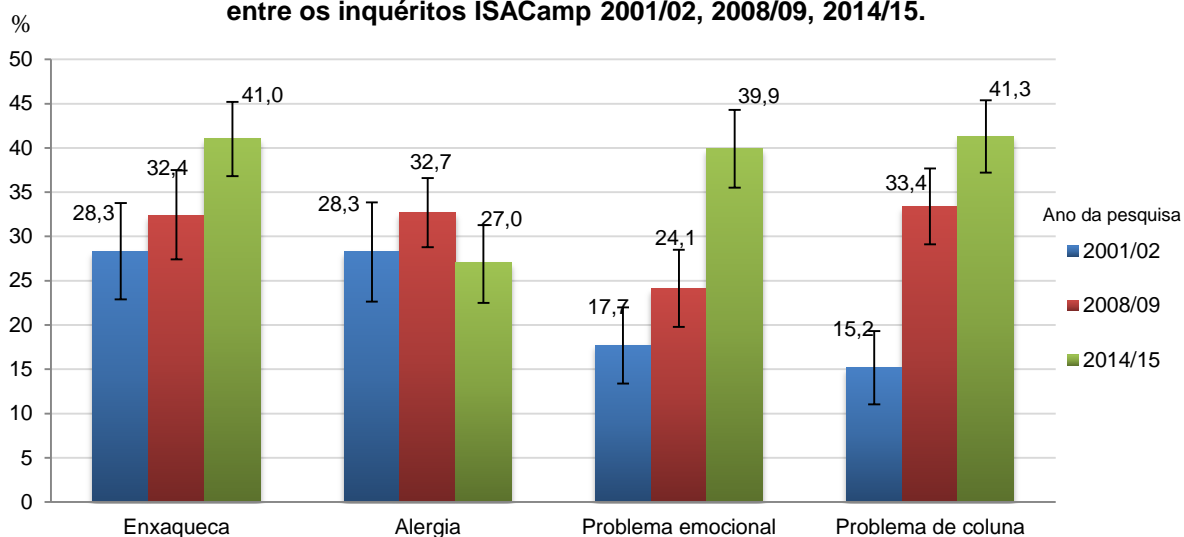
**Figura 4. Prevalência de hipertensão segundo sexo. Comparação entre inquéritos ISA-SP e ISACamp.**



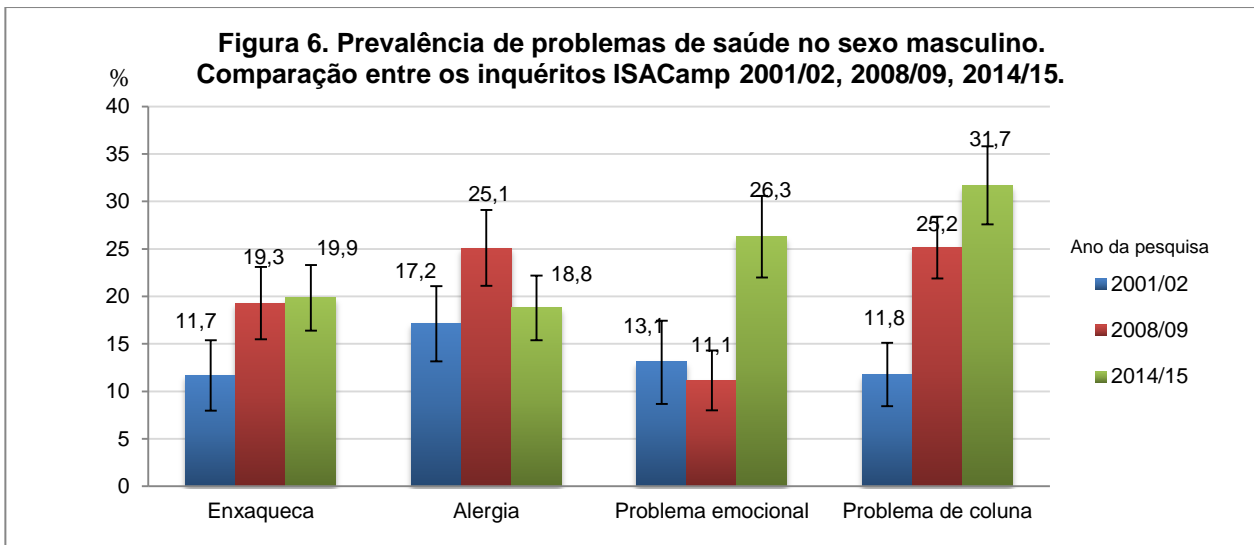
Fonte: Barros et al., 2017

As Figuras 5 e 6 mostram que problemas de saúde como enxaqueca, problema emocional e problema de coluna, em ambos os sexos, aumentaram significativamente entre os períodos, sobretudo comparando 2001/02 com 2014/15. Nas mulheres, a prevalência dos problemas de coluna subiu de 15,2% em 2001/02 para 41,3% em 2014/15 e os problemas emocionais aumentaram de 17,7% para 39,9% nesse intervalo de tempo.

**Figura 5. Prevalência de problemas de saúde no sexo feminino. Comparação entre os inquéritos ISACamp 2001/02, 2008/09, 2014/15.**

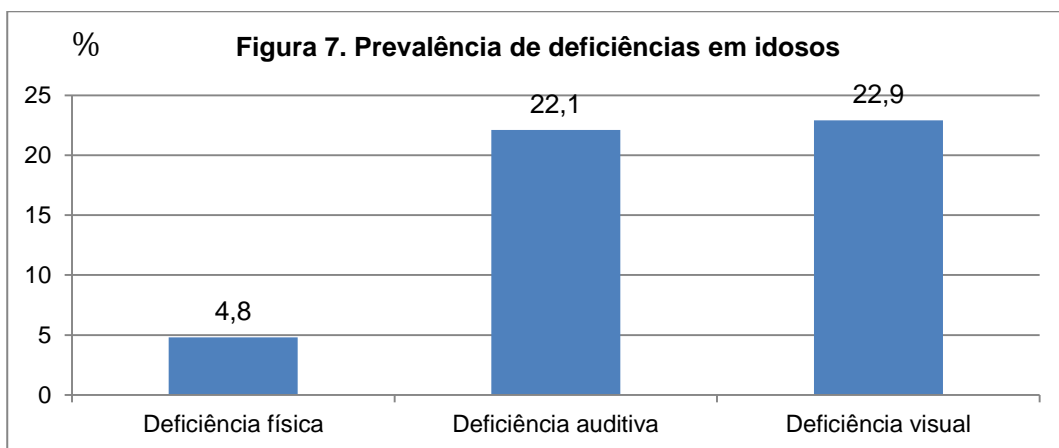


Fonte: Barros et al., 2017



Fonte: Barros et al., 2017

Deficiências físicas foram referidas por 3,0% dos homens e 1,3% das mulheres. A dificuldade para enxergar, mesmo com uso de lentes ou óculos foi de 15,2% da população com 10 anos ou mais, com prevalências de 16,1% nos homens e 14,4% nas mulheres. As deficiências auditivas atingem 8,1%. A frequência de deficiências aumenta muito com a idade e estão relacionadas ao processo de envelhecimento e à presença de morbidades crônicas (Park et al. 2016). Entre os indivíduos com 60 anos ou mais, 4,8% tem deficiência física, 22,1% tem deficiência auditiva e 22,9% tem deficiência visual (Figura 7).



Fonte: Barros et al., 2017

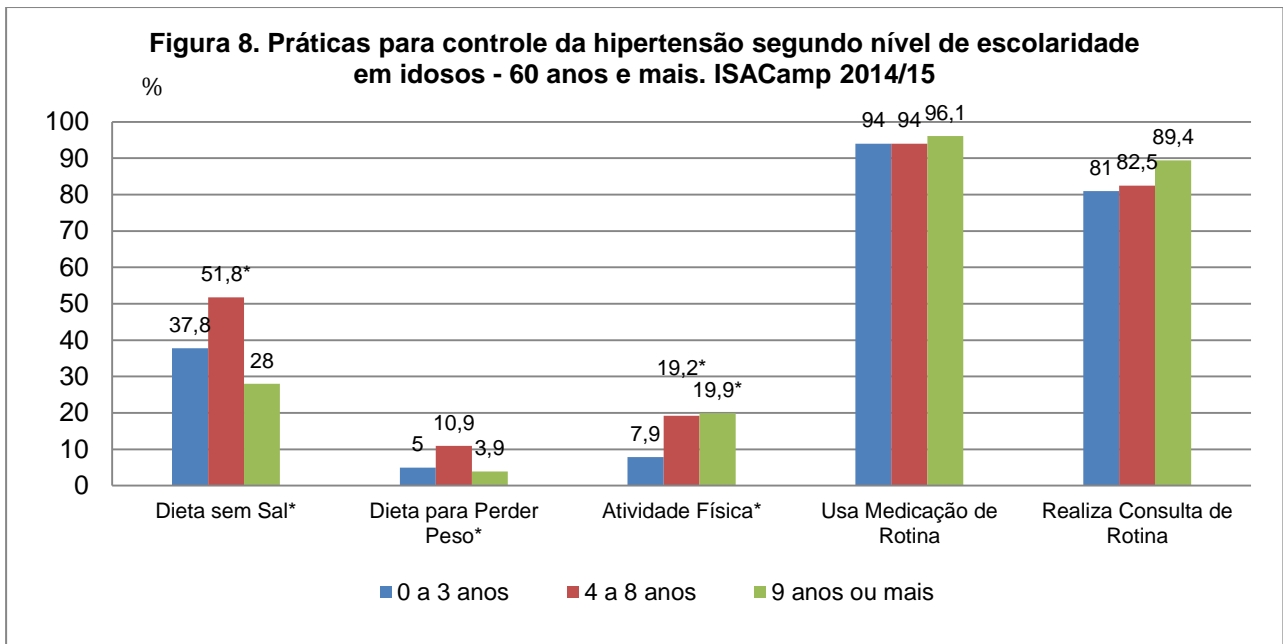
Bengalas ou andadores são utilizados por 5,3% dos homens idosos e 5,2% das idosas. Óculos ou lentes e aparelhos auditivos são mais utilizados em indivíduos situados no estrato de renda superior.

### **3. Práticas de controle para diabetes e hipertensão**

Para o controle do diabetes e da hipertensão é essencial o adequado acompanhamento do paciente pelo serviço de saúde e o consumo regular e correto pelos doentes dos medicamentos prescritos. Também, para o controle dessas doenças, são muito importantes as práticas não-farmacológicas, como dieta adequada para controle da doença e do peso corporal e a prática de atividade física. Pesquisas prévias mostravam que os pacientes diabéticos e hipertensos de Campinas mesmo pertencendo a distintos níveis de escolaridade, tinham acesso similar às consultas médicas e ao uso de medicamentos, mas as desigualdades residiam justamente em fazer dietas adequadas e na prática de atividade física (Barros et al, 2011). No geral, os dados do inquérito ISACamp 2015 confirmam o elevado acesso a consultas e a medicamentos, mas com baixas frequências de práticas não farmacológicas, em Campinas. Ao analisar estas práticas segundo ter ou não plano de saúde, com dados dos ISACamp, nos períodos de 2008/09 para 2014/15, Lemos et al. (2019) encontraram um aumento na adesão à dieta para restrição do sal e para perder peso nos indivíduos que declararam não ter plano de saúde, mas a prática de atividade física para controle das doenças aumentou apenas nos que tem plano. Os autores também observaram que houve uma queda nas consultas de rotina no período estudado, apenas na população que não tem plano de saúde.

Dados do Boletim do ISACamp 2014/15 sobre Hipertensão mostram que 42% dos hipertensos de Campinas, com idades de 20 anos e mais, fazem dieta sem sal. Apenas 7,5% fazem dieta para perder peso e 17,6% praticam atividade física (AF) para controle da doença. Percentual elevado (87%) utiliza medicamentos regularmente para o controle da doença e 78,3% fazem consulta médica de rotina para acompanhamento e controle (Barros et al., 2019).

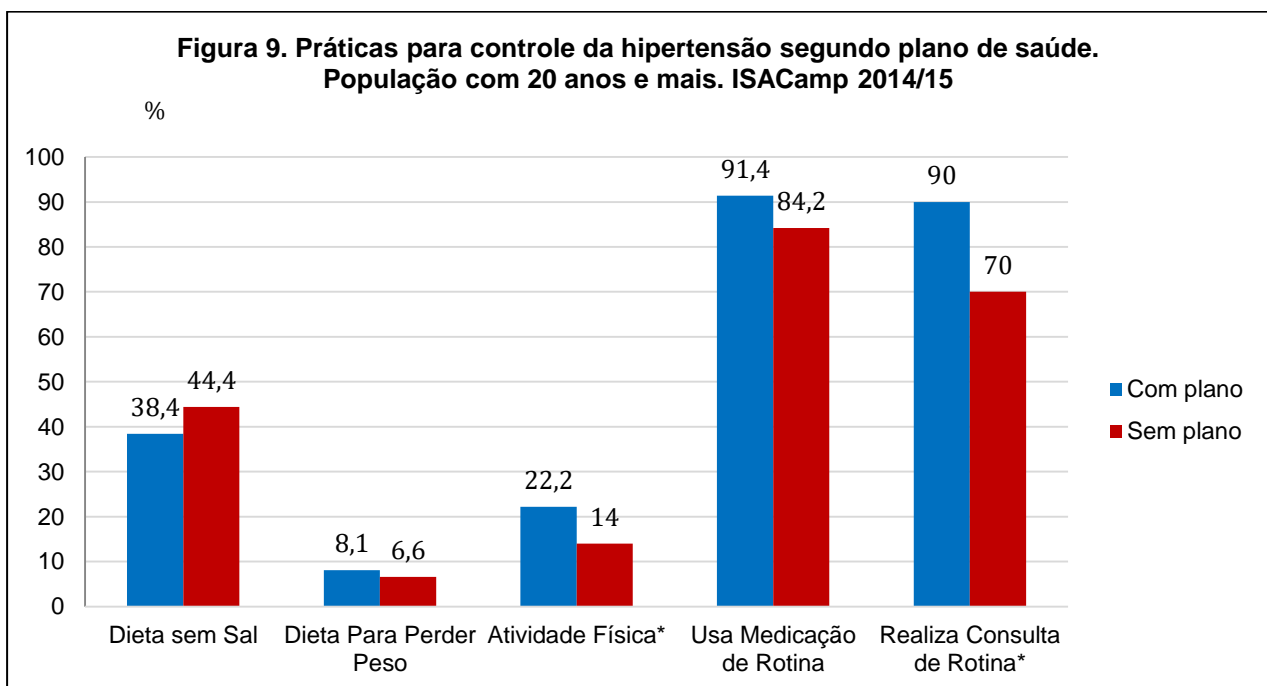
As prevalências das práticas não farmacológicas de controle para diabetes e hipertensão persistem em patamares muito baixos e apresentam-se desiguais entre os segmentos socioeconômicos. Os resultados do ISACamp de 2014/15 mostram que a prática de atividade física para controle da doença é cerca de duas vezes maior nos idosos hipertensos de maior escolaridade. Já a dieta sem sal e para perder peso são mais frequentes no nível intermediário (Figura 8).



Fonte: Barros et al., 2019

\* Diferenças estatisticamente significantes

A análise por plano de saúde ou usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta a necessidade de maior investimento para aumentar a prática de atividade física naqueles que não tem plano. Também é possível observar maior prevalência de consulta de rotina nos que têm plano (90%) em comparação aos que não tem plano privado de saúde (Figura 9)



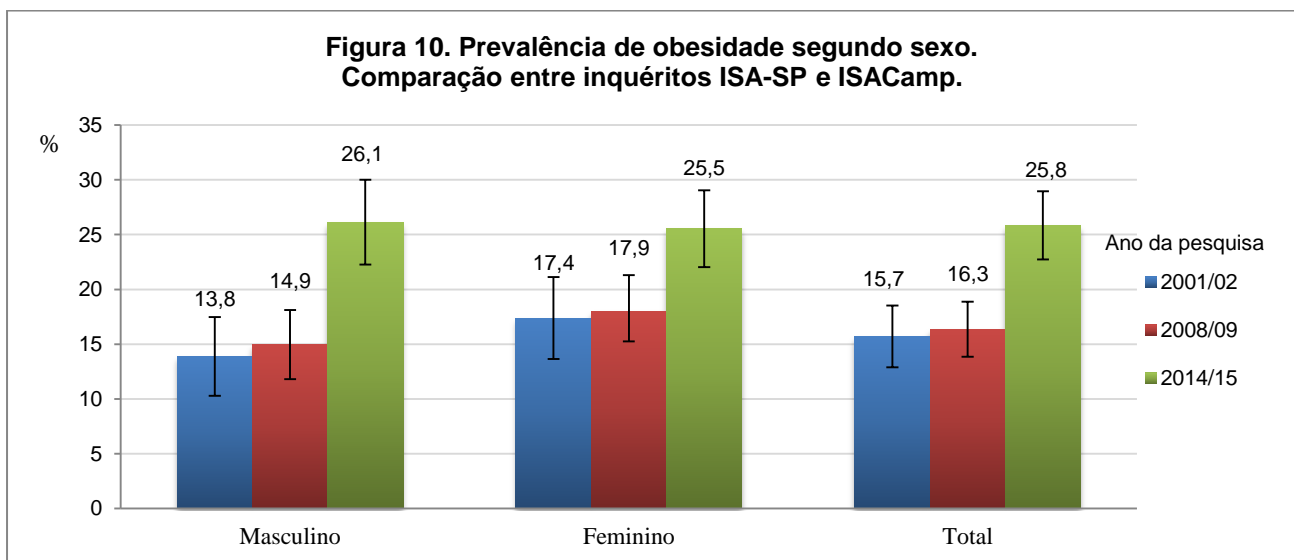
Fonte: Barros et al., 2019

\* Diferenças estatisticamente significantes

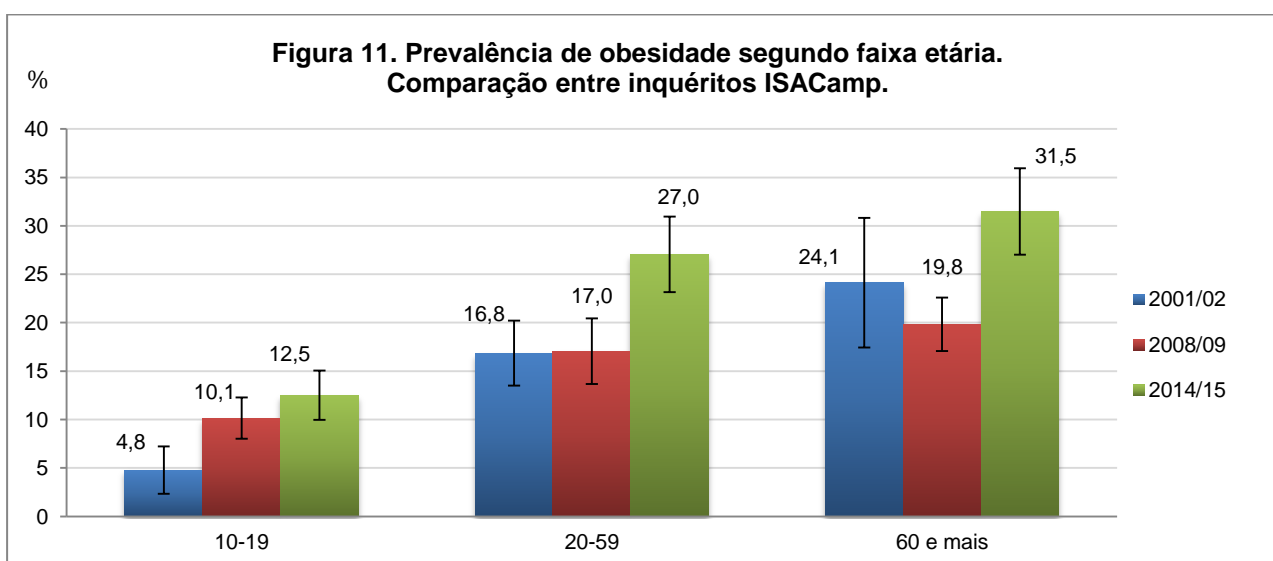
#### 4. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis

##### Obesidade e sobrepeso

A prevalência de obesidade cresceu de forma significativa entre 2008 e 2014, em ambos os sexos.(Figura 10). Na faixa etária de 10 a 19 anos ocorre um incremento da obesidade entre os inquiridos, atingindo 12,5% dos adolescentes em 2014/15. Em 2014/15, 27% dos adultos e 31,5% dos idosos de Campinas estavam obesos. (Figura 11). A obesidade é uma condição que vem acometendo a população geral, no mundo todo, de maneira crescente (Brasil, 2011; WHO, 2018), merecendo atenção entre as condições de saúde, sobretudo por ser importante fator de risco para as DCNT (WHO, 2018).



Fonte: Barros et al., 2017



Fonte: Barros et al., 2017

### Tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividade física

O tabagismo e o consumo abusivo de bebida alcoólica são fatores de risco para várias morbidades crônicas, como as doenças cardíacas e vasculares, alguns tipos de câncer, diabetes, doenças respiratórias (tabagismo), doenças do fígado (consumo abusivo de bebida alcoólica) e problemas emocionais (WHO, 2018). Sobre estes comportamentos, relevantes no processo de prevenção e cuidado, os inquéritos ISACamp trouxeram algumas evidências importantes. Na Tabela 3 pode-se observar prevalências de 15,9% de fumantes entre adultos e de 10,4% entre os idosos. A prevalência do consumo de risco de bebida alcoólica, avaliado por meio do instrumento *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, é de 10,5%, com valor bem mais elevado nos adultos em comparação aos idosos. A prevalência de atividade física no lazer é de 29,7% e alto percentual de 59% de inativos foi observado. Analisando as disparidades por sexo (Tabela 4), pode-se observar maior prevalência de ex-fumantes e de fumantes entre os homens. As prevalências de bebedores frequentes e de abuso de bebida alcoólica são 8 e 4 vezes, respectivamente, maiores entre os homens, mas as mulheres são mais inativas em atividade física no lazer.

**Tabela 3.** Prevalência (IC 95%) de comportamentos de saúde segundo faixa etária. População com 18 anos ou mais. ISACamp 2014/15.

	Total	Adulto	Idoso
Ex-fumantes*	13,5	11,2	24,2
Fumante*	14,9	15,9	10,4
Fuma mais de 10 cigarros por dia	68,5	67,3	75,8
Bebe 4 ou mais vezes na semana	5,3	5,3	5,5
Audit positivo*	10,5	12,0	3,6
Ativo no lazer*	29,7	30,6	25,3
Inativo	59,0	58,9	59,5

\*valor de  $p < 0,05$

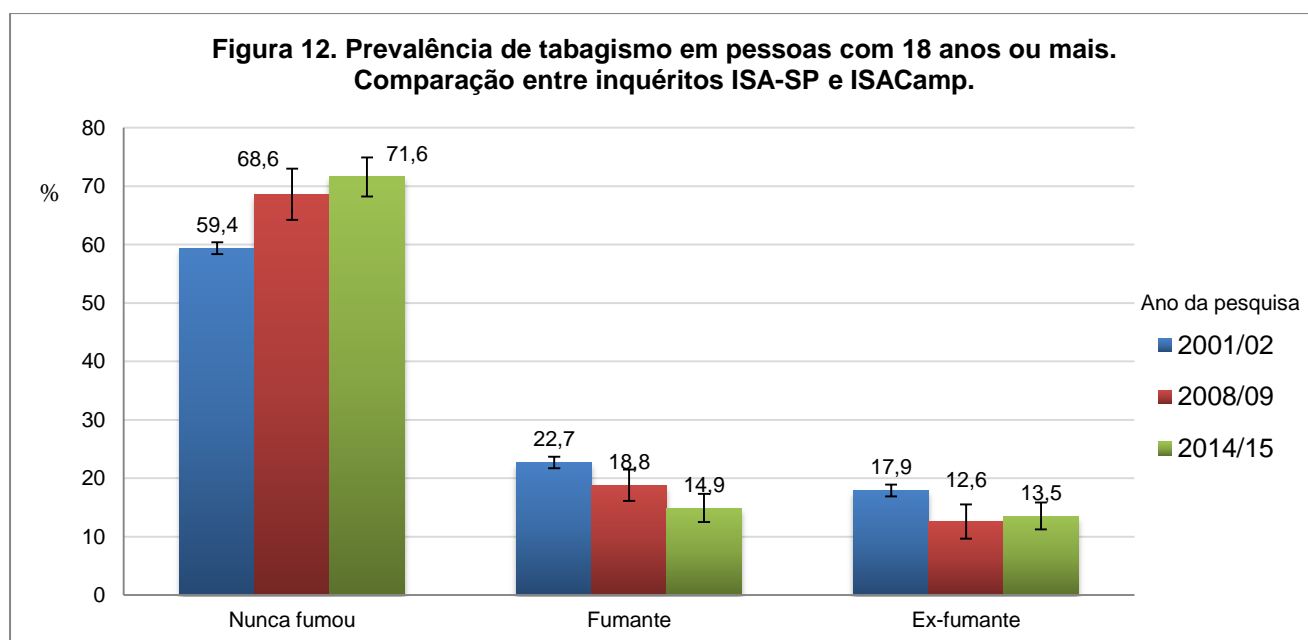


**Tabela 4.** Prevalência (em %) e razões de prevalência (RP) de comportamentos de saúde segundo sexo. População com 18 anos ou mais. ISACamp 2014/15.

	Feminino	Masculino	RP* Masc/Fem
Ex-fumantes	9,3	19,1	2,12 (1,60-2,78)
Fumante	12,4	17,7	1,43 (1,17-1,75)
Fuma mais de 10 cigarros por dia	56,8	77,3	1,40 (1,10-1,78)
Bebe 4 ou mais vezes na semana	1,2	9,8	8,53 (4,2-17,3)
Audit positivo	4,0	17,7	4,29 (2,87-6,42)
Ativo no lazer	28,3	31,2	1,08 (0,89-1,32)
Inativo no lazer	62,6	55,0	0,89 (0,80-0,99)

\*Razão de prevalência

Um resultado animador é a redução do percentual de fumantes. A comparação dos inquéritos de 2001/02 a 2014/15 de Campinas, revelou que a prevalência de fumantes diminuiu de 22,7% em 2001/02 para 14,9% em 2014/15. Por outro lado, o grupo dos que nunca fumaram aumentou de 54,9% em 2001/02 para 71,6% em 2014/15, como apresentado na Figura 12. Assim como em Campinas, o tabagismo tem diminuído no Brasil (Brasil, 2019) e no mundo (WHO, 2018), incentivado pelas políticas antitabagistas adotadas nas últimas décadas (Brasil, 2011).



Fonte: Barros et al., 2017

## 5. Impacto da doença e das multimorbidades

Um importante indicador gerado pelos inquéritos ISACamp, por meio da aplicação do questionário SF-36, é a qualidade de vida relacionada à saúde, que se refere ao impacto da doença na qualidade de vida dos indivíduos e populações. O SF-36 avalia 8 dimensões da saúde: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, saúde geral, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. O SF-36 fornece um escore médio destas dimensões que variam de 0 a 100 e sua interpretação se traduz nas piores condições de qualidade de vida se as médias estiverem baixas e melhores condições se estiverem mais perto de 100.

Pesquisas desenvolvidas com dados do ISACamp utilizando o SF-36, apontam que doenças e problemas de saúde como diabetes, problemas emocionais, e outras provocam importante impacto na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas (Lima et al., 2009a; Correa Ávila, 2019; Fernandes, 2019), mas cada doença, com as próprias características, pode levar diferentes efeitos nas várias dimensões da qualidade de vida. Por exemplo, o diabetes acomete a qualidade de vida principalmente na presença das complicações e das limitações que a doença provoca, segundo o estudo de Correa Ávila (2019) e as autoras alertam para o forte impacto também nos aspectos emocionais e sociais, além da dimensão física. Fernandes et al. (2019), estudando o impacto de problemas emocionais na qualidade de vida observaram que o impacto da depressão é maior do que o da ansiedade, que as limitações da doença aumentam o prejuízo na qualidade de vida e que os efeitos da doença foram maiores nas pessoas que declararam não ter o problema controlado. Os problemas emocionais/mentais, como depressão e ansiedade, têm se tornado mais frequentes e podem levar a incapacidades, agravam os problemas de saúde e dificultam as práticas de controle, aumentando a demanda aos serviços de saúde e impactando o bem-estar individual e familiar (Vos et al., 2016; Fernandes et al., 2019)

A Tabela 5 apresenta as médias dos escores de cada dimensão do SF-36 segundo número de morbidades autorreferidas em idosos (60 anos e mais) e é possível observar que estas médias diminuem conforme o aumento do número de doenças, em todas as escalas. As menores médias estão no grupo da população que refere cinco ou mais doenças e as dimensões mais afetadas são a capacidade funcional, a dor e os aspectos físicos. Embora com diferenças menores as dimensões da saúde emocional também encontram-se prejudicadas com o aumento do número de doenças. Estes resultados

alertam para a importância de considerar as multimorbidades, presentes nos idosos. Os dados do inquérito mostram que 72% da população idosa de Campinas apresentam pelo menos duas doenças crônicas, e 23% tem cinco ou mais morbidades.

**Tabela 5. Médias dos escores do SF-36 segundo número de doenças crônicas em idosos. ISACamp 2014/15**

Dimensões do SF-36	Médias dos escores do SF-36*			
	Nenhuma doença	Uma	Duas a quatro	Cinco ou mais
Capacidade funcional	86,8	80,5	68,8	58,4
Aspetos físicos	87,9	83,3	74,3	64,3
Dor	87,0	82,1	71,1	57,6
Vitalidade	81,8	79,6	72,6	64,9
Saúde geral	82,3	80,8	70,9	64,4
Aspectos emocionais	88,9	87,4	83,3	75,6
Aspectos sociais	89,3	89,4	84,7	76,6
Saúde Mental	84,4	80,3	76,0	69,7

\*Diferenças entre as médias permanecem significativas mesmo após ajustes por sexo e idade, com exceção da comparação entre uma doença e nenhuma nos domínios de saúde geral, aspectos emocionais e sociais.

Os inquéritos de saúde são ferramentas essenciais para monitorar o estado de saúde da população pois possibilitam obter informações que não constam nos sistemas tradicionais de informação em saúde. Com a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis torna-se necessário conhecer o perfil epidemiológico destas doenças, dos comportamentos de saúde a elas relacionados, o acesso a tratamento e adequado controle, bem como o impacto da doença no cotidiano das pessoas, considerando que, se instaladas, as DCNT tendem a permanecer. Ademais, o rápido envelhecimento populacional, acarretando o aumento da prevalência das doenças crônicas, alerta para a demanda crescente dos serviços e ações direcionados e específicos para o perfil destas morbidades e considerando as profundas desigualdades sociais presentes no contexto brasileiro.

## Referências:

Barros MBA; Francisco PM; Lima MG; Cesar CLG. Social inequalities in health among elderly. Cad. Saúde Pública. 2011; 27: S198-S208.

Barros MBA, Lima MG, Ferreira MC, Natívio J, Ferreira APC, Silva MAR. Boletim Epidemiológico da Hipertensão – Inquérito de Saúde no Município de Campinas – ISACamp 2014/15. Centro Colaborador em

Análise de Situação de Saúde (CCAS)/FCM/UNICAMP, Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA)/ Secretaria de Saúde/ Prefeitura de Campinas, 2019.

Barros MBA, Lima MG, Medina LPB. Inquérito de Saúde de base populacional em Campinas ISACamp 2014/15. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde/ DSC/FCM/UNICAMP; 2017. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2019/page/relatorio\\_isacamp-1.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2019/page/relatorio_isacamp-1.pdf)

Bastos TF, Alves MCGP, Barros MBA, Cesar CLG. A saúde dos homens: desigualdades sociais em estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2012;28 (11):2133-2142.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. doi: 10.1007/s11136-019-02230-9

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Correa Ávila C, Lima MG, Barros MBA . Influence of Diabetes complications and limitations on health-related quality of life: a study in a southeastern Brazilian city. QUALITY OF LIFE RESEARCH; 1 p. 1, 2019.

Fernandes CS, Lima MG, Barros MBA. Emotional problems and health-related quality of life: population-based study. Qual Life Res. 2019;28(11):3037-3046.

Lemos VC, Barros MBA, Goldbaum M ; Cesar CLG, Lima MG. Prácticas autoreferidas para controlar la hipertensión y la diabetes mellitus en adultos mayores de Campinas, Brasil, en tres períodos. Salud Colectiva; 16, p. e2407-0, 2020.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Rev Panam Salud Publica 2009a;25(4):314–21.

Park SJ, Ahn S, Park KH. Burden of Visual Impairment and Chronic Diseases. JAMA Ophthalmol [Internet]. 2016 Jul 1;134(7):778. Available from:

<http://archophth.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamaophthalmol.2016.1158>

Senicato C, Barros MBA. Desigualdades sociais na saúde em mulheres adultas no município de Campinas, SP. Cad Saúde Pública. 2012; 28(10): 1903-1914.

Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211–1259.

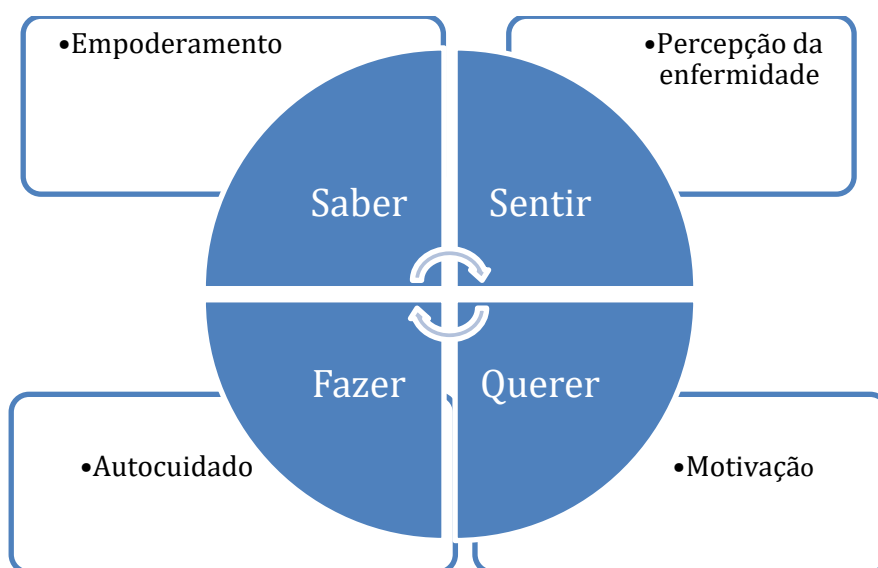
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

## 2. DO BIOLÓGICO AO BIOGRÁFICO: O DESAFIO DA PRODUÇÃO DE AUTONOMIA E AUTOCUIDADO

Este capítulo se dedica a centrar a atenção na pessoa com condição crônica e toda a sua rede de relações. Muito além do “prescrever” o tratamento para o “biológico”, é importante que a equipe de saúde conheça o “biográfico”, ou seja, a história da pessoa, como ela entende e convive com a sua enfermidade, qual a sua capacidade para o autocuidado, qual a sua vulnerabilidade, quais os seus valores e sentimentos envolvidos, qual a sua rede familiar/ comunitária/ social. É importante também entender a diferença entre o “saber” e o “fazer”, o processo que passa pelo aprendizado, percepção, motivação e vivência em que o sujeito desenvolve maior autonomia e o autocuidado no enfrentamento da sua enfermidade (ver figura 2.1).

**Figura 2.1 - Ciclo “Do Saber ao Fazer”**



Fonte: Protocolos da Atenção Básica - Condições Crônicas Não-Transmissíveis - Risco Cardiovascular, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

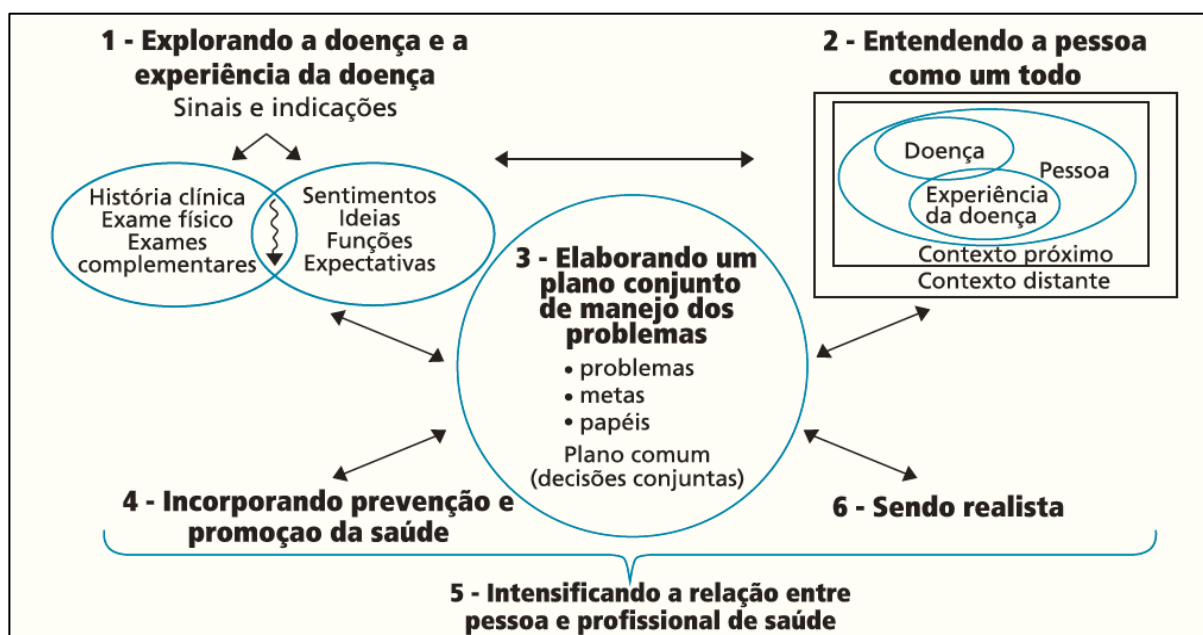
Queiroz&Salum (2013), apresentam a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença em que destaca que os processos de fortalecimento e de desgaste, são os determinantes da saúde e da doença fazendo parte da integração do homem no trabalho (formas de trabalhar) e na vida (formas de viver). Cabe destacar que entre o trabalho e a vida, há uma rede hierarquizada de determinação que estrutura o fortalecimento ou o

desgaste do corpo biológico. Entender esse processo é fundamental para ampliar o olhar e identificar as necessidades de saúde da pessoa que vive com condição crônica.

Nesse sentido, a observação da realidade de diferentes sociedades mostra que a forma como os diferentes grupos ou classes sociais trabalham vai influenciar o desgaste ou o fortalecimento dos membros das famílias destes mesmos grupos. As diferentes formas de integração e acesso ao trabalho, na comunidade, formas de moradia, acesso aos alimentos e cultura correspondem distintas formas de viver, de consumir e adoecer (SOARES & CAMPOS; 2013).

A abordagem centrada na pessoa é uma tendência mundial, principalmente no cuidado de pessoas com condições crônicas. O Método Clínico Centrado na Pessoa é a aplicação dos conceitos da abordagem centrada na pessoa na prática, propõe um conjunto claro de orientações através dos seus componentes que tem íntima ligação entre si, cabendo ao profissional se mover entre eles, dependendo das demandas da pessoa e das pistas oferecidas por ela (ver figura 2.2).

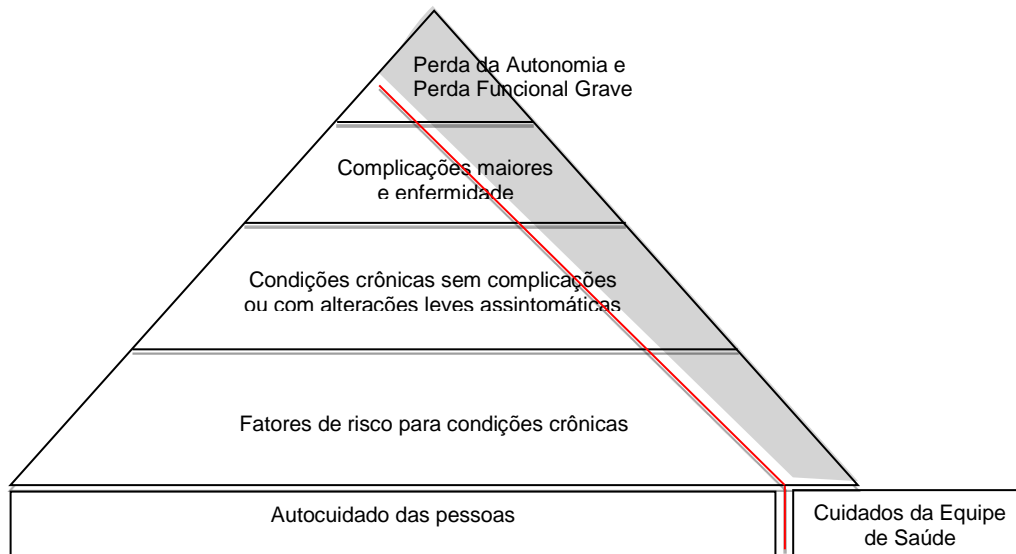
**Figura 2.2 - O método Clínico Centrado na pessoa e seus Componentes**



Fonte: BRASIL(2014)

Como já referido, a construção deste manual tem como base o referencial do Modelo da Pirâmide de Risco, proposto por Mendes (2011), em cada um destes extratos de risco a experiência do adoecimento é única e o enfrentamento da enfermidade é diferenciado (ver figura 2.3).

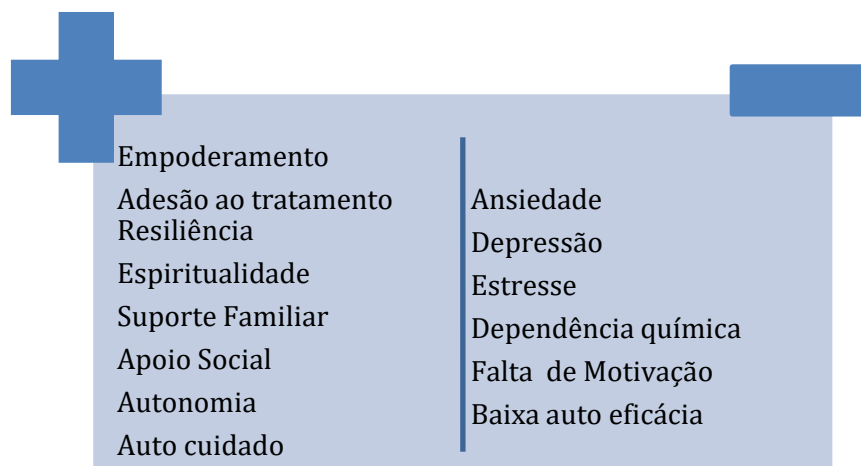
**Figura 2.3 - Importância do Autocuidado nas Condições Crônicas por Estratificação de Risco**



Fonte: Protocolos da Atenção Básica - Condições Crônicas Não-Transmissíveis - Risco Cardiovascular, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Existem diversos fatores que podem facilitar ou dificultar este processo de enfrentamento da enfermidade (ver figura 2.4). Cada pessoa se comporta de maneira diferente o que leva a um melhor ou pior e mais sofrido adoecimento.

**Figura 2.4 - Fatores Facilitadores e Dificultadores de enfrentamento da Enfermidade**



Fonte: Protocolo da Atenção Básica - CCNT-RC, MS 2017

De forma geral alguns fatores são mais característicos de alguns extratos de risco, por exemplo a resiliência, a espiritualidade e o suporte familiar são mais importantes de

serem trabalhados nos pacientes com complicações maiores e perda de autonomia e funcional grave. Existem diversos instrumentos para identificar e avaliar estes fatores e, dessa forma, promover os facilitadores e reduzir os dificultadores.

Não é necessário o uso de todas as ferramentas (ver quadro 1.1) para todas as pessoas. O uso desses instrumentos vai além de simplesmente obter o resultado ou escore, e sim propor modos de repensar e avaliar criticamente como é produzido o cuidado. Partir da abordagem centrada na pessoa, do princípio da equidade, do referencial da estratificação do risco e vulnerabilidades (AYRES, 2003), a equipe será capaz de adequar as ações, tanto individuais como coletivas. Somadas à clínica ampliada (CUNHA, 2005) e projetos terapêuticos singulares (OLIVEIRA,2008) que lidam com usuários enquanto sujeitos buscando a participação e autonomia na elaboração do plano terapêutico olhar para as possibilidades de expandir o cuidado longitudinal em equipe multiprofissional, na UBS e extramuros (na comunidade), promovendo uma melhor qualidade de vida para as pessoas com condições crônicas cardiovasculares.

**Quadro 1.1 - Avaliação dos Fatores de Enfrentamento**

FATORES	QUANDO	PORQUE	PARA QUE	COMO
Adesão ao tratamento medicamentoso pactuado	Todas as pessoas com doenças não controladas e as com uso de polifarmácia	O uso irregular da medicação leva a um maior risco de efeitos colaterais e complicações	Avaliar o uso regular da medicação e identificar qual a melhor opção de conduta	Questionário Morisky 8 (Anexo 1.1)
Resiliência	As pessoas com doenças não controladas, ou com sofrimento pela enfermidade ou com quadros clínicos mais graves	Associada a desfechos clínicos em doenças crônicas, adesão ao tratamento, risco de complicações, internações e morte.	Avaliar o grau de resiliência, os fatores associados a ela e, quando necessário, identificar qual a melhor opção de conduta.	Escala de resiliência de Connor e Davidson 2003 (Anexo 1.2)
Espiritualidade	Todas as pessoas com sofrimento pela enfermidade ou com quadros clínicos mais graves	A espiritualidade é um fator psicossocial diretamente associado a melhores desfechos clínicos em doenças crônica	Identificar a importância da espiritualidade, os fatores associados a ela e a melhor abordagem pelo profissional de saúde	Questionários FICA, HOPE, História pessoal da ACP, CSI-MEMO (Anexo 1.3)



FATORES	QUANDO	PORQUE	PARA QUE	COMO
Abordagem Familiar	Todas as pessoas com sofrimento pela enfermidade ou com quadros clínicos mais graves	A família pode contribuir para apoiar e incentivar práticas mais saudáveis, além de atuar como facilitadora na construção e adesão ao projeto terapêutico, através de apoio, flexibilidade, paciência e cuidado	Avaliar a percepção da família e a relação com a pessoa com doença crônica	PRACTICE, Genograma e Ecomapa (Anexo 1.4)
Tristeza / Sintomas Ansiosos / Depressivos	As pessoas com sintomas ansiosos / depressivos ou com sofrimento pela enfermidade ou com quadros clínicos mais graves	Os distúrbios ansiosos e depressivos estão diretamente relacionados à piora das patologias e da qualidade de vida	Identificar a necessidade de avaliação médica e tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) destes distúrbios	Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) (Anexo 1.5)
Alcoolismo	Pessoas ou familiares com história de uso frequente ou de abuso de bebidas alcoólicas	O alcoolismo está diretamente relacionado com piora da adesão ao tratamento e com pior prognóstico	Avaliar a necessidade de intervenção e qual o tipo adequado	AUDIT - teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (Anexo 1.6)

Fonte: Protocolos da Atenção Básica - Condições Crônicas Não-Transmissíveis - Risco Cardiovascular, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

## SAIBA MAIS

- Para saber mais sobre o cuidado da pessoa com doença crônica, Empoderamento / Autonomia - Educação em Saúde / Grupo Operativo / Autocuidado / A Técnica dos 5 AS leia o Caderno de Atenção Básica nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab\\_35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf).
- Para saber mais sobre os cuidados em saúde mental, leia o Caderno de Atenção Básica nº 34. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)
- Para saber mais sobre o conceito de vulnerabilidade, leia O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M., organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. P 117-39. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&ots=CS99Sv5iJg&sig=MIADNRKwnSRTUhta16KTrvxGjgs#v=onepage&q&f=false>
- Para saber mais sobre A Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular leia a cartilha da Política Nacional de Humanização, 2007 disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf).

## Referências:

- ARBESÚ, J.A.; GUALB, A.; CASQUEROC, R.; BOBESD, J.; ORTEGAE, P. Posicionamiento de SEMERGEN para el abordaje de los transtornos por consumo de alcohol en atención primaria. **Revista Semergen - Medicina de Familia**. v.41, Supplement 2, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Madrid, España, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 35**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BUTLER C.C., ROLLNICK S., COHEN D., BACHMANN M., RUSSEL I., STOTT N. Motivational Consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. **British Journal of General Practice**. August 1999, p.611-616.
- DIAS, R.B.; GUIMARÃES, F. Ferramentas para promover mudança de hábitos e estilo de vida na Atenção Primária à Saúde. **PROMEF**. Porto Alegre, Ciclo 4, módulo 1, 2009.
- FIGLIE N.B.; GUIMARÃES L.P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**. São Paulo, v.34, n.87, p.472-489, 2013.
- CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- NAVARRO M.C. Estudio de Validación de la escala EVEM para evaluar la Entrevista Motivacional em consultas de atención primaria de salud. **Tesis doctoral**. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2015.
- OLIVEIRA, G.N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G.W., S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de praticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- QUEIROZ, V.M.; SALUM, M.J.L. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria da reprodução social. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 1997. Comunicação Coordenada. Lindóia, 1997. Apud SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. São Paulo: Ed. Manole, 2013.
- ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- RUBAK, S.; SANDBAEK, A.; LAURITZEN, T.; CHRISTENSEN, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **The British journal of general practice: the journal of Royal College of General Practitioners**, 2005.
- SERRABULHO L.; MOTA T.; RAPOSO J.; BOAVIDA J.; NUNES J.S.; CERNADAS R. *et al.* Mudança de estilo de vida e gestão do peso na diabetes: programa de formação de formadores Juntos é Mais Fácil. **Revista Factores de Risco**. n.34, out-dez, Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2014.
- SIGGY RAUSCH. **Motivational Interviewing in Family Medicine in The World Book of Family Medicine—European Edition 2015**. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/content/world-book-family-medicine-european-edition-2015-table-content>.
- SILVA, E.S. **O uso da técnica da Entrevista Motivacional como estratégia para adesão do paciente ao cuidado da saúde periodontal**. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, 2013.

## Anexo 2.1 - Questionário Morisky (adaptado)

PERGUNTAS	Pontuação	
	SIM (0)	NÃO (1)
1. Você às vezes esquece de tomar os seus remédios?	SIM (0)	NÃO (1)
2. Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?	SIM (0)	NÃO (1)
3. Você já parou de tomar remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	SIM (0)	NÃO (1)
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	SIM (0)	NÃO (1)
5. Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	NÃO (0)	SIM (1)
6. Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	SIM (0)	NÃO (1)
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?	SIM (0)	NÃO (1)
8. Com que frequência você tem dificuldade para se lembrar de tomar todos os seus remédios?	Frequentemente / Sempre (0)	Nunca / Quase Nunca / Às vezes (1)
<b>RESULTADO</b>		
<b>ALTA ADESÃO (8 pontos)</b>		
<b>MÉDIA ADESÃO (6 a 7 pontos)</b>		
<b>BAIXA ADESÃO (0 a 5 pontos)</b>		

### O QUE FAZER

As questões 01, 04 e 08 estão relacionadas ao esquecimento, caso as respostas forem sim utilizar estratégias de organização (como caixinhas separadas pelos horários / dias)

As questões 03, 06 e 07 estão relacionadas à não percepção da necessidade de uso da medicação, caso as respostas forem sim orientar a respeito da importância do uso regular da medicação, esclarecer as possíveis dúvidas e avaliar necessidade de ações de educação em saúde.

**Anexo 2.2 - Escala de Resiliência de Connor e Davidson 2003  
(Traduzida por Trentini e Silva)**

PERGUNTAS	Pontuação				
	NUNCA É VERDADEIRO (0)	RARAMENTE É VERDADEIRO (1)	ALGUMAS VEZES É VERDADEIRO (2)	MUITAS VEZES É VERDADEIRO (3)	VERDADEIRO QUASE SEMPRE (4)
Eu tenho ao menos um relacionamento próximo e seguro que me ajuda quando estou estressado					
Quando não encontro soluções claras para meus problemas, algumas vezes o destino ou Deus podem me ajudar.					
Eu posso enfrentar qualquer coisa que vier.					
Meus sucessos anteriores me dão confiança para novos desafios.					
Eu tento ver com bom humor as coisas quando enfrento problemas.					
Enfrentar situações com estresse me fortalece.					
Eu tenho tendência a me recuperar após uma doença ou sofrimento.					
O que acontece na vida na maioria das vezes tem uma razão.					
Eu dou o meu melhor, não importa em que seja.					
Eu acredito que posso alcançar minhas metas, ainda que existam obstáculos.					
Mesmo quando as coisas parecem sem esperança, eu não desisto.					
Durante momentos difíceis, eu sei onde buscar ajuda.					
Mesmo quando estou sendo pressionado, eu consigo me concentrar e pensar claramente.					
Eu prefiro ficar no comando na resolução de problemas do que deixar outros tomarem as decisões.					

PERGUNTAS	Pontuação				
	NUNCA É VERDADEIRO (0)	RARAMENTE É VERDADEIRO (1)	ALGUMAS VEZES É VERDADEIRO (2)	MUITAS VEZES É VERDADEIRO (3)	VERDADEIRO QUASE SEMPRE (4)
Não desanimo facilmente por causa de minhas falhas.					
Eu me vejo como uma pessoa forte quando enfrento desafios e dificuldades na vida.					
Se necessário eu posso tomar decisões difíceis mesmo que desagradem outras pessoas.					
Posso lidar com sentimentos desagradáveis, como tristeza, medo e raiva					
Quando enfrento problemas, algumas vezes tenho que agir na intuição					
Tenho forte sentimento de determinação					
Eu me sinto no controle da minha vida					
Eu gosto de desafios					
Eu batalho para alcançar meus objetivos não importa que dificuldades eu encontre no caminho					
Eu me orgulho de minhas conquistas					
<b>RESULTADO</b>					
<b>QUANTO MAIOR O SCORE, MAIOR É A RESILIÊNCIA O SCORE ESPERADO É EM TORNO DE 77</b>					

## O QUE FAZER

Valores inferiores devem ser avaliados e de acordo com os itens assinalados com menor pontuação deve ser avaliada a espiritualidade (**HOPE**), identificado o apoio familiar através da **abordagem familiar (PRACTICE, Genograma e Ecomapa)**, reforçada a auto-eficácia e a motivação (**Entrevista Motivacional**) e avaliados possibilidade de ansiedade / depressão (**HAD**).

## Anexo 2.3 - Questionários para Abordagem da Espiritualidade

Segundo Saporetti (2008), “espírito, do latim ‘spiritus’ significa sopro e se refere a algo que dá ao corpo sua dimensão imaterial, oculta, divina ou sobrenatural que anima a matéria. O espírito conecta o ser humano à sua dimensão divina ou transcendente”. É mais este aspecto, o da transcendência, do significado da vida, aliado ou não à religião, que devemos estar preparados para abordar. Sempre lembrando que o sujeito é o paciente, sua crença, seus princípios. Para Koenig (2001), “Espiritualidade é a busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente.”

QUESTIONÁRIOS PARA ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE	
QUESTIONÁRIO FICA	QUESTIONÁRIO HOPE
<p><b>F - FÉ / CRENÇA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você se considera religioso ou espiritualizado?</li> <li>• Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?</li> <li>• Se não: o que te dá significado na vida?</li> </ul> <p><b>I - IMPORTÂNCIA OU INFLUÊNCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?</li> <li>• A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?</li> <li>• Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?</li> </ul> <p><b>C - COMUNIDADE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?</li> <li>• Ela te dá suporte, como?</li> <li>• Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?</li> <li>• Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?</li> </ul> <p><b>A - AÇÃO NO TRATAMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade / espiritualidade no seu tratamento?</li> </ul> <p>Indique, remeta a algum líder espiritual / religioso.</p>	<p><b>H - FONTES DE ESPERANÇA, SIGNIFICÂNCIA, CONFORTO, FORÇA, PAZ, AMOR E RELACIONAMENTO SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?</li> <li>• Ao que você se apegua em tempos difíceis?</li> <li>• O que o sustenta e o faz seguir adiante?</li> </ul> <p><b>O - RELIGIÃO ORGANIZADA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela o ajuda? Como?</li> <li>• Em que aspectos a religião o ajuda e em quais não o ajuda muito?</li> </ul> <p><b>P - ESPIRITUALIDADE PESSOAL E PRÁTICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião organizada?</li> <li>• Quais aspectos de sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que são mais úteis à sua personalidade?</li> </ul> <p><b>E - EFEITOS NO TRATAMENTO MÉDICO E ASSUNTOS TERMINAIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?</li> <li>• Como médico, há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente o apoiam?</li> </ul> <p>Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?</p>

HISTÓRIA ESPIRITUAL DO ACP	CSI-MEMO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença?</li> <li>• A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida?</li> <li>• Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos?</li> <li>• Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse?</li> <li>2. Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar suas decisões médicas?</li> <li>3. Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Ela lhe ajuda de alguma forma?</li> <li>4. Você possui alguma outra necessidade espiritual que gostaria de conversar com alguém?</li> </ol>

Fonte: adaptado de KOENIG *et al* (2001); SAGUIL & PHELPS (2012)

## RESULTADO / O QUE FAZER

A avaliação espiritual permite aos profissionais de saúde apoiar as pessoas, ouvir com empatia, documentando preferências espirituais para futuras visitas, incorporando os preceitos de tradições de fé em planos de tratamento, e incentivando-as a usar os recursos de suas tradições espirituais e as comunidades de bem-estar geral.

## Referências:

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

SAGUIL, A.; PHELPS, K. **The Spiritual Assessment**. American Academy of Family Physicians. 2012; v.86, n.6, p.546-550. (Copyright © 2012 American Academy of Family Physicians).

SAPORETTI, L.A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008.p.522-523.

## Anexo 2.4 - PRACTICE

A abordagem familiar avalia a percepção da família e a relação com a pessoa com doença crônica, podendo utilizar de instrumentos como a PRACTICE, o Genograma e o Ecomapa.

- **PRACTICE:** descreve melhor o problema na visão da família e como isso interfere em suas relações, afeto e comunicação.
- **Genograma:** apresenta a família em suas diversas gerações, suas relações e adoecimentos (Ver Saiba Mais).
- **Ecomapa:** demonstra a inserção da família na sociedade. Instrumento de diagnóstico, reflexão e tomada de decisão (Ver Saiba Mais).

PRACTICE			
Abreviações	Inglês (original)	Português (tradução)	
<b>P</b>	Presenting problem	Problema apresentado	como a família percebe, define e enfrenta o problema atual (por exemplo, uma doença grave em um dos membros).
<b>R</b>	Roles and structure	Papéis e estrutura	aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos familiares e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos.
<b>A</b>	Affect	Afeto	como se estabelecem as trocas de afeto entre os membros e como esta troca reflete e interfere no problema apresentado.
<b>C</b>	Communication	Comunicação	como acontecem as diversas formas de comunicação entre as pessoas.
<b>T</b>	Time in life cycle	Tempo no ciclo de vida	correlaciona o problema com as dificuldades e as tarefas esperadas dentro das diversas fases do ciclo de vida.
<b>I</b>	Illness in Family	Doenças na Família (passadas e presente)	resgata a morbidade familiar e o modo de enfrentamento nas situações progressas. Trabalha com a longitudinalidade do cuidado e a importância do suporte familiar.
<b>C</b>	Coping with stress	Enfrentando o estresse	Como a família lida com o estresse? A equipe parte das experiências anteriores e analisa a atual. Identifica fontes de recursos internos, explora alternativas de enfrentamento se requeridas, e interfere se a crise estiver fora de controle.
<b>E</b>	Ecology	Ecologia	identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser usados os recursos disponíveis. Usar o instrumento "ecomapa" que é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

Fonte: adaptado de DIAS & GUIMARÃES (2011)



## Anexo 2.5 - Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) Auto Aplicado

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.				
PERGUNTAS	PONTUAÇÃO			
	0	1	2	3
Eu me sinto tenso ou contraído	Nunca	De vez em quando	Boa parte do tempo	A maior parte do tempo
Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	Não sinto nada disso	Um pouco, mas isso não me preocupa	Sim, mas não tão forte	Sim, e de um jeito muito forte
Estou com a cabeça cheia de preocupações	Raramente	De vez em quando	Boa parte do tempo	A maior parte do tempo
Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	Sim, quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	Quase sempre
Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	Não me sinto assim	Um pouco	Bastante	Sim, demais
De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	Não sinto isso	De vez em quando	Várias vezes	A quase todo momento
<b>RESULTADO</b>				
<b>0 a 8 - SEM ANSIEDADE</b>		<b>9 a 21 - SUGESTIVO DE ANSIEDADE</b>		
Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes	Sim, do mesmo jeito que antes	Não tanto quanto antes	Só um pouco	Já não sinto mais prazer em nada
Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	Do mesmo jeito que antes	Atualmente um pouco menos	Atualmente bem menos	Não consigo mais
Eu me sinto alegre	A maior parte do tempo	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	Quase sempre
Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	Me cuido do mesmo jeito que antes	Talvez não tanto quanto antes	Não estou mais me cuidando como deveria	Completamente
Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	Do mesmo jeito que antes	Um pouco menos do que antes	Bem menos do que antes	Quase nunca
Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	Quase sempre	Várias vezes	Poucas vezes	Quase nunca
<b>RESULTADO</b>				
<b>0 a 8 - SEM DEPRESSÃO</b>		<b>9 a 21 - SUGESTIVO DE DEPRESSÃO</b>		

## **O QUE FAZER**

Esta escala é auto aplicada e usada para uma triagem inicial pela equipe. Casos de pontuação de 9 a 21 em alguma das subescalas encaminhar para avaliação médica para confirmação diagnóstica e seguimento se necessário.

É importante sempre orientar a ter:

- Boa qualidade e quantidade de sono.
- Alimentação saudável.
- Atividade física regular.
- Atividades relaxantes.

**SAIBA MAIS** sobre transtornos ansiosos depressivos em:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 34. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf).
- PACK Brasil Adulto, Florianópolis, 2016.

## Anexo 2.6 - AUDIT - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de Álcool

O uso das questões do AUDIT como uma ferramenta importante para sensibilizar equipe e usuário para identificar como é a relação da pessoa com o uso do álcool e que necessidades surgem a partir dessa relação. Mais importante que o escore final é realizar uma abordagem em que a pessoa reconheça essas necessidades e, tanto profissional como usuário estabeleçam acordos que visem a mudanças no comportamento em busca da redução dessas necessidades.

<b>AUDIT - TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL</b>					
<b>PERGUNTAS</b>	<b>Pontuação</b>				
	<b>(0)</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
1. Com que frequência você toma bebidas alcóolicas?	Nunca (vá para a questão 9)	Mensalmente ou menos	de 2 a 4 vezes por mês	de 2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
2. Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
3. Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez?	Nunca	Menos de uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
<b>RESULTADO</b>					
<b>SE A SOMA DAS QUESTÕES 2 e 3 FOR 0, AVANCE PARA AS QUESTÕES 9 e 10</b>					
<b>PERGUNTAS</b>	<b>Pontuação</b>				
	<b>(0)</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca	Menos do que uma vez ao mês	Mensalmente	Semanalmente	Todos ou quase todos os dias
9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não	-	Sim, mas não nos últimos 12 meses	-	Sim, nos últimos 12 meses
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da Saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não	-	Sim, mas não nos últimos 12 meses	-	Sim, nos últimos 12 meses
<b>RESULTADO</b>					

### **EQUIVALÊNCIAS DE DOSE PADRÃO:**

- CERVEJA: 1 DOSE = 1 chope/1 lata/1 longneck (~340ml) ou 2 DOSES = 1 garrafa
- VINHO: 2 DOSES = 1 copo comum (250ml) ou 8 DOSES = 1 garrafa (1l)
- CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1,5 DOSE = meio copo americano (60ml) ou mais de 20 DOSES = 1 garrafa
- UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 DOSE = 1 dose de dosador (40ml)

### **O QUE FAZER**

A PARTIR DO VALOR DA SOMA DAS DEZ RESPOSTAS, VOCÊ DEVE ORIENTAR A SUA CONDUTA

### **ESCORES DE INTERVENÇÃO**

**0 - 7: Prevenção primária - dialogo sobre a questão**

**8 - 15: Orientação básica (ver Saiba Mais - Capítulo 2). Educação em saúde e/ou apoio matricial (NASF)**

**16 - 19: Intervenção breve e monitoramento (ver Saiba Mais – Capítulo 2). Projeto terapêutico singular e/ou NASF**

**20 - 40: Encaminhamento para serviço especializado - CAPS**

### 3. ENTREVISTA, RASTREAMENTO, CADASTRO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR<sup>III</sup>

O rastreamento, cadastro e estratificação de risco cardiovascular são fundamentais para reconhecer as pessoas e classificar o risco/vulnerabilidade a partir de suas necessidades, possibilitando a organização das ações individuais e coletivas que a equipe de saúde pode oferecer. Para cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, a equipe planejará ações que levarão em consideração a necessidade e capacidade de adesão do usuário, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

As pessoas com menor risco/vulnerabilidade poderão se beneficiar de atividades coletivas como grupos de educação em saúde e atendimentos coletivos que possibilitam a interação entre profissionais e usuários, trocas de experiências, esclarecimento de dúvidas, espaços de convivência colaborativa, estabelecimento de vínculos e estímulo ao autocuidado.

Para pessoas com risco intermediário podem-se organizar ofertas de consultas individuais e atendimentos coletivos de maneira intercalada. Aos usuários com maior risco a equipe organizará uma agenda mais intensiva de cuidado individual, com a construção de projetos terapêuticos singulares<sup>III</sup>, visitas domiciliares e abordagem familiar.

Não existe ainda um instrumento de estratificação de risco cardiovascular seguido de intervenções multifatoriais com poder de evidência, forte o suficiente para tomar uma decisão assertiva no tocante à prevenção primária de redução de risco cardiovascular (WILLIS *et al*, 2012), em especial voltado para a população brasileira. Sendo assim, a avaliação de risco global pode ser feita sem a aplicação de escalas de estratificação, ou utilizando a escala como uma das ferramentas na avaliação global da pessoa.

Existem diversos instrumentos de estratificação de uso simples que podem ser utilizados, especialmente para fins demonstrativo/educativo. O mais conhecido, estudado e validado em vários países é o escore de Framingham. Para diabéticos Tipo 2, o Reino Unido desenvolveu o Escore UKPDS.

Uma vez realizada a estratificação de risco, o planejamento e a gestão de cuidados segue conforme o agrupamento populacional que será abordado nos capítulos posteriores deste protocolo. Dois critérios importantes devem ser levados em consideração:

---

<sup>III</sup> Este item do protocolo foi reelaborado por Sheila T. K. Medorima, médica cardiologista, da Policlínica 3 da SMS-CPS, com contribuições de Adail Rollo, médico clínico e sanitarista, apoiador institucional do Depto de Saúde da SMS-CPS, de Marta Rossini, médica hematologista da SMS-CPS, de Rogério de Oliveira Araújo, médico, responsável técnico pela Área de Saúde do Adulto e Idoso do Depto de Saúde da SMS-CPS, e de Maria Cândida Ribeiro Parisi, médica, mestre e doutora em clínica médica, assistente da disciplina de endocrinologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

- A gravidade/complexidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco e/ou comorbidades).
- A capacidade de autocuidado, que contempla, entre outros aspectos, o grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas. (MENDES, 2012).

A entrevista do paciente portador de CCNT tem como objetivo identificar as principais complicações e sinais de alarme para descompensação, conforme Quadro 3.1. A presença de sintomas de gravidade, como precordialgia ou dispneia, devem desencadear medidas para diagnóstico e terapêutica rápidas e adequadas.

O cadastro dos pacientes com condições crônicas pode ser realizado a partir dos dados do cadastro familiar/individual realizado pelos ACS, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, registrados no e-susAB, da dispensação de medicamentos através da alimentação do GEMM e de fichas existentes nos Centros de Saúde nas atividades do HIPERDIA.

A Coordenadoria de Informação e Informática do DGDO, desenvolveu um Sistema que permite: recuperar os dados do e-susAB dos pacientes com CC; a realização automática da estratificação de risco; a programação de consultas e a vigilância de comparecimento na datas agendas.

A partir das prevalências esperadas de hipertensos e diabéticos (vide abaixo), cada equipe dos Centros de Saúde, pode calcular a cobertura que estão tendo no seguimento de hipertensos e diabéticos e desenvolver estratégias locais para aumentá-la.

**DIABÉTICOS: prevalência média Brasil = 6,9% da população de 18 anos e mais**

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA
Baixo	20% dos diabéticos
Médio	50% dos diabéticos
Alto	25% dos diabéticos
Muito alto	5% dos diabéticos
Total	(6,9% da população de 18 anos e mais)

**Estimativa de casos de Hipertensão Arterial na população brasileira:21,4% da população de 18 anos e mais**

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA
Baixo	40% dos hipertensos
Moderado	35% dos hipertensos
Alto	25% dos hipertensos
Total	(21,4% da população de 18 anos e mais)

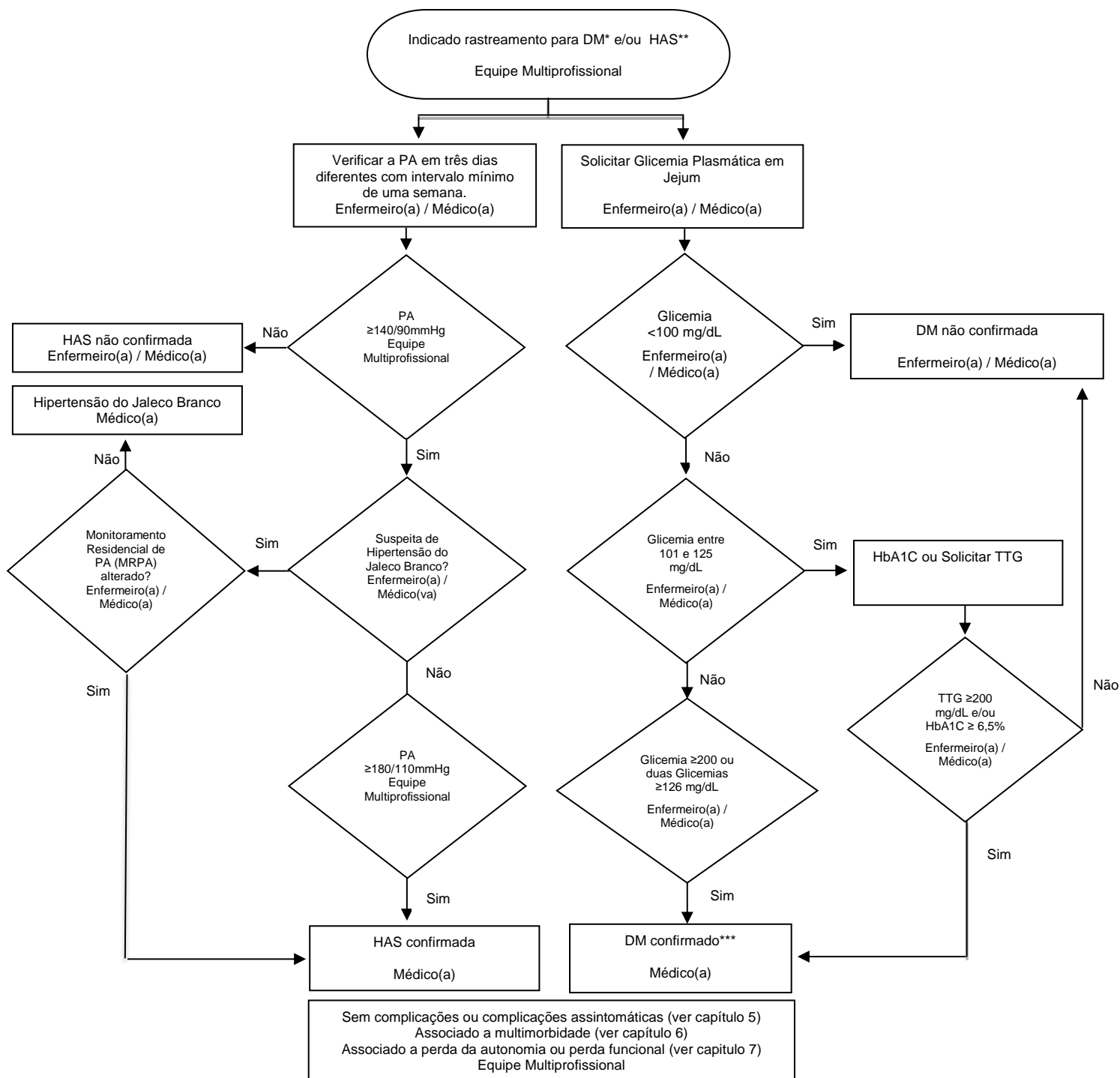
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

### 3.1 - Quadro para a entrevista nas CC Não Transmissíveis

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor precordial</li> <li>• Dispneia, inchaços, ganho exagerado e inexplicado de peso</li> <li>• Alteração neurológica (diminuição da força muscular / dormência, queimação nos pés, antecedente de úlcera nos pés ou amputação em membros inferiores)</li> <li>• Poliúria, Polidipsia, Perda inexplicada de peso, Polifagia</li> <li>• Cefaleia</li> <li>• Alterações visuais</li> <li>• Fadiga, fraqueza e letargia</li> <li>• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite</li> <li>• Histórico prévio e/ou atual de distúrbios na cavidade oral, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Doença periodontal e cárie dentária</li> <li>○ Xerostomia, hipossalivação, distúrbios de degustação</li> <li>○ Infecção bucal (como, por exemplo candidíase)</li> <li>○ Síndrome de ardência bucal e glossodínia</li> <li>○ Doenças da mucosa oral (como por exemplo líquen plano)</li> </ul> </li> </ul>
Rede familiar e social	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas</li> <li>• Rede social utilizada</li> </ul>
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de moradia e de saneamento</li> <li>• Renda</li> <li>• Grau de esforço físico</li> <li>• Estresse, jornada de trabalho e trabalho noturno</li> <li>• Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos)</li> </ul>
Atividade física	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de atividade física</li> <li>• Grau de esforço</li> <li>• Periodicidade</li> <li>• Deslocamento para o trabalho ou curso</li> <li>• Lazer</li> </ul>
História nutricional	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica</li> <li>• Hábito alimentar</li> <li>• Transtornos alimentares</li> <li>• Carência nutricional</li> </ul>
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Status em relação ao cigarro (fumante-quantidade por dia e tempo de uso, ex-fumante, tempo de abstinência, formas de consumo)</li> <li>• Exposição ambiental à fumaça de cigarro (Poluição Tabagista Ambiental – PTA)</li> <li>• Para os fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento</li> </ul>
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)</li> <li>• Tratamentos realizados</li> </ul>
Antecedentes clínicos	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico de AVC e/ou IAM</li> <li>• Agravantes: AIT, HVE, Nefropatia, Retinopatia, Aneurisma de aorta abdominal, Estenose de carótida sintomática.</li> <li>• Histórico de HAS e/ou DM</li> <li>• Claudicação intermitente</li> </ul>
Antecedentes familiares	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico familiar prévio de evento cardiovascular (homens abaixo dos 55 anos e mulheres abaixo dos 65 anos)</li> </ul>

Fonte: adaptado de BRASIL (2013a, 2013b)

### 3.2 - Fluxograma - Rastreamento e Diagnóstico na Suspeita de HAS e/ou DM



- \*CRITÉRIOS DE RASTREAMENTO PARA DM**
- Excesso de peso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>) e um dos seguintes fatores de risco:
  - História de pai ou mãe com diabetes
  - HAS
  - Obesidade severa, acanthosis nigricans
  - História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg
  - Síndrome de ovários policísticos
  - Hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL)
  - História de doença cardiovascular
  - Inatividade física
  - Idade ≥ 45 anos
  - Risco cardiovascular moderado
  - Pessoas sem anormalidade glicêmica com FINDRISC (Quadro 2.5) ≥12

- \*\*CRITÉRIOS DE RASTREAMENTO PARA HAS**
- Idade >18 anos \*
  - Sintomas de crise hipertensiva:
    - Cefaleia (dor de cabeça)
    - Alterações visuais
    - Déficit neurológico (diminuição da força muscular/dormência)
    - Dor precordial (dor no peito)
    - Dispneia (falta de ar)
- \* Recomenda-se aferir a pressão arterial de crianças a partir de 3 anos de idade e adolescentes saudáveis pelo menos uma vez por ano. É possível aferir a PA em MMII utilizando manguito padronizado para adultos. O valor de referência para normalidade deve ser conferido na tabela de percentis (consultar a 7a Diretriz de Hipertensão da SBC - Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.)



### 3.3 - Estratificação do Risco Cardiovascular

A identificação dos indivíduos assintomáticos, que estão mais predispostos a apresentarem complicações cardiovasculares graves, é crucial para a prevenção efetiva e implementação de metas terapêuticas adequadas. Recomenda-se que essa estratificação seja feita em etapas:

#### 3.3.1 - Etapa 1: Presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes.

Identificar a presença critérios clínicos que já classificam os indivíduos como **Alto Risco Cardiovascular**

**Quadro 3.3.1.a - Condições Clínicas associadas ao Alto Risco**

<b>1 - Doença aterosclerótica clínica:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome coronariana aguda</li><li>• Angina de peito</li><li>• Acidente Vascular Cerebral</li><li>• Ataque Isquêmico Transitório</li><li>• Doença arterial Periférica</li><li>• Revascularização Miocárdica prévia</li><li>• Estenose de carótida sintomática</li><li>• Claudicação Intermitente</li></ul>	<b>2 -Hipercolesterolemia Familiar:</b> Geralmente o Colesterol total é >320 mg/dl e a relação colesterol total/HDL >8
<b>3 - Doença Aneurismática de aorta</b>	<b>4 - Doença Renal Crônica</b> Clearance <60ml/min/1,73m <sup>2</sup> Proteinúria >1g/L
<b>5 - DM com nefropatia ou retinopatia</b>	<b>6 – Doença aterosclerótica documentada</b> Presença de placa aterosclerótica documentada por metodologia diagnóstica (>50%)
<b>7- Cardiopatia estrutural</b> Hipertrofia do ventrículo esquerdo Insuficiência cardíaca	

Se o indivíduo apresentar pelo menos um fator de **Alto Risco**, citados no quadro acima, já é considerado alto risco cardiovascular e não há necessidade de se calcular o escore de Framingham ou o UKPDS para diabéticos (já tem risco superior a 20% de apresentar um evento cardiovascular em 10 anos).

#### 3.3.2 - Etapa 2: Escore de Risco

Para os pacientes **sem** critérios clínicos **associados ao Alto Risco**, deve-se estratificar o risco de evento coronariano em 10 anos a partir do escore de Framingham (se DM, utilizar o escore do UKPDS). A avaliação inicial deve identificar fatores de risco cardiovasculares:

### Quadro 3.3.2.a - Fatores de Risco Cardiovasculares

<u>Não modificáveis:</u> Sexo masculino Idade > 65 anos	<u>Modificáveis:</u> Tabagismo Sedentarismo Dieta Estresse crônico Uso abusivo de bebida alcoólica	<u>Exame físico:</u> Pressão Arterial Obesidade Diminuição ou ausência de pulsos podálicos.
<u>Laboratoriais:</u> DM Dislipidemia (CoLT, HDL)	<u>Antecedentes:</u> DAC precoce (H<55a, M<65a)	Síndrome Metabólica*

### Quadro 3.3.2.b - Critérios diagnósticos para Síndrome Metabólica\*:

Obesidade abdominal (CA)	H≥94cm, M≥80cm
Triglicérides	≥150mg/dL
HDL-colesterol	H<40mg/dL, M<50mg/dL
Pressão arterial	≥130/85mmHg ou tratamento para HAS
Glicemia de jejum	≥100mg/dL

Pacientes com três ou mais fatores de risco cardiovasculares (**Quadro 3.3.2.a**) são considerados de alto risco cardiovascular. O paciente com apenas um fator de risco pode ser considerado de baixo risco cardiovascular, exceto se for diabético. O escore de Framingham pode ser aplicado a partir dos 30 anos de idade, sendo possível a utilização de calculadoras online ou por aplicativos. O Quadro do escore de Framingham (abaixo) adaptou os cálculos para que não sejam necessárias outras ferramentas:

Assim, o escore de Framingham (vide a seguir Quadro 3.3.2.c) para classificação do risco global considera:

1. Sexo
2. Idade
3. Colesterol total
4. HDL-colesterol
5. PA sistólica tratada ou não tratada
6. Presença de DM
7. Tabagismo

Interpretação: Com o total de pontos, que varia de -3 a 21, homens e mulheres são classificados em risco baixo, moderado e alto. Através da tabela própria é possível estimar o risco de eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos. Esse risco pode variar de menos 1 % até maior de 30%. Pacientes com risco menor que 10% são de baixo risco. São considerados alto risco cardiovascular aqueles com risco calculado acima de 20%.

**Quadro 3.3.2.c – Escore de Framingham para Classificação do Risco Global**

PASSO 1 - IDADE			PASSO 2 – DOSAGEM DO COLESTEROL TOTAL			PASSO 3 – DOSAGEM DO HDL		
IDADE	HOMEM	MULHER	COLESTEROL TOTAL	HOMEM	MULHER	HDL	HOMEM	MULHER
30-34	0	0	<160	0	0	<35	2	2
35-39	2	2	160-199	1	1	35-44	1	1
40-44	5	4	200-239	2	3	45-49	0	0
45-49	6	5	240-279	3	4	50-59	-1	-1
50-54	8	7	≥280	4	5	≥60	-2	-2
55-59	10	8						
60-64	11	9						
65-69	12	10						
70-74	14	11						
≥75	15	12						

PASSO 4 – PRESSÃO ARTERIAL					
PAS NÃO TRATADA	HOMEM	MULHER	PAS TRATADA	HOMEM	MULHER
<120	-2	-3	<120	0	-1
120-129	0	0	120-129	2	2
130-139	1	1	130-139	3	3
140-149	2	2	140-149	4	5
150-159	2	4	150-159	4	6
≥160	3	5	≥160	5	7

PASSO 5 – PRESENÇA DE DIABETES			PASSO 6 – TABAGISMO		
DM	HOMEM	MULHER	FUMO	HOMEM	MULHER
SIM	3	3	SIM	4	2
NÃO	0	0	NÃO	0	0

PASSO 7 - SOMAR OS PONTOS						
IDADE	+	CT	+	HDL	}	TOTAL =
PA	+	DM	+	TABAGISMO		

PASSO 8 – VERIFICAR O RISCO ABSOLUTO			
Total de pontos para Homens	Risco cardiovascular em 10 anos (%)	Total de pontos para Mulheres	Risco cardiovascular em 10 anos (%)
≤ -3	< 1	≤ -2	<1
-2	1,1	-1	1
-1	1,4	0	1,2
0	1,6	1	1,5
1	1,9	2	1,7
2	2,3	3	2
3	2,8	4	2,4
4	3,3	5	2,8
5	3,9	6	3,3
6	4,7	7	3,9
7	5,6	8	4,5
8	6,7	9	5,3
9	7,9	10	6,3
10	9,4	11	7,3
11	11,2	12	8,6
12	13,2	13	10
13	15,6	14	11,7
14	18,4	15	13,7
15	21,6	16	15,9
16	25,3	17	18,5
17	29,4	18	21,5
≥18	> 30	19	24,8
CATEGORIA	EVENO CARDIOVASCULAR MAIOR	20	28,5
<b>BAIXO</b>	<b>&lt; 10% em 10 anos</b>	≥21	<b>&gt;30</b>
<b>MODERADO</b>	<b>10 a 20% em 10 anos</b>		
<b>ALTO</b>	<b>&gt; 20% em 10 anos</b>		

Fonte: Adaptado de CHRISTIANSON *et al* (2006)

### 3.3.3 - Etapa 3: Fatores Agravantes e Capacidade de Auto-cuidado

Devem ser considerados nos indivíduos com risco intermediário (entre 10 a 20%). Quando pelo menos um fator agravante está presente, o indivíduo é reclassificado como Alto Risco. Diversos critérios podem ser aplicados, como presença de síndrome metabólica, micro ou macroalbuminúria ou proteína-C reativa de alta sensibilidade (biomarcador de atividade inflamatória). A critério clínico, pode ser indicada a pesquisa de doença aterosclerótica subclínica (DASC). Na indisponibilidade de recursos para realização de investigação com exames complementares, considerar e adotar medidas clínicas de alto risco para estes indivíduos.

**A capacidade de autocuidado** é um fator a ser considerado na estratificação de risco cardiovascular, uma vez que um paciente de risco intermediário SEM capacidade de autocuidado, pode ser reclassificado como alto risco. Nesse aspecto é importante identificar o paciente com dificuldade para compreensão de sua condição crônica, desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria de sua condição, baixo suporte familiar e social, que não atua para melhoria de sua condição, com dificuldade para ler e identificar os medicamentos que utiliza, a posologia e os horários adequados para tomada, além daqueles com faltas recorrentes às consultas, procuras frequentes de atendimento em acolhimento ou pronto-atendimentos. Esses pacientes evoluem com pior controle clínico, maior propensão a descompensações, progressão para eventos cardiovasculares e lesão de órgãos-alvo.

**Quadro 3.3.3.a - Avaliação da Capacidade de Auto-cuidado (Insuficiente se  $\geq 5$  pontos) - Equipe Multidisciplinar**

Limitações nas atividades básicas de vida diária	Desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria de sua condição	Dificuldade da Compreensão da Condição Crônica	Não se vê protagonista de sua mudança
Uso irregular ou abandono de tratamento	Depressão grave	Rede de ajuda familiar insuficiente	Vínculo comunitário frágil
Vínculo com equipe frágil	Condição de moradia precária	Renda Familiar Insuficiente	<b>Conclusão:</b> <b>Suficiente ( )</b> <b>Insuficiente ( )</b>

### 3.3.4 - Etapa 4: Estratificação de Risco Cardiovascular do Diabético

O escore de Framingham tende a subestimar o risco dos pacientes diabéticos, portanto recomenda-se que sejam reavaliados por outros instrumentos. O escore UKPDS estima a ocorrência de IAM ou AVC não-fatal, morte por IAM ou AVC, podendo ser aplicado a indivíduos com qualquer duração de DM, baseado na idade, sexo, tabagismo, nível de HbA1c, microalbuminúria, PA sistólica, colesterol total e HDL-colesterol. Quadro a seguir

**Quadro 3.3.4.a - Escore UKPDS para Classificação Do Risco Cardiovascular em Diabéticos Tipo II**

PASSO 1- IDADE EM HOMEM		PASSO 1 – IDADE EM MULHER	
IDADE (ANOS)	PONTUAÇÃO	IDADE (ANOS)	PONTUAÇÃO
<60	6	<60	0
60–74	20	60–74	9
≥75	21	≥75	22

PASSO 2 – DURAÇÃO DA DIABETES (ANOS)		PASSO 3 – TABAGISMO	
DURAÇÃO DA DIABETES (ANOS)	PONTUAÇÃO	STATUS DO TABAGISMO	PONTUAÇÃO
<5	0	NUNCA FUMO(U)	0
5-9	2	EX-FUMANTE	0
≥10	5	FUMANTE	2

PASSO 4 – HEMOGLOBINA GLICOSILADA		PASSO 5 – PRESSÃO SISTÓLICA	
HbA1C (%)	PONTUAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PONTUAÇÃO
<7	0	<120	0
7-7,9	2	120-139	1
≥8	6	≥140	4

PASSO 6 – COLESTEROL TOTAL / HDL		PASSO 7 – MICROALBUMINÚRIA	
COLESTEROL TOTAL / HDL	PONTUAÇÃO	MICROALBUMINÚRIA (µg/min)	PONTUAÇÃO
<4	0	<30	0
4-5,9	6	≥30	1
≥6	10		

PASSO 8 - SOMAR OS PONTOS															
IDADE	+	DURAÇÃO DM	+	TABAGISMO	+	HbA1C	+	PA SISTÓLICA	+	CT / HDL	+	MICRO ALBUMINÚRIA	→	TOTAL =	

PASSO 9 – VERIFICAR O RISCO	
PROBABILIDADE DE TER UM EVENTO CARDÍACO NÃO FATAL EM 10 ANOS	TOTAL DE PONTOS
BAIXO: <15%	0-17
MODERADO: 15-30%	18-31
ALTO: >30%	32-69

Fonte: Adaptado de CHRISTIANSON *et al* (2006)

Outra forma de classificar os pacientes diabéticos é utilizando critérios estratificadores de risco (ER) (**Quadro 3.3.4.b**), presença de comorbidades severas, aliados ao controle glicêmico (HbA1c) e controle pressórico.

#### **Quadro 3.3.4.b - Estratificadores de Risco (ER) para Diabéticos**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homem &gt;49 anos ou Mulher &gt;56 anos</li> <li>• Duração do diabetes &gt;10 anos</li> <li>• História familiar de DAC prematura</li> <li>• Síndrome metabólica</li> <li>• HAS tratada ou não tratada (PA&gt;130/80mmHg)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo vigente</li> <li>• TFG estimada &lt;60mL/min/1,73m<sup>2</sup></li> <li>• Albuminúria &gt;30g/g de creatinina</li> <li>• Neuropatia autonômica</li> <li>• Retinopatia diabética.</li> </ul>
--	--

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2017.

Assim, os pacientes com DM tipos 1 e 2 são divididos em quatro grandes categorias de risco cardiovascular:

#### **Quadro 3.3.4.c - Estratificação de Risco Cardiovascular para Diabéticos**

<p><b>Risco baixo:</b> &lt;10% de tx de evento de DAC em 10 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose</li> <li>• Homem &lt;38 anos, Mulher &lt;46 anos, sem ER</li> </ul>
<p><b>Risco Intermediário:</b> 10-20% de tx de evento de DAC em 10 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM diagnosticado</li> <li>• Homem 38-49 anos, Mulher 46-56 anos, sem ER</li> <li>• Controle metabólico (HbA1c &lt;7,5) e níveis pressórico adequados</li> <li>• Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses em complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)</li> </ul>
<p><b>Risco alto:</b> 20-30% de tx de evento de DAC em 10 anos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM diagnosticado</li> <li>• Homem &gt;49 anos, Mulher &gt;56 anos (ou qualquer idade se ER ou DASC), com ER</li> <li>• Controle metabólico (7,5 &lt; HbA1c &lt;9) ou pressórico inadequado</li> <li>• Com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)</li> </ul>
<p><b>Risco muito alto:</b> &gt;30% de tx de evento de DAC em 10 anos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM diagnosticado</li> <li>• Qualquer idade, com doença aterosclerótica clínica (vide <b>QUADRO 3.3.1.a</b>)</li> <li>• Mau controle metabólico (HbA1c &gt;9%) ou pressórico (PA&gt;130/80mmHg) apesar de múltiplos esforços prévios</li> <li>• Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses</li> <li>• Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses: AVE/AIT, IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica</li> <li>• Complicações crônicas severas: doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção</li> <li>• Comorbidades severas: câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras)</li> <li>• Risco social: idoso dependente em instituição de longa permanência, pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Cavalcanti (2010) in: Cadernos de Atenção Básica No. 35. (2014). / Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2017).

Assim como foi discutido para os pacientes não-diabéticos com risco intermediário, a pesquisa de doença aterosclerótica subclínica pode ser indicada aos diabéticos a critério clínico. A presença de DASC equivale a presença de ER na classificação de risco cardiovascular. Na indisponibilidade de recursos para realização de investigação com exames complementares, considerar adotar medidas clínicas de alto risco para estes indivíduos. O Fluxograma 3.3.4.d resume a Estratificação de Risco Cardiovascular.

**Fluxograma 3.3.4.d - Estratificação de Risco nas Condições Crônicas Não-Transmissíveis (CCNTS)**



### 3.4 - Rastreamento de Isquemia Silenciosa

No momento do diagnóstico de DM 2, deve-se, necessariamente, registrar a PA, verificar pulsos periféricos, realizar ECG de repouso (depois realizar anualmente) e solicitar perfil lipídico para a estratificação de risco. Recomenda-se o rastreamento de isquemia silenciosa na presença de equivalentes anginosos ou alterações eletrocardiográficas. Qualquer alteração eletrocardiográfica no diabético está associada a um risco duas vezes maior de eventos cardiovasculares.

O rastreamento universal de DAC, por meio de pesquisa de isquemia miocárdica induzida por estresse, não reduziu desfechos cardiovasculares, não sendo recomendado em pacientes com DM assintomáticos, na ausência de anormalidades ao ECG de repouso, mesmo na presença de condição de alto risco para eventos cardiovasculares.

Deve-se considerar a investigação de isquemia miocárdica em pacientes com DM, assintomáticos com alterações de ECG de repouso ou com sintomas atípicos (dispneia inexplicada, dor torácica atípica ou desconforto), evidência de doença vascular associada (sopro carotídeo, AIT, AVC, doença arterial periférica), ou para pacientes de muito alto risco cardiovascular.

O teste ergométrico deve ser considerado na investigação inicial de isquemia na maioria dos pacientes assintomáticos, exceto na presença de alterações no ECG de repouso que impeçam a interpretação ou incapacidade para realizar esforço físico. Em diabéticos, o TE possui bom valor preditivo negativo (87%), com especificidade de 75%.

### 3.5 - Planejamento de Ações

A partir do mapeamento da população conforme risco cardiovascular, será possível planejar as ofertas e as periodicidades das ações a partir da demanda populacional existente no território e a disponibilidade de profissionais; seja na forma de atendimentos individuais, atividades coletivas ou visitas domiciliares.

A Unidade pode contar ainda com o apoio especializado na forma de Matriciamento, que pode atuar de formas variadas:

1. Discussão de casos clínicos via Telessaúde ou email institucional;
2. Matriciamento presencial com discussão de casos clínicos e capacitações;
3. Matriciamento presencial com consultas compartilhadas;
4. Avaliação de pacientes com fatores de risco cardiovasculares;



- Seguimento compartilhado de pacientes de alto risco cardiovascular na forma de Monitorização Ambulatorial Intensiva Supervisionada (Programa MAIS, da equipe do matriciamento de cardiologia da Policlínica III).

Alguns modelos podem ser aplicados para direcionar o planejamento das ações de saúde, como o apresentado no quadro abaixo:

**Quadro 3.5.1 - Grau de Gravidade e Ações Recomendadas nas Condições Crônicas**

ESTRATO DE RISCO		GRAU DE GRAVIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	AÇÕES DE SAÚDE PREDOMINANTES	PERIODICIDADE
B A I X O	M O D E R A D O	SOMENTE FATORES DE RISCO	<b>Grupo de Educação em Saúde</b> (grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável, práticas integrativas e complementares)	Conforme necessidade
		CONDIÇÕES CRÔNICAS SEM COMPLICAÇÕES	<b>Atenção Individual / Compartilhada em Atividade de Grupo</b> (consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva)	Conforme necessidade, mas no mínimo a cada 6 meses
	A L T O	CONDIÇÕES CRÔNICAS E MULTIMORBIDADE	<b>Atenção Individual</b> (consulta sequencial, multidisciplinar)	Conforme necessidade, mas no mínimo a cada 3 meses
		PERDA DE AUTONOMIA E PERDA FUNCIONAL GRAVE	<b>Gestão de Caso</b> (Projeto Terapêutico Singular, discussão de caso, visitas/atendimentos domiciliares, abordagem familiar)	Conforme necessidade, mas no mínimo acompanhamento mensal

Fonte: Adaptado de MENDES (2012) e BRASIL (2014).

Assim, a equipe poderá planejar as ofertas e periodicidade das ações a partir da demanda populacional existente no território e a disponibilidade de profissionais no serviço. A realização da territorialização, identificação constante dos casos em conjunto com agentes comunitários de saúde e realização sistemática da estratificação de risco das pessoas em acompanhamento, poderá fundamentar as decisões da equipe quanto à previsão de atendimentos individuais na agenda, bem como o planejamento de atividades coletivas e visitas/atendimentos domiciliares.

A qualificação do cuidado, ampliação do acesso ao serviço e cobertura de ações adequada à realidade local com mais equidade, pode ser apoiada pela utilização de ferramentas de programação de ações da equipe (ver Saiba Mais) ou o cálculo médio de atendimentos individuais necessários no ano, mês e semana para o total previsto de pessoas com risco cardiovascular no território de responsabilidade da equipe.

Os atendimentos individuais com Enfermeiro(a) / Médico(a) para acompanhamento dos casos que atingiram as metas pactuadas em tratamento deverão ser preferencialmente intercalados, com periodicidade sugerida no **Quadro 3.5.1** e de acordo com as necessidades individuais, considerando-se as diretrizes locais (BRASIL, 2013b). Durante os atendimentos do(a) Enfermeiro(a), se houver avaliação que descarte a necessidade de mudança na prescrição medicamentosa, ele(a), observando este protocolo, a renovará até a data da próxima consulta médica.

**O Programa MAIS** (Monitorização Ambulatorial Intensiva Supervisionada) foi iniciado em 2017 pela equipe de matriciamento em cardiologia da Policlínica III (SMS/Campinas), com o objetivo de proporcionar à UBS uma retaguarda no acompanhamento clínico dos pacientes de alto risco cardiovascular. As consultas na especialidade ocorrem a cada 6 meses, porém sabemos que alguns pacientes necessitam de retornos mensais. Por isso, sugerimos que as consultas com o cardiologista se alternem com consultas de enfermagem, atividades em grupo e consulta com o clínico, conforme quadro abaixo:

JANEIRO Equipe Multi	FEVEREIRO Clínico	MARÇO Equipe Multi	ABRIL Clínico	MAIO Equipe Multi	JUNHO Cardio
JULHO Equipe Multi	AGOSTO Clínico	SETEMBRO Equipe Multi	OUTUBRO Clínico	NOVEMBRO Equipe Multi	DEZEMBRO Cardio

No cuidado compartilhado, existe um canal de comunicação aberto da Equipe de Cardiologia da Policlínica III com a UBS, que conta com retaguarda técnica e também para retorno precoce quando necessário. Mais informações sobre o Programa MAIS está publicado no Manual de Atenção em Cardiologia de 2016, publicado na Biblioteca Virtual da SMS/ Campinas.

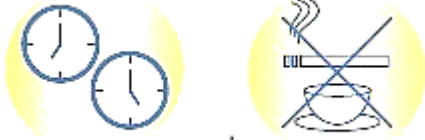
### 3.6 - Técnica de aferir a pressão arterial

É fundamental observar as recomendações técnicas do **Quadro 3.6** para aferir a pressão arterial do paciente adequadamente. Além disso, o tamanho do manguito deve ser adequado para a circunferência do braço do paciente, conforme **Quadro 3.7**, a fim de evitar que a pressão seja superestimada ao utilizar um manguito menor em um paciente obeso, por exemplo. Caso o manguito adequado não esteja disponível, é possível utilizar a correção da pressão arterial indicada no **Quadro 3.8**.

## Quadro 3.6 - Técnica de Aferição da Pressão Arterial

### RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS\*

- Evitar grandes refeições, o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.



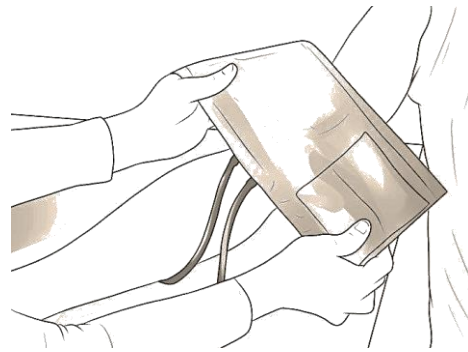
- A medida deve ocorrer após cinco minutos de repouso em ambiente calmo.
- Instruir a não conversar durante a medição.
- A bexiga deve estar vazia.



- Deve-se evitar a medida da PA em situações de estresse físico (dor) e emocional.

### TÉCNICA

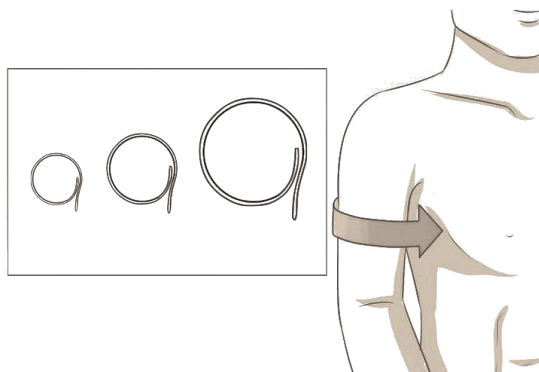
- A pessoa deve estar sentada, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.
- O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.



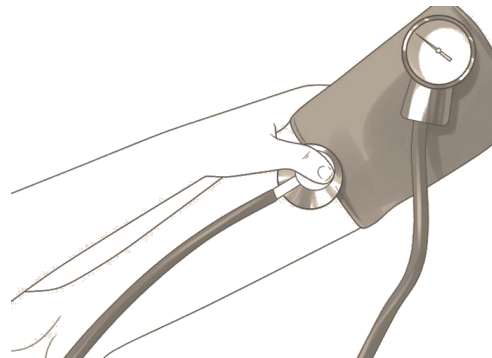
- Estimar o nível da PAS, através da palpação do pulso radial.
- Palpar o pulso braquial, colocar a campânula ou diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva e inflar o manguito até 20 a 30 mmHg acima do valor em que o pulso não for palpável.

### EM RELAÇÃO AO MANGUITO

- A câmara inflável (cuff) do manguito deve ser adequada para a circunferência do braço (ver quadro 2.8).
- Na indisponibilidade do manguito adequado recomenda-se utilizar valores de correção (ver quadro 2.9)
- A largura deve ser de pelo menos 40% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio) e o comprimento, de pelo menos 80% de sua circunferência.



- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.



- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg por segundo).
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começam a ser ouvidos, os ruídos de Korotkoff.
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos.
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (por exemplo: 135/85 mmHg).
- Considerar a média de duas aferições como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

\*Ações de rastreamento de HAS em eventos como "feiras de saúde" não são recomendadas, a menos que as orientações prévias à medida da PA sejam rigorosamente seguidas e que seja enfatizado para a pessoa submetida à medida, que o resultado de um dia (mesmo que em mais de uma medida) não tem caráter de diagnóstico. É desejável que seja previamente planejado com as Unidades Básicas de Saúde de referência, que darão continuidade ao rastreamento, um fluxo de encaminhamento das pessoas com resultados alterados.

**Quadro 3.7 - Dimensões do Manguito para diferentes circunferências de braço**

Denominação do Manguito	Circunferência do Braço (cm)	Bolsa de Borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém nascido	≤ 6	3	6
Criança	6 - 15	5	15
Infantil	16 - 21	8	21
Adulto pequeno	22 - 26	10	24
Adulto	27 - 34	13	30
Adulto grande	35 - 44	16	38
Coxa	45-52	20	42

Fonte: adaptado de BRASIL (2013b) e MALACHIAS *et al* (2016)

**Quadro 3.8 - Correção dos níveis de Pressão Arterial pela largura do manguito e a circunferência do braço**

LARGURA DO MANGUITO (cm)	12		15		18	
	PS	PD	PS	PD	PS	PD
26	+ 5	+3	+7	+5	+9	+5
28	+ 3	+ 2	+ 5	+ 4	+ 8	+ 5
30	0	0	+ 4	+ 3	+ 7	+ 4
32	- 2	- 1	+ 3	+ 2	+ 6	+ 4
34	- 4	- 3	+ 2	+ 1	+ 5	+ 3
36	- 6	- 4	0	+ 1	+ 5	+ 3
38	- 8	- 6	- 1	0	+ 4	+ 2
40	- 10	- 7	- 2	- 1	+ 3	+ 1
42	- 12	- 9	- 4	- 2	+ 2	+ 1
44	- 14	- 10	- 5	- 3	+ 1	0
46	- 16	- 11	- 6	- 3	0	0
48	- 18	- 13	- 7	- 4	- 1	- 1
50	- 21	- 14	- 9	- 5	- 1	- 1

Fonte: adaptado de BRASIL (2013b)

## SAIBA MAIS

- Para aprofundar o conhecimento acerca do rastreamento nas condições crônicas, leia o Caderno de Atenção Básica nº 29. Rastreamento. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad29.pdf)
- Para aprofundar o conhecimento acerca das estratégias para o cuidado das pessoas com condições crônicas, leia o Caderno de Atenção Básica nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_35.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)
- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados na diabetes mellitus, leia o Caderno de Atenção Básica nº 36. Diabetes mellitus. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf).
- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados na hipertensão arterial sistêmica, leia o Caderno de Atenção Básica nº 37. Hipertensão arterial sistêmica. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)
- Para instalar a Calculadora Eletrônica de Risco Cardiovascular – Escore de Risco de Framingham para smartphones, baixe o aplicativo a partir do site:  
<https://www.ufrgs.br/telessaunders/desenvolvimento/aplicativos/calculadora-de-risco-cardiovascular>
- Para utilizar a calculadora eletrônica QRISK2 acesse: <https://qrisk.org/2016>
- Para utilizar a calculadora eletrônica UKPDS acesse o aplicativo disponível no site do DAB
- Para utilizar a calculadora eletrônica de Framingham acesse o aplicativo disponível no site do DAB
- Para utilizar a calculadora eletrônica de FINDRISC acesse o aplicativo disponível no site do DAB
- Para aprofundar conhecimentos sobre atividades coletivas, educação em saúde e planejamento de grupos na Atenção Primária leia:
  - O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)
  - As sugestões do Caderno da Atenção Básica nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_35.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf)
  - Os instrumentos apresentados no Capítulo 2
- Para saber mais sobre possibilidades de programação local de ações pela equipe, veja a ferramenta de Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (ProGRAB):  
<http://dab.saude.gov.br/docs/geral/prograb.pdf>.

## Referência

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 29.** Rastreamento. Brasília:Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 36.** Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 37.** Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 35.** Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHRISTIANSON, T.J.H; BRYANT, S.C.; WEYMILLER, A.J.; SMITH, S.A.; MONTORI, V.M. A Pen-and-Paper Coronary Risk Estimator for Office Use With Patients With Type 2 Diabetes. **Mayo Clinic Proceedings.** v.81, n.5, p.632-636, May. 2006.

D'AGOSTINO, R.D.; VASAN, R.S.; PENCINA, M.J.; WOLF, P.A.; COBAIN, M.; MASSARO, J.M.; KANNEL, W.B. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Hearth Study. **Circulation.** v.117, n.6, p.743-753. Feb. 2008.

Diretriz Brasileira Baseada em Evidências sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Pacientes com Diabetes: Posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). *Arq Bras Cardiol* 2017; 109(6Supl.1):1-31 [Disponível somente eletronicamente]

DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR. Simão AF, Précoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101 (6Supl.2): 1-63

DUNCAN,B,B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; DUNCAN, M.S.; GIUGLIANI, C.**Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** 4.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

GUSSO, G.D.F.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2012.

HIPPISLEY-COX, J.; COUPLAND, C.; VINOGRADOVA, Y.; ROBSON, J.; MINHAS, R.; SHEIKH A.; BRINDLE P. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. **BMJ.** v.336, n.7659, p.1475–1482. Jun. 2008.

MALACHIAS M.V.B.; SOUZA, W.K.S.B.; PLAVNIK, F.L.; RODRIGUES, C.I.S.; BRANDÃO, A.A; *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.107, n.3, p.1-83, set. 2016.

MARINHO, N.B.P. Avaliação do risco para diabetes mellitus 2 entre adultos de Itapipoca-Ceará. **Dissertação** (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2010.

Manual de Atenção em Cardiologia, SMS/Campinas, 2016. Disponível em: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/cardiologia/Manual\\_de\\_Cardiologia\\_2016\\_rev\\_0ut\\_2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/cardiologia/Manual_de_Cardiologia_2016_rev_0ut_2016.pdf)

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: 2013.

Protocolos da atenção básica: condições crônicas não-transmissíveis: risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sirio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

RIO DE JANEIRO. **Guia de Referência Rápida. Prevenção Cardiovascular**. Versão profissional. Rio de Janeiro: SMS-RIO, 2013.

RIO DE JANEIRO. **Guia de Referência Rápida. Diabetes Mellitus**. Versão profissional. Rio de Janeiro: SMS-RIO, 2013.

RIO DE JANEIRO. **Guia de Referência Rápida. Hipertensão**. Manejo clínico da hipertensão em adultos. Versão profissional. Rio de Janeiro: SMS-RIO, 2013.

WILLIS, A. et al. Primary prevention of cardiovascular disease using validated risk scores: A systematic review. **Journal of the Royal Society of Medicine**. v.105, n.8, p.348-356, Aug. 2012.

#### **4. COMPORTAMENTOS E SITUAÇÕES DE RISCO MODIFICÁVEIS NA PREVENÇÃO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS:**

**trabalhando com entrevista motivacional e grupos de auto cuidado para modificar dietas inadequadas, inatividade física, tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estresse no trabalho e adesão de portadores de condições crônicas.**

Este capítulo tem como objetivo subsidiar a equipe de atenção básica a saúde para o manejo de fatores de risco modificáveis na prevenção de condições crônicas não transmissíveis. Sugere ações que geram impacto positivo na redução do risco cardiovascular, permitindo incidir no perfil de morbimortalidade populacional uma vez que busca promover uma mudança para um estilo de vida saudável. Sendo os principais fatores de risco as dietas inadequadas, a inatividade física, o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2015a). A entrevista motivacional e grupos de autocuidado apoiado são importantes dispositivos para abordagem dos riscos modificáveis como, também, para trabalhar a aumento da adesão de usuários com condições crônicas já estabelecidas aos projetos singulares de saúde.

Por se tratar de um protocolo clínico, algumas das ações sugeridas se concentram na dimensão individual. Porém, a relação com o contexto social e familiar da pessoa deve ser considerada pela equipe de saúde ao apoiar as mudanças de comportamento que se mostre disposta a realizar. A pessoa pode e deve ser convidada a mudar o seu estilo de vida adotando atitudes saudáveis, como realizar mudanças nos hábitos alimentares, praticar atividade física, cessar o tabagismo e o uso abusivo do álcool e buscar alternativas para redução do estresse. Contudo, é fundamental que a equipe de saúde se mostre receptiva ao momento e condições que a pessoa vive. Abordagem autoritária, que responsabilize ou culpabilize a pessoa por sua condição de saúde atual ou futura, deve ser evitada. Nas ações coletivas, é fundamental que o profissional de saúde sustente uma postura encorajadora buscando uma prática inclusiva, de modo a evitar atitudes de premiação e/ou punição (como aplaudir o participante do grupo que perdeu peso, excluindo aquele que não conseguiu). O respeito à pessoa e o sigilo, mesmo sobre informações mais cotidianas devem ser sempre preservados.

Os quadros síntese trabalhados ao longo do capítulo, propõem orientações e condutas para a mudança no estilo de vida a partir de iniciativa individual e também através de atividades coletivas, como grupos operativos, por exemplo. Contudo, outros fatores de risco, como longas jornadas de trabalho, dependem do auxílio de políticas intersetoriais para serem modificados. Sabe-se que políticas públicas são cruciais no



enfrentamento de algumas questões, a exemplo, tem-se a diminuição do tabagismo a partir da proibição de publicidade do tabaco, do aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados com empoderamento/conscientização do fumante passivo, campanhas para controle do fumo e o desenvolvimento de programas de abordagem (BRASIL, 2015a). Logo, a equipe de atenção básica pode em parceria com os moradores e outras instituições participar da mobilização por políticas públicas que promovam hábitos saudáveis, como a garantia da presença de alimentos saudáveis na alimentação escolar.

Apesar do importante debate existente na literatura, neste material optou-se por considerar os conceitos e práticas relacionados às práticas corporais e atividades físicas como complementares, buscando contemplar além dos benefícios biológicos, os socioculturais e subjetivos. Assim, por exemplo, recomendações relacionadas a caminhadas e brincadeiras devem buscar relacionar o esforço físico com a possibilidade do encontro, do compartilhamento de momentos de sociabilidade, ou seja, caminhar com alguém, brincar com filhos e filhas, entre outros.

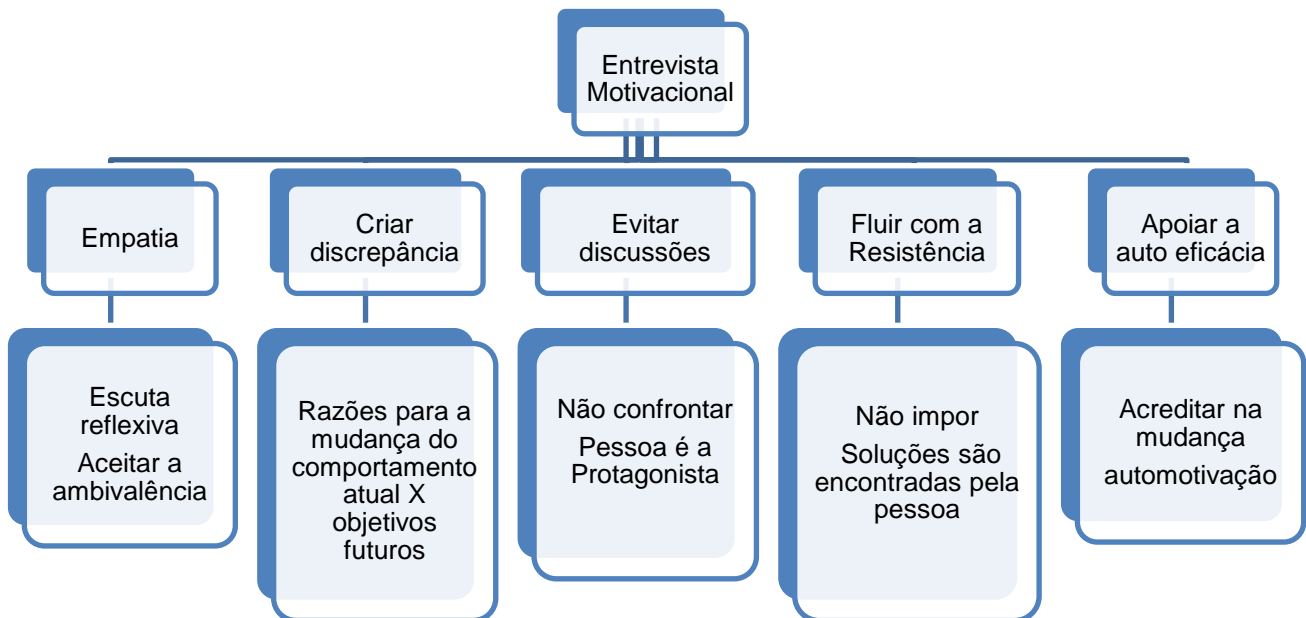
As equipes de atenção básica à saúde tem a missão de subsidiar essas orientações promovendo uma mudança para um estilo de vida mais saudável. Nos municípios que dispõem desses serviços, as equipes de atenção básica devem trabalhar em conjunto com os profissionais dos polos de Academia da Saúde, assim como contar com o matriciamento dos profissionais do NASF, mantendo o vínculo com a pessoa, visto que assume o papel fundamental no desenho da rede de serviços envolvido no seu cuidado à saúde.

Em Campinas desde 2010 os programas desenvolvidos pela Saúde Integrativa, visam trabalhar os indivíduos na prevenção, promoção e tratamento das Condições Crônicas Não Transmissíveis. Exemplos dos programas: Passeio, Meditação, Práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (Lian Gong primeira, segunda e terceira partes, Chikung, Tai Chi Chuan), Movimento Vital Expressivo (Sistema Rio Abierto), Acupuntura Sistêmica, Acupuntura de Microsistemas (YNSA, SO JOK e outros), Consciência Postural, Yoga, além de outros que trabalham a humanização e saúde mental, tais como: Terapia Comunitária Integrativa, Relke, Musicoterapia, Arterapia e Dança Circular.

## Entrevista Motivacional

A EM é um estilo de conversa colaborativa voltada para o fortalecimento da própria motivação da pessoa e comprometimento com uma mudança. A meta específica é resolver a **ambivalência** (definida como a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes) e promover a **autoeficácia** (conceito criado por Bandura, pode ser definida como a crença das pessoas sobre as suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho ou habilidade para executar uma tarefa). A EM é compreendida com caráter de intervenção breve, podendo assim, ser utilizada por uma ampla gama de profissionais em diferentes serviços

### Conceitos iniciais da Entrevista Motivacional



Fonte: Protocolos da atenção básica : condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

### Estilos de Comunicação

Para verdadeiramente motivar precisamos desenvolver estilos de comunicação adequados a este propósito. Existem três estilos básicos de comunicação: o direcionamento, o acompanhamento e a orientação que seria um intermediário entre os outros dois. A comunicação habilidosa é baseada no estilo orientados, mas com o equilíbrio dinâmico entre estes três estilos, mudando de um para o outro conforme a situação o exija.

## Estilos de Comunicação

ESTILOS DE COMUNICAÇÃO	DIRECIONAMENTO	ACOMPANHAMENTO	ORIENTAÇÃO
Características	Implica em uma relação desigual de poder, conhecimento, experiência ou autoridade. Tem seu lugar em situações de risco e necessidade de liderança	Saber escutar, sem interromper, sem advertir, analisar, concordar ou discordar,	É um ouvinte qualificado e oferece informações de especialistas, quando necessário. Ajuda a encontrar o caminho e a resolver os problemas
Ideia	"Eu sei o que você deve fazer e como você deve fazê-lo "	"não vou mudar ou forçar você, e vou deixar você resolver isso em seu próprio tempo e do seu próprio jeito"	"posso ajudá-lo a resolver isso por sua própria conta"
Verbos relacionados	Gerenciar, Prescrever, assumir o controle, liderar, mostrar o caminho, governar, autorizar, conduzir, guiar, administrar, comandar	Permitir, Seguir, andar junto, tolerar, ser solidário, confiar, ser receptivo, prestar atenção, observar	Esclarecer, encorajar, cuidar, motivar, amparar, acordar, evocar, apresentar, inspirar

Fonte: adaptado de MILLER (2013)

O "Espírito da EM" envolve um estilo colaborativo, evocativo e com respeito à autonomia da pessoa<sup>1</sup>. A postura do profissional deve ser equânime e equilibrada. Ao espírito da EM compõem quatro elementos, sendo eles:

### Elementos que compõem o Espírito da Entrevista Motivacional



Fonte: Protocolos da atenção básica : condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

1. **Parceria:** A EM é feita “com” e não “para” a pessoa, reforça a necessidade do profissional interagir e se interessar pela história e evolução da pessoa e não se ater a uma conduta prescritiva.

2. **Aceitação:** o profissional se interessa e valoriza o potencial de cada pessoa. Aceitar não significa aprovar ou endossar o comportamento ou as ações da pessoa, a aceitação consiste no reconhecimento absoluto, na empatia acurada, no suporte à autonomia e no reforço positivo de falas, e posturas em prol da saúde e integridade de vida da pessoa.

3. **Evocação:** É ajudar a pessoa a verbalizar seus argumentos para mudar, procurar as forças que motivam a pessoa, ao invés de persuadir.

4. **Compaixão:** Compreendida como o sentimento que se compartilha com o semelhante. O profissional demonstra de maneira evidente que sua intenção se dirige a uma relação de ajuda incondicional e genuína, acima de seus próprios interesses.

### **Processos Fundamentais da EM**

Segundo Miller, existem quatro processos fundamentais para a realização da EM que são desenvolvidos por meio do engajamento, do foco, da evocação e do planejamento, permeados pela aplicação da metodologia PARR (Perguntas abertas – afirmação- reforço positivo e reflexões em uma relação de duas estratégias para cada uma pergunta, de preferencia aberta).

### **Engajamento**

O engajamento consiste na construção de uma aliança terapêutica, uma conexão útil e uma relação de trabalho, que busca uma solução para o problema apontado, pautada no respeito e na confiança mútuos.

Alguns fatores podem facilitar no engajamento, outros são armadilhas que prejudicam ou até impedem o engajamento:

<b>Fatores facilitadores</b>	<b>Armadilhas</b>
Identificar os desejos e objetivos da pessoa; avaliar junto com ela o grau de importância dado aos seus objetivos; Acolher de forma positiva, possibilitando que a mesma se sinta valorizada e respeitada; trabalhar suas expectativas; Oferecer esperança.	Perguntas fechadas / Respostas curtas; Confrontar a Negação; Assumir o papel de “Expert”; Rotular; Focalização prematura; Culpar

## **Foco**

Manter o foco na conversa ajuda na elaboração e no resgate do sentido, bem como possibilita a construção de uma direção para a mudança.

## **Evocação**

Evocar implica em obter, através da conversação, os próprios sentimentos concernentes ao propósito de mudança da pessoa. Todas as conclusões ou caminhos a serem percorridos, devem ser uma conclusão que a pessoa alcança sozinha, com o auxílio do profissional e não com a sua indução

## **Planejamento**

Quando a pessoa atinge o estágio de preparação (estágios de prontidão para a mudança) ela diminui os seus questionamentos e começa a se preparar para uma tomada de atitude. O planejamento está na construção do movimento de “quando” e “como” mudar e não mais no “porque” mudar.

É hora de desenvolver a formulação de um plano de ação específico com metas definidas pela própria pessoa, assim como analisando as opções definir o plano de mudança, que pode ser por escrito.

## **Metodologia da Entrevista Motivacional: PARR**

A metodologia PARR, é a “caixa de ferramentas” da EM. Consiste na utilização de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação de no mínimo 2:1, ou seja, a utilização de cada duas estratégias para cada pergunta, com preferência das reflexões.

**Perguntas Abertas:** São aquelas que não podem ser respondidas com apenas uma ou duas palavras, por exemplo. “Como este problema afeta sua vida?” ou “Quais aspectos da sua saúde que mais te preocupam?” Essas perguntas permitem e incentivam a pessoa a explicar-se aumentando assim a sua percepção do problema, já que quando uma pessoa fala, ela elabora informações e emoções associadas com o que está dizendo.

**Afirmar - Reforço Positivo:** É o processo de validar as atitudes, habilidades e interesses da pessoa, é um exercício de incremento na sua auto eficácia e sua auto estima. É uma forma de dizer-lhe “acredito em você”, “confio em você”, não com uma perspectiva adúladora, mas sim assertiva “você pode fazer”.

**Refletir:** A escuta reflexiva é a principal estratégia na EM e deve constituir uma proporção substancial durante a fase inicial da EM, principalmente entre os pré contempladores e os contempladores. Trata-se de averiguar o que quer dizer a pessoa e “devolver” sua fala por meio de afirmações que podem ser de cinco tipos:

- Repetição de um trecho ou uma palavra dita e que achamos que é importante;  
Pessoa: É tão difícil não fumar depois que se para, mas eu estou conseguindo.  
Profissional: Você está conseguindo>
- Refrasear: é como o anterior, mas mudando uma palavra por um ou alterando um pouco o que foi dito.  
Pessoa: Eu acredito que quando meu joelho melhorar será o momento de voltar a tentar fazer exercícios todos os dias.  
Profissional: Quando estiver recuperado será o momento de voltar a tentar.
- Parafrazeando: aqui se reflete o dito com novas palavras quando o profissional intui o significado do que foi falado.  
Pessoa: No meu caso se digo que é agora, é agora, e se eu digo, eu faço!  
Profissional: Quando você se propõe a algo, você consegue.
- Apontamento emocional. é a forma mais profunda de reflexão, são frases que revelam sentimentos ou emoções: "Te percebo um pouco triste" ou "Parece que este assunto te emociona."
- Silêncios: utilizados de forma adequada, causam um potente efeito reflexivo no cliente. De forma não-verbal estamos indicando que o entendemos e aceitamos. Permite também um momento crucial de auto-observação sobre o que disse e sente.

**Resumo:** também conhecido como sumarização, podem ser utilizado para conectar os assuntos que foram discutidos, demonstrando que você escutou a pessoa, além de funcionarem como estratégia didática para ela possa organizar suas ideias.

Depois de um resumo, é muito interessante adicionar uma pergunta ativadora que convida a pessoa a uma atitude dinâmica e resolutiva:

“Depois de conversarmos sobre tudo isto, o que você pensa que pode fazer?”

## **Conclusão**

A EM é uma metodologia prática e objetiva, muito útil em vários campos da APS, aplicável por qualquer profissional, desde que capacitado para tal. É uma intervenção de baixo custo, efetiva em aumentar a motivação para a mudança de estilo de vida e enfrentamento da não adesão de portadores de condições crônicas.

## **SAIBA MAIS** sobre entrevista motivacional:

- Autocuidado Apoiado: Manual do Profissional de Saúde. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba/PR 2012
- Autocuidado Apoiado: Caderno de exercícios. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba/PR 2012
- A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança Buzi Figlie, Neliana; Pires Guimarães, Lívia. Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 34, nº. 87, 2014, pp. 472-489; Academia Paulista de Psicologia: São Paulo, BR - Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632922011>
- Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. Flávia S. Jungerman e Ronaldo Laranjeira. Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas (UNIAD), dezembro de 2013.

### **Promoção de Fatores de Enfrentamento**

<b>FATORES</b>	<b>QUANDO</b>	<b>PORQUE</b>	<b>PARA QUE</b>	<b>COMO</b>
Empoderamento / Autonomia	Pessoas com baixo conhecimento (ou muitos mitos) sobre a doença / tratamento, pessoas com conflitos sobre a enfermidade	O baixo empoderamento / conhecimento levam a maior possibilidade de falhas no tratamento e menor autonomia	Capacitar as pessoas para entender melhor o processo do adoecimento/tratamento e assim dar maior autonomia as pessoas	Educação em Saúde / Grupos Operativos (ver Saiba Mais)
Motivação e Auto Eficácia	Pessoas com baixa motivação para o autocuidado, resistência ao tratamento, baixa auto eficácia	Fortalecimento da própria motivação da pessoa e comprometimento com uma mudança, resolução da ambivalência	Motivar a mudança de comportamento e aumentar a auto eficácia	Entrevista Motivacional (Vide pp 57-62)
Autocuidado	Pessoas que precisam desenvolver o autocuidado	Educação para o autocuidado	Construir conjuntamente o plano de autocuidado	A Técnica dos 5 As (ver Saiba Mais)

Fonte: Protocolos da atenção básica : condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

**Quadro 4.1 - Quadro-Síntese sobre Alimentação Saudável**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato	Equipe multiprofissional
Avaliação global	<p>Avaliar os marcadores de consumo alimentar buscando conhecer os hábitos da pessoa para posterior construção conjunta do plano de cuidados (que alimentos reduzir, aumentar ou substituir da alimentação). Sugestão de perguntas norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantas refeições você faz ao longo do dia?</li> <li>• Você tem costume de realizar refeições assistindo televisão, mexendo no computador ou celular?</li> <li>• Ontem você consumiu feijão?</li> <li>• Ontem você consumiu frutas frescas?</li> <li>• Ontem você consumiu verduras e/ou legumes (desconsiderar batata, aipim ou macaxeira, inhame)?</li> <li>• Ontem você consumiu hambúrguer e/ou embutidos (por exemplo: presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)?</li> <li>• Qual a quantidade de latas de óleo utilizadas por mês? Para quantas pessoas?</li> <li>• Ontem você consumiu macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoito salgado (e outros alimentos com alto teor de sódio)?</li> <li>• Ontem, você consumiu bebidas adoçadas, por exemplo: refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar?</li> <li>• Ontem, você consumiu doces, guloseimas e/ou biscoito recheado?</li> </ul> <p>Avaliar variedade e disponibilidade de alimentos da família, de modo a trabalhar o plano de cuidados dentro da realidade social da pessoa/família.</p> <p>Avaliar grau de motivação para mudança de hábito (vide ENTREVISTA MOTIVACIONAL)</p> <p>Avaliar condição de saúde bucal, funcionalidade mastigatória (presença e ausência de dentes) e em caso de uso de prótese, verificar o estado da prótese e sua limpeza.</p>	Equipe multiprofissional



O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Aspectos importantes a serem avaliados na assistência, quando o indivíduo em questão for idoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira.</li> <li>• Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para se alimentar.</li> <li>• Perda de apetite, diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos.</li> <li>• Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos.</li> <li>• Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo em seu apetite.</li> <li>• Alterações de peso recentes.</li> <li>• Dificuldade de mastigação por lesão oral ou uso de prótese dentária ou problemas digestivos.</li> </ul>	
Plano de cuidado	Registrar avaliação de marcadores de consumo alimentar por meio de ficha disponível no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e no e-SUS AB.	Equipe multiprofissional
	Valorizar os pontos positivos da sua alimentação.	
	Identificar os hábitos alimentares não saudáveis, estabelecendo mudanças e metas, quando necessário.	
	Estimular ingestão de água ao longo dia, nos intervalos das refeições.	
	Estimular o consumo preferencial de alimentos frescos (in natura e minimamente processados).	
	Orientar utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.	
	Estimular o uso de cebola, alho, louro, salsinha, cebolinha, pimenta, coentro e outros temperos naturais para reduzir a quantidade de sal adicionada.	
	Orientar redução do consumo de alimentos processados (por exemplo: alimentos em conserva e frutas em calda).	
	Orientar evitar o consumo dos alimentos ultraprocessados (por exemplo: biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerante e macarrão instantâneo).	
	Estimular o desenvolvimento de habilidades culinárias para reduzir a dependência de alimentos ultraprocessados.	
	Orientar a comer com regularidade, evitando jejum prolongado.	
Orientar a comer devagar e desfrutar do que está comendo, sem se envolver em outra atividade como uso do computador, TV, celular etc.		

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Orientar comer em companhia de familiares, amigos ou colegas de trabalho ou escola, sempre que possível.	
	Orientar a leitura da lista de ingredientes e dos rótulos dos alimentos, podendo assim fazer escolha por alimentos mais saudáveis.	
	Avaliar, quando problematizado recurso financeiro, o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.) e encaminhar para cadastramento no setor responsável, se indicado.	
	Manter grupo operativo estimulando ações de promoção da alimentação adequada e saudável.	
	Produzir material de apoio sobre alimentação saudável para sensibilizar e fornecer informações confiáveis as pessoas.	
	Trabalhar os Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável (Guia Alimentar para a População Brasileira, 2014).	
	<p>Quando o usuário em questão for idoso ou quando sua funcionalidade mastigatória estiver comprometida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeitar a regularidade de horários das refeições, sendo indispensáveis o desjejum, o almoço, o lanche e o jantar.</li> <li>• Consumir menores quantidades de alimentos por refeição pode facilitar a digestão.</li> <li>• No caso de dificuldade mastigatória, dar preferência a alimentos bem cozidos, com consistência de papas ou purês.</li> <li>• Trabalhar os Dez Passos para a Alimentação Saudável de Idosos.</li> </ul>	

Fonte: adaptado de BRASIL (2009; 2014a; 2015b)

**Quadro 4.2 - Quadro-Síntese sobre Orientação quanto às Práticas Corporais e Atividades Físicas para Pessoas sem Condição Crônica Instalada**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato	Equipe multiprofissional
Avaliação Global	Levantar histórico das práticas corporais e atividades físicas realizadas pela pessoa. É importante questionar sobre os diferentes domínios: lazer, deslocamento/locomoção no trabalho e em atividades domésticas.  Sugestão de uso do IPAQ versão curta (ver anexo 4.1)	Equipe multiprofissional
	Identificar as condições socioambientais favoráveis e desfavoráveis à prática de atividades físicas e às práticas corporais.	
	Identificar a motivação da pessoa para a prática de atividade física ou práticas corporais (ENTREVISTA MOTIVACIONAL)	
Plano de cuidados	Construir plano conjunto de autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecionar práticas corporais e atividades físicas considerando a motivação e condições objetivas de praticá-las.</li> <li>• Sugerir que as práticas corporais e atividades físicas sejam realizadas em companhia que permitam o compartilhamento de momentos agradáveis.</li> <li>• Estabelecer metas factíveis que promova redução de peso corporal, especialmente a gordura corporal, circunferência abdominal e conseqüentemente, redução de riscos.</li> <li>• Avaliar o resultado do alcance das metas e objetivos, não só relacionados aos benefícios biológicos, nos prazos estabelecidos.</li> <li>• Considerar condições ambientais para a prática de atividade física (segurança, iluminação, acessibilidade).</li> </ul>	Equipe multiprofissional
	Orientar sobre os benefícios e, também, sobre os possíveis riscos das práticas corporais e atividades físicas.	
	Recomendar realização de atividades cotidianas que envolvam as práticas corporais e atividades físicas: evitar destinar muitas horas à TV, fazer percursos curtos a pé, sair para passear com familiares, amigos e/ou o cachorro, brincar com crianças, ajudar nas atividades domésticas, e, sempre que possível, caminhar diariamente.	
	Identificar, no território, grupos e espaços que estimulem a realização das práticas corporais e atividades físicas, como praças e espaços públicos, as Unidades Básicas de Saúde, os centros de convivência, os espaços de esporte e de lazer, os polos do Programa Academia da Saúde, ofertas de práticas integrativas e complementares como meditação, yoga, tai chi chuan, etc.	

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Promover grupo operativo para estímulo de modos de vida saudável como as práticas corporais e atividades físicas (caminhada, trabalho doméstico, dança, bicicleta, ginástica laboral, práticas integrativas e complementares em saúde etc.).</p>	
	<p>Incentivar a realização da alternância postural no ambiente de trabalho, evitando ficar muito tempo sentado.</p>	
	<p>Incentivar a realização das práticas corporais e atividades físicas com predominância aeróbia de intensidade moderada ao menos por 30 minutos todos os dias. Quando não for possível alcançar o tempo e intensidade sugeridos, a realização das práticas corporais e atividades físicas poderão trazer outros benefícios, portanto, isso não deve impedir a realização.</p>	
	<p>Quando existir polo do Programa Academia da Saúde no território ou NASF com professor/profissional de educação física, encaminhar o usuário para matriciamento, acompanhamento e complementação da recomendação e do cuidado por este profissional, para prescrições, avaliações e orientações, de acordo com a necessidade do usuário.</p>	

Fonte: adaptado de BRASIL (2014a; 2014b; 2014c), CARLUCCI (2013), CARVALHO (2016a; 2016b), VESPESIANO (2012)

**Quadro 4.3 - Quadro-Síntese sobre orientação à pessoa com excesso de peso ou obesidade**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	Identificação dos motivos de contato	Equipe multiprofissional
AVALIAÇÃO GLOBAL	Avaliar marcadores de consumo alimentar (ver quadro 4.1)	Equipe multiprofissional
	Avaliar o nível de atividade física e práticas corporais (ver quadro 4.2)	
	Realizar aferição da circunferência abdominal analisando se representa fator de risco para doenças cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desejável: Mulheres &lt;80 cm e Homens &lt;94 cm</li> <li>• Risco cardiovascular aumentado: Mulheres 80-88 cm e Homens 94-102 cm</li> <li>• Risco cardiovascular alto: Mulheres &gt; 88 cm e Homens &gt; 102 cm</li> </ul>	
	Pesar e medir estatura, calculando o IMC.	
	Avaliar o estado nutricional e classificar o risco segundo o IMC, expresso em Kg/m <sup>2</sup> (pessoa adulta) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obesidade I:</b> &gt; 30 e &lt;35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• <b>Obesidade II:</b> &gt; 35 e &lt;40 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• <b>Obesidade III:</b> &gt; 40 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• <b>Idosos</b> são considerados sobrepeso com IMC ≥27 kg/m<sup>2</sup></li> </ul>	
	Identificar a motivação da pessoa para a perda de peso (ver ENTREVISTA MOTIVACIONAL)	
	Avaliar existência de aspectos emocionais envolvidos na alimentação. Por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que a alimentação preenche em termos de emoções na vida da pessoa?</li> <li>• Quais os gatilhos para ingerir alimentos muito calóricos (crises de ansiedade, sintomas depressivos, necessitar comer enquanto assiste televisão, etc.)?</li> </ul>	
PLANO DE CUIDADO	Apresentar a condição encontrada se sobrepeso ou obesidade, e explicar o que representa para sua saúde.	Equipe multiprofissional
	Orientar ações de promoção da alimentação adequada e saudável (ver plano de cuidado do quadro 4.1)	
	Orientar a fazer as refeições em horários semelhantes todos os dias e evitar beliscar nos intervalos das refeições.	
	Orientar a dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora, evitando redes de <i>fast-food</i> .	
	Estimular apreciar o sabor dos alimentos, de modo a comer mais lentamente e conseqüentemente em menores quantidades.	

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Estimular a realização de práticas corporais e atividades físicas (ver plano de cuidado do quadro 4.2)</p> <p>Definir juntamente com a pessoa, metas para emagrecimento a curto, médio e longo prazo, envolvendo a família sempre que possível.</p> <p>Sugerir que a pessoa monte uma proposta cardápio (plano alimentar) para alguns dias baseado nas orientações sobre alimentação saudável e levando em conta suas preferências e realidade.</p> <p>Realizar grupo operativo para estímulo ao alcance das metas, criando um protocolo de terapia em grupo.</p> <p>Avaliar o resultado do alcance das metas nos prazos estabelecidos juntamente com a pessoa, inclusive se tem conseguido seguir a proposta de cardápio (plano alimentar).</p> <p>Ofertar práticas integrativas e complementares.</p> <p>Avaliar indicação de prescrição de nutrição dietética individual encaminhando ao nutricionista, quando disponível o serviço.</p> <p>Avaliar indicação de prescrição de atividade física individual encaminhando ao professor/profissional de educação física, quando disponível pelo do Programa de Academia da Saúde ou NASF.</p> <p>Manter o vínculo com as pessoas encaminhadas para serviço especializado, garantindo seu retorno.</p> <p>Nas consultas de acompanhamento atentar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter atualizados os dados de anamnese psicossocial, da história alimentar, da avaliação antropométrica, da evolução do estado nutricional e circunferência abdominal.</li> <li>• Parabenizar pelos resultados positivos alcançados.</li> <li>• Identificar possíveis dificuldades encontradas e traçar novas estratégias em conjunto com a pessoa.</li> </ul>	
	Tratar primeiramente o transtorno depressivo/ansioso quando houver relação com o transtorno alimentar.	Médico(a)
	Avaliar indicação de terapia comportamental nos casos de obesidade.	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	Avaliar indicação de farmacoterapia nos casos de obesidade.	Médico(a)

Fonte: adaptado de BRASIL (2013a, 2014a; 2014b, 2015b) e CARLUCCI (2013)

**Quadro 4.4 - Quadro-Síntese sobre Orientação/Conduta a pessoa Tabagista**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	Identificação dos motivos de contato.	Equipe multiprofissional
	Atentar nas consultas de rotina para que todas as pessoas sejam questionadas sobre a sua situação tabágica (se fumam ou se convivem com fumante) e, caso fumem, devem ser motivadas a parar.	
AVALIAÇÃO GLOBAL	Avaliar o grau de dependência da pessoa ao cigarro (não são utilizados exames físicos, laboratoriais ou de imagem para este fim. O profissional de saúde baseia-se no relato do paciente).. Sugestão de instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Razões para Parar de Fumar (avaliação qualitativa) - Anexo 4.2</li> <li>• Questionário de Tolerância de Fagerström (avaliação quantitativa)–Anexo 4.3.</li> </ul>	Equipe multiprofissional
	Avaliar estágio de motivação da pessoa para a cessação do tabagismo (anexo 4.4).	
	Identificar as pessoas que querem parar de fumar e as que não querem parar de fumar.	
	Avaliar as possibilidades singulares da pessoa que quer parar de fumar quanto à participação nas atividades em grupo.	
	Avaliar suas preferências para o tratamento.	
PLANO DE CUIDADOS	Realizar abordagem individual a pessoa que quer parar de fumar, monitorando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nível de dependência ao tabaco;</li> <li>• motivação para tratamento;</li> <li>• disponibilidade para o tratamento.</li> </ul>	Equipe multiprofissional
	Informar a pessoa sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• o que é dependência química, a dependência psicológica/emocional e a dependência do hábito, os malefícios do cigarro, quais sintomas físicos ela poderá experimentar ao parar de fumar;</li> <li>• quais os métodos para cessação estão disponíveis reforçar a importância do tratamento utilizando-se a terapia cognitiva comportamental em grupo, qual o papel do medicamento e quais os tipos de medicamentos.</li> </ul>	
	Organizar grupos presenciais e/ou virtuais abertos, motivacional e/ou terapêutico para cessação do tabagismo com no mínimo a presença em quatro sessões estruturadas de duração aproximada de 90 minutos cada, com periodicidade semanal. Após estas 4 sessões será agendada consulta com o médico e coordenador do	

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>grupo onde será avaliado a necessidade do uso ou não de medicação. Marcação da data de parada para os próximos 15 dias após início da medicação. A frequência no grupo semanal deverá ocorrer pelo período que ele estiver usando a medicação (entre 3 meses a 4 meses).</p> <p>O processo de alta deverá ocorrer de forma gradual (com a presença deste no grupo mensalmente como forma de prevenção de recaída até este completar 12 meses sem fumar).</p> <p>1º encontro de seguimento – 30dias  2º encontro de seguimento – 60 dias  3º encontro de seguimento – 90 dias  4º encontro de seguimento – 120 dias  5º encontro de seguimento – 150 dias  6º encontro de seguimento – 180 dias  7º encontro de seguimento – 240 dias  8º encontro de seguimento – 300 dias</p>	
	<p>Oferecer tratamento individual ou tele atendimento para as pessoas que por motivos singulares não podem participar das atividades em grupo, ou que não tenham perfil para atendimento em grupo de acordo com avaliação do coordenador do grupo da unidade, de modo a permitir o acesso ao tratamento. Seguindo o mesmo intervalo dos encontros nas consultas individuais.</p> <p>Canais telefônicos de suporte ao tratamento de dependência à nicotina aumentam a cessação do tabagismo. Três ou mais contatos telefônicos melhoram as chances de cessação, quando comparadas a intervenção mínima ou aconselhamento breve, materiais de autoajuda e farmacoterapia isolada.</p> <p>Estimular definição de uma data de parada (“dia D”) ou estabelecer uma data futura, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta parada uma escolha da pessoa junto com o terapeuta do grupo de tabagismo e o médico</p> <p>Alertar a pessoa sobre os riscos de recaída e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.</p> <p>Realizar abordagem cognitivo-comportamental (sugestões de técnicas no anexo 4.5).</p>	<p>Enfermeiro(a) / Médico(a)</p>



O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Evitar durante o processo de acompanhamento para a mudança:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Argumentações e confrontos, respeitando à autonomia da pessoa.</li> <li>• Perguntas para respostas curtas (do tipo “sim” e “não”).</li> <li>• Rotulações.</li> <li>• Foco em questões que a pessoa ainda não está aceitando bem ou pronto para falar.</li> <li>• Culpabilização da pessoa.</li> <li>• Falar de medicação (efeitos colaterais e seu uso) durante o grupo.</li> <li>• Prescrição exagerada de medicamentos, de condutas, de exigências ou orientação insuficiente.</li> <li>• Subestimar a ambivalência.</li> </ul>	
	<p>Orientar aos usuários que não desejarem cessar o uso do tabaco sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• os malefícios do tabagismo;</li> <li>• os tipos de tratamento disponíveis para a cessação do tabagismo;</li> <li>• a disponibilidade de tratamento na Unidade Básica e dos fluxos que os usuários devem seguir para iniciá-lo;</li> <li>• os riscos do cigarro para ele para as demais pessoas, estimulando-o a não fumar em ambientes fechados e próximo de pessoas não fumantes (PTA e tabagismo passivo);</li> <li>• a não redução de risco de doenças relacionadas ao tabaco com a diminuição de cigarros fumados ao dia. Reavaliando, sempre que possível, seu grau de motivação para cessação do tabagismo.</li> </ul> <p>Incentivar a realização de práticas corporais e atividade física e práticas integrativas e complementares em saúde (ver quadro-síntese 4.2).</p> <p>Incentivar ações de promoção da alimentação saudável (ver quadro 4.1)</p>	<p>Equipe multiprofissional</p>
	<p>Ofertar tratamento medicamentoso aos usuários que preencherem algum dos critérios para utilização de farmacoterapia.</p> <p>Serão excluídos os tabagistas com contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste protocolo.</p> <p>Orientar quanto aos possíveis efeitos colaterais uma vez iniciado o tratamento medicamentoso.</p> <p>Dispensar a medicação individualmente e semanalmente checando o uso correto por parte do usuário bem como os efeitos adversos que o mesmo possa estar apresentando e que possa influenciar a diminuição da medicação bem como sua suspensão.</p>	<p>Enfermeiro(a) /Médico(a)/Farmacêutico</p>

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Informar, antes de iniciar o tratamento, que a nocividade do cigarro vai muito além dos efeitos da nicotina (que é o agente viciante) e que a concentração de nicotina no sangue que os medicamentos liberam é menor que a atingida pelo fumo do tabaco inalado, o que desfavorece a dependência.</p>	<p>Equipe multiprofissional</p>
	<p>Destacar que é importante que o usuário permaneça em acompanhamento até o final do tratamento, mesmo após ter parado de fumar.</p>	

## Quadro 4.5 - Quadro-Síntese sobre Terapia Medicamentosa a pessoa Tabagista

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)	
ADESIVO TRANSDÉRMICO DE NICOTINA	Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local.
	Importante destacar que a TRN, seja isolada ou em combinação, só deve ser iniciada na data em que o paciente deixar de fumar. A TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco.
	A reposição de nicotina deve considerar 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado. Não se deve ultrapassar a dose de 42 mg/dia. A dose inicial de reposição de nicotina, para efeito de cálculo deve considerar: a) Até 5 cigarros/dia: Não é indicado o uso de adesivo. Iniciar com goma ou pastilha, não ultrapassar 5 gomas/pastilhas de 2 mg ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg. b) De 6 a 10 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 7 mg/dia. c) De 11 a 19 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 14 mg/dia. d) d) Vinte (20) ou mais cigarros/dia: iniciar com adesivo de 21 mg/dia.
	Os tabagistas que fumam mais de 20 cigarros/dia, e que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, mas que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso associado de adesivos. As combinações podem ser feitas de acordo com a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência a nicotina: a) Fuma mais de 40 cigarros por dia: 21mg + 21mg/dia. b) Fuma acima de 30 a 40 cigarros por dia: 21mg +14mg/dia. c) Fuma acima de 20 a 30 cigarros por dia: 21mg + 7mg/dia. <b>A redução das doses associadas de adesivos deve ser paulatina. Preconiza-se a retirada de 7 mg a cada semana, avaliada pela intensidade dos sintomas de síndrome de abstinência.</b>
	<b>Principais eventos adversos da terapia medicamentosa</b> Adesivo de nicotina (transdérmico): Prurido, exantema, eritema, cefaleia, tontura, náusea, vômitos, dispepsia, distúrbios do sono (sonhos incomuns e insônia), tremores e palpitações, sendo os dois últimos mais observados quando em dose excessiva de nicotina (61). Pode ocorrer irritação na pele durante o uso do adesivo (decorrente da cola). Esta reação pode ser minimizada com o uso de creme de corticoide, na noite anterior e no dia seguinte ao da aplicação, no local onde o adesivo será aplicado. No caso de reação cutânea, o paciente deve ser orientado a fazer limpeza (com água e sabão) e secar bem o local antes da aplicação, para retirar algum resíduo do creme.

<b>TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)</b>	
<b>GOMA DE MASCAR DE NICOTINA</b>	<p>Deve-se mascar a goma, sem parar, por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, deve-se parar de mascar. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos ou até que desapareça o sabor ou o formigamento (tempo necessário para absorver a nicotina). Voltar a mascar lentamente a goma, repetindo o processo, por 30 minutos, para uma segunda liberação de nicotina. Além disso, antes do uso da goma, é indicado ingerir um copo de água para neutralizar o pH bucal e para remoção de resíduos alimentares.</p>
	<p>Não ingerir líquidos ou alimentos, nem mesmo água, 15 minutos antes, durante e após 30 minutos do uso.</p>
	<p>Para a adequada utilização do medicamento a pessoa deve ser orientada que a absorção da nicotina, através da mucosa oral, não é contínua e sim em picos, variando com a força da mastigação, e leva entre 2 a 3 minutos para a nicotina atingir o cérebro.</p>
	<p>Orientar a pessoa a não fumar após início do tratamento.</p>
	<p>Gomas/pastilhas:            Uso indicado nos momentos de maior fissura.            A boa prática clínica recomenda que não se ultrapasse a quantidade de 5 gomas/pastilhas de 2mg/dia de nicotina.</p>
	<p>As combinações de adesivo + goma ou pastilha de nicotina podem ser feitas de acordo com o esquema de uso do adesivo descrito a seguir, sendo a goma ou pastilha utilizada para o controle da fissura ou em casos de consumo de até 5 cigarros/dia.</p>
	<p>Tosse, soluços, irritação na garganta, estomatite, boca seca, diminuição ou perda do paladar, parestesia, indigestão, flatulência desconforto digestivo, dor abdominal. Os soluços são mais observados com o uso das pastilha.</p>
<b>PASTILHA DE NICOTINA</b>	<p>Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos. A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira. Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.</p>
	<p>Não morder a pastilha, bem como ingerir bebidas ou alimentos durante o uso para não interferir na absorção de nicotina.</p>
	<p>Orientar a pessoa a não fumar após início do tratamento.</p>
	<p>Recomenda-se o seguinte esquema a partir da cessação tabágica, <b>não extrapolando a dose máxima recomendada de 15 pastilhas ao dia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semana 1 a 4: 1 pastilha a cada 1 a 2 horas.</li> <li>• Semana 5 a 8: 1 pastilha a cada 2 a 4 horas.</li> <li>• Semana 9 a 12: 1 pastilha a cada 4 a 8 horas.</li> </ul> <p>Duração total do tratamento: 12 semanas.</p>

<b>TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA (TRN)</b>	
	Os efeitos colaterais mais comuns são: tonteira, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, eructação, diarreia, flatulência, constipação, ulceração na boca ou língua.
<b>CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS A TRN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer apresentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipersensibilidade ao medicamento.</li> <li>- Doença cardiovascular não compensada.</li> <li>- Quadro de angina pectoris constante.</li> <li>- Eventos coronarianos agudos em um período inferior a duas semanas.</li> </ul> </li> <li>• Adesivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigência de doenças dermatológicas que impeçam a adequada aplicação.</li> </ul> </li> <li>• Goma: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade de mascar.</li> <li>- Afecções ativas da articulação temporomandibular.</li> <li>- Úlcera péptica ativa.</li> <li>- Uso de próteses dentárias móveis.</li> </ul> </li> <li>• Pastilha: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fenilcetonúria (devido à presença de aspartame na composição).</li> <li>- Úlcera péptica ativa.</li> <li>- Lesões na mucosa bucal, úlcera péptica, uso de próteses dentárias móveis e edema de corda vocal (edema de Reinke).</li> </ul> </li> </ul>
<b>CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS A TRN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidez e amamentação (preferir agentes de ação rápida).</li> <li>• Idade inferior a 18 anos.</li> </ul>

<b>TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NÃO NICOTÍNICO</b>	
<b>CLORIDRATO DE BUPROPIONA</b>	Iniciar a bupropiona 15 dias antes da data marcada para parar de fumar, uma vez que ela leva em torno de cinco a sete dias para atingir níveis terapêuticos.
	Recomenda-se tomar os comprimidos pela manhã e pela tarde, com intervalo entre as doses de 8 horas, evitando a proximidade da segunda dose com o horário de dormir de modo a evitar insônia (ingerir a segunda dose até no máximo as 16 horas).
	Recomenda-se o seguinte esquema: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiros três dias de tratamento: 1 comprimido de 150 mg pela manhã.</li> <li>• A partir do quarto dia de tratamento, até completar 12 semanas: 1 comprimido de 150 mg duas vezes ao dia (manhã e tarde, com intervalo de 8 horas entre as doses).</li> </ul>
	A utilização de uma dose mais baixa do medicamento é uma opção, especialmente para os fumantes que não toleram a dose total devido aos efeitos colaterais. A utilização de 150 mg por dia, em comparação com a dosagem de 300 mg por dia, mostrou causar menos efeitos colaterais sem prejuízo da efetividade do tratamento.

	<p>A duração recomendada para o tratamento é de 12 semanas.</p> <p>Medicamento sujeito a prescrição médica e controle especial, conforme preconizado pela Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para pacientes com quadros de insuficiência renal crônica ou hepatopatia crônica é aconselhável reduzir a dose para 150mg/dia, em razão da maior biodisponibilidade do medicamento.</li> <li>- Para pacientes que pararam de fumar com o uso de bupropiona e que não apresentem síndrome de abstinência, a critério médico, pode ser mantida dose única diária matinal (após o desjejum) de 150 mg.</li> <li>- O trabalhador noturno deve tomar o primeiro comprimido de bupropiona no horário em que desperta (após o desjejum).</li> <li>- Pessoas que sintam desconforto gástrico ou relatem história recente de gastrite devem tomar o comprimido de bupropiona após a alimentação.</li> </ul> <p>Os efeitos colaterais mais comuns são boca seca, insônia (sono entrecortado), cefaleia, constipação intestinal, urticária e, em altas doses, risco de convulsão.</p> <p>Monitorar a pressão arterial, quando a bupropiona for usada em associação à TRN, pois esta pode se elevar.</p> <p>Atentar que um efeito adverso do medicamento é a tendência à perda de peso, o que pode compensar em parte o risco de ganho ponderal conferido pela cessação tabágica.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS AO USO DE CLORIDRATO DE BUPROPIONA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidade ao medicamento.</li> <li>• Antecedente convulsivo ou epilepsia ou qualquer outro risco para convulsão.</li> <li>• Alcoolistas em fase de retirada do álcool.</li> <li>• Doença cerebrovascular.</li> <li>• Bulimia ou anorexia nervosa.</li> <li>• Uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias.</li> <li>• Gestação e amamentação.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS AO USO DE CLORIDRATO DE BUPROPIONA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso concomitante de carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína,</li> <li>• antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, corticoesteroides sistêmicos, pseudoefedrina ou benzodiazepínicos.</li> <li>• Diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina.</li> <li>• Hipertensão arterial não controlada.</li> </ul>

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COMBINADO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesivo de nicotina + goma de mascar de nicotina</li> <li>• Adesivo de nicotina + pastilha de nicotina</li> <li>• Adesivo de nicotina + bupropiona</li> <li>• Bupropiona + goma de mascar de nicotina</li> <li>• Bupropiona + pastilha de nicotina</li> <li>• Adesivo de nicotina + bupropiona + goma de mascar de nicotina</li> <li>• Adesivo de nicotina + bupropiona + pastilha de nicotina</li> </ul>	Atentar ao risco de aumento dos efeitos colaterais
	Recomenda-se que o uso da terapia combinada seja reservado para usuários que não conseguiram parar de fumar com monoterapia, ou para aqueles que apresentem “fissura” por fumar importante, apesar do uso da monoterapia.
	Quando a combinação envolver o <b>cloridrato de bupropiona</b> , recomenda-se que este seja iniciado uma semana antes da data de parada e, então, no dia da interrupção do uso de cigarro (geralmente oitavo dia do tratamento) inicia-se o uso da terapia de reposição de nicotina continuando os comprimidos de bupropiona de forma associada.
	Durante o período de associação monitorar a pressão arterial.

Fontes:

- Portaria SAS MS Nº 761, 21 de junho de 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina (15).
- Ministério da Saúde. ANVISA. Bulário Eletrônico (67).
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020. SCTIE. DAF. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 (68).
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Smoking Cessation, 2017 (40).

## Casos especiais da Terapia a pessoa Tabagista

### 4.5.1 - Casos de recaída

É indicado que tabagistas previamente tratados e que tenham apresentado recaída recebam incentivo para realizar novamente o tratamento do tabagismo, sempre valorizando as experiências por eles vividas nas tentativas anteriores de cessação. Acolher o paciente na sua totalidade, reforçar os ganhos, destacando a sua importante decisão de parar de fumar, esclarecer que o fato de ter recidivado no vício não significa impossibilidade de cessá-lo e discutir as estratégias futuras são imprescindíveis para o sucesso desta nova etapa. De forma conjunta, paciente e profissional da saúde devem decidir qual medida terapêutica será utilizada. Se possível esse paciente deve ser encaminhado para acompanhamento psicológico concomitante.

Existe a liberdade para se manter ou alterar os medicamentos. Há evidências de que, independentemente do fármaco anteriormente utilizado, ele continua apresentando eficácia superior ao placebo, em um novo tratamento (27-29). É importante que os eventos adversos relatados na tentativa prévia sejam considerados na escolha do novo medicamento, de forma a aumentar a adesão ao tratamento.

#### **4.5.2 - Adolescentes (indivíduos menores de 18 anos)**

As evidências sobre a eficácia de intervenções comportamentais para a cessação do tabagismo em adolescentes são limitadas por questões como imprecisão, heterogeneidade e risco de viés dos estudos. O aconselhamento em grupo parece ser mais promissor do que as intervenções individuais, podendo ser uma escolha terapêutica apropriada (30). Com relação ao uso de farmacoterapia nesta faixa etária, ainda há poucos estudos com resultados imprecisos; portanto, o uso de bupropiona não é preconizado em pessoas com menos de 18 anos de idade, até que novas pesquisas possam justificar o seu uso nessa faixa etária.

Sendo assim, o adolescente deve receber tratamento com o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva, ressaltando-se a importância de oferecer atendimento a essa população, que costuma ser mais vulnerável, principalmente com a entrada no mercado de novos produtos derivados de tabaco.

#### **4.5.3 - Gestantes e nutrizes**

Para gestantes e nutrizes, é indicado o aconselhamento estruturado para a cessação do tabagismo, sendo o efeito benéfico dessa intervenção observado tanto ao final da gestação quanto a longo prazo (medido até 17 meses após o parto) (31).

Inexistem evidências científicas suficientes de eficácia e segurança na utilização de farmacoterapia [terapia de reposição de nicotina (TRN) e cloridrato de bupropiona] durante a gestação (32).

Gestantes e nutrizes devem tentar parar de fumar sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso.

#### **4.5.4 - Idosos**

Não se preconizam condutas terapêuticas do tabagismo para idosos que sejam diferentes das utilizadas para a população adulta, exceto quando esses indivíduos apresentarem comorbidades, que contraindiquem o uso de algum medicamento (33).

Em indivíduos acima de 65 anos, preconiza-se a dose matinal de 150 mg/dia de cloridrato de bupropiona (34).

O tratamento medicamentoso deve ser utilizado objetivando a complementação da terapia cognitivo-comportamental, tendo também como efeito o alívio dos sintomas da abstinência. Independentemente da idade, deixar de fumar pode aumentar a expectativa de vida, melhorar a saúde e a qualidade de vida. Aqueles idosos que decidem fazer uma tentativa têm elevada taxa de sucesso (35,36).



#### **4.5.5 - Pacientes com tuberculose**

Segundo dados da OMS, mais de 20% da incidência global de tuberculose pode ser atribuída ao tabagismo, que aumenta em duas vezes e meia o risco dessa doença.

Tabagistas sem história anterior de tuberculose apresentam risco de morte por essa doença nove vezes maior quando comparados com os que nunca fumaram. Ao parar de fumar, o risco de morte por tuberculose reduz-se cerca de 65% em comparação aos que continuam a fumar (37).

A associação tabagismo e tuberculose requer medidas regulatórias e educacionais, além de estratégias terapêuticas, investigação clínica, política, pesquisa e componentes programáticos, desenvolvidos de forma articulada e coordenada por ambos os programas de controle do tabagismo e de controle da tuberculose - em todos os níveis de atenção à saúde. Neste sentido, as medidas terapêuticas para o controle do tabagismo deve ser uma parte integrante do cuidado do paciente com tuberculose (38-40).

É indicado que portadores de tuberculose, em qualquer fase do tratamento, sejam tratados da dependência à nicotina e utilizem as mesmas medidas terapêuticas empregadas para a população em geral. O tratamento preconizado é a associação de aconselhamento estruturado com farmacoterapia (36).

#### **4.5.6 - Pacientes com câncer**

A identificação do tabagismo e as intervenções para a sua cessação são recomendadas como parte essencial da assistência oncológica. Parar de fumar diminui os riscos de doença e de complicações pós-operatórias, aumenta a eficácia da quimioterapia, diminui as complicações da radioterapia e aumenta o tempo de sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes (41). Pacientes com câncer devem ser encorajados a parar de fumar e, portanto, devem receber auxílio para tal. É indicado que o tratamento do tabagismo seja iniciado o mais breve possível e que a conduta terapêutica inclua a associação de intervenções não medicamentosas e medicamentosas (41-43).

#### **4.5.7 - Pacientes com transtorno psiquiátrico (incluindo dependência ao álcool e outras drogas)**

É indicado que intervenções para a cessação do tabagismo, incluindo a farmacoterapia e sua combinação com o aconselhamento estruturado, sejam oferecidas aos fumantes em tratamento e reabilitação da dependência de álcool e outras drogas. Inexiste evidência da eficácia do aconselhamento isolado para o tratamento de cessação

do tabagismo nessa população, em ambientes hospitalares, ambulatoriais ou em reabilitação (44).

Pacientes com depressão atual ou pregressa apresentam melhores resultados para eficácia, quando o tratamento para a cessação do tabagismo é associado a um tratamento psicossocial para controle do humor. Em fumantes com depressão pregressa, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, em comparação a placebo. Contudo, para tabagistas com depressão atual, não há evidências de que a bupropiona aumente a cessação.

Também não há evidências significativas da eficácia de TRN, em comparação a placebo, no tratamento para cessação do tabagismo em paciente com depressão atual (45).

Para pacientes com esquizofrenia, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, quando comparada a placebo. Não há evidências de benefícios na utilização de outros tratamentos medicamentosos (TRN) e intervenções psicossociais como recursos terapêuticos para a dependência à nicotina nessa população (46).

É necessário que pacientes tabagistas que relatem história pregressa de transtorno psiquiátrico sejam encaminhados (caso ainda não o tenham sido) para avaliação de profissional da saúde mental e tratamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo pode se dar após ou em paralelo ao tratamento definido para o transtorno. O mesmo deve acontecer quando, independentemente do relato de história pregressa, o profissional que faz o atendimento para a cessação do tabagismo avalie ou identifique a necessidade de encaminhamento para o atendimento especializado em saúde mental, para melhor caracterização, diagnóstico e tratamento de caso suspeito de transtorno psiquiátrico.

### **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER)**

Adesivo de Nicotina e Cloridrato de Bupropiona

Deve-se informar ao paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

## **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Adesivo de Nicotina e Cloridrato de Bupropiona**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) adesivo de nicotina e cloridrato de bupropiona.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) que o tratamento medicamentoso do tabagismo deve ser utilizado em complementação da terapia cognitivo-comportamental e que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode trazer as seguintes melhorias:

- ajuda-me a deixar de fumar, com o que aumento a minha expectativa de vida e melhora a minha saúde e a qualidade da minha vida; e
- alivia os sintomas da abstinência.

Fui também claramente informado(a) que são as seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- gestantes e nutrizes devem tentar parar de fumar sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso, portanto, se caso engravidar, devo avisar imediatamente o médico;
- os efeitos adversos mais comumente relatados para os medicamentos são:
- para a nicotina em adesivo: Prurido (coceira), exantema ou rash cutâneo (erupções cutâneas vermelhas), eritema (rubor cutâneo), dor de cabeça, tontura, náusea, vômitos, dispepsia, distúrbios do sono (sonhos incomuns e insônia), tremores e palpitações, sendo os dois últimos mais observados com dose excessiva de nicotina. Pode ocorrer irritação na pele durante o uso do adesivo (decorrente da cola), reação esta que pode ser minimizada com o uso de creme de corticoide no local onde o adesivo será aplicado, na noite anterior e no dia seguinte à aplicação. Em isso ocorrendo, devo limpar o local (com água e sabão) e secar bem o local antes da aplicação do adesivo, para retirar algum resíduo do creme.
- para a nicotina em goma ou pastilha: Tosse, soluços, irritação na garganta, estomatite, boca seca, diminuição ou perda do paladar, parestesia, indigestão, flatulência desconforto digestivo, dor abdominal. Os soluços são mais observados com o uso das pastilha.
- para a bupropiona: Boca seca, insônia, dor de cabeça, náusea, tontura, depressão, ansiedade/pânico, dor torácica, reações alérgicas, desorientação e perda de apetite. O risco de convulsão de 1:1000 pessoas que tomam a dose máxima diária recomendada (300 mg). - os medicamentos estão contraindicados em caso de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) adesivo de nicotina ( ) cloridrato de bupropiona

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Local: Data:

Nome do paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico Responsável:

CRM:

UF:

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

Data: \_\_\_\_\_

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

**Quadro 4.6 - Quadro-Síntese sobre Orientação/Conduta quanto ao uso abusivo de Álcool**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	Identificação dos motivos de contato.	Equipe multiprofissional
AVALIAÇÃO GLOBAL	Avaliar o padrão de consumo de álcool reconhecendo quais as necessidades de saúde decorrentes do uso atual de álcool (ver questionário AUDIT, anexo 2.6).	Equipe multiprofissional
	Avaliar se o abuso ou a dependência de álcool é causa de sintomas de ansiedade ou depressão e se tem alguma relação com o trabalho da pessoa.	
	Identificar o desejo da pessoa para redução do consumo de álcool (ver ENTREVISTA MOTIVACIONAL).	
PLANO DE CUIDADOS	Estabelecer vínculo com a pessoa discutindo o risco envolvido no uso abusivo do álcool.	Equipe multiprofissional
	Orientar que para evitar intoxicações, é importante: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servir a bebida em forma de doses – assim é possível controlar a quantidade;</li> <li>✓ Diluir a bebida, ao invés de bebê-la pura, e beber pausadamente (bebericando), ao invés de beber tudo de um só gole (virando). Isso torna a absorção mais lenta;</li> <li>✓ Alternar bebidas alcoólicas com não alcoólicas. Beba água entre um copo e outro;</li> <li>✓ Evitar beber de estômago vazio, coma antes de beber;</li> <li>✓ Não beber diariamente, fique pelo menos dois dias sem beber;</li> <li>✓ Beba menos por semana (limite de 07 doses para mulher e 14 doses para homem);</li> <li>✓ Beba no máximo três doses por evento social (01 dose é igual a uma lata de cerveja, uma dose de cachaça, uma taça de vinho).</li> </ul>	
	Orientar as pessoas com problemas de uso excessivo de álcool a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver atividades que sejam prazerosas, mas que não envolvam o uso de bebidas;</li> <li>• Substituir o tempo empregado em beber por atividades agradáveis;</li> <li>• Evitar estar frequentemente junto a pessoas que o(a) encorajam a beber ou a se embriagar;</li> <li>• Evitar locais onde o consumo era realizado.</li> </ul>	
	Identificar na comunidade grupos ou espaços que trabalhem o uso abusivo do álcool, mantendo o vínculo da pessoa com a equipe de atenção básica de modo a acompanhar se essa alternativa foi viável a ela.	
	Encaminhar para serviço especializado quando indicado (CAPS) ou ao hospital geral quando se tratar de intoxicação grave.	

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Atentar para que qualquer proposta de interrupção de uso seja devidamente acompanhada e orientada. Pois, quanto mais crônico o uso, mais graves serão os sintomas de abstinência. Ressaltando que abstinência ao uso de álcool pode levar a morte. Dessa maneira a avaliação do histórico de uso é fundamental para balizar a orientação (uma pessoa que há 01 ano toma uma garrafa de cachaça por dia não pode, de uma hora para outra deixar de beber, a não ser que seja em ambiente de hospitalar e ou CAPS ADIII onde terá suporte de hidratação e medicação para controle de sintomas).</p>	

Fonte: adaptado de BRASIL (2014a; 2016a; 2016b)

**Quadro 4.7 - Quadro-Síntese sobre ações relacionadas à Saúde do Trabalhador e Risco Cardiovascular**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Identificar situação de trabalho	<p>Investigar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• natureza da atividade desenvolvida</li> <li>• vínculo trabalhista</li> <li>• carga horária* e trabalho em turnos**(noturno e aos sábados)</li> <li>• exposição aos ruídos</li> <li>• percepção do trabalhador acerca dosfortalecimentos e desgastes advindos dotrabalho</li> <li>• horas de trabalho doméstico</li> <li>• alimentação no período de trabalho</li> <li>• padrão de sono</li> <li>• horas dispensadas no deslocamentoentre trabalho/residência,residência/trabalho</li> <li>• posturas mantidas no trabalho que podem prejudicar a circulação sanguínea</li> </ul>	Equipe multiprofissional
Ampliar acesso	Oferecer mais espaços de cuidado individual e ações de educação em saúde às pessoas cujo trabalho determina maior risco cardiovascular.	Equipe multiprofissional
	Flexibilizar os horários para agendamento e atendimento dos trabalhadores que cumprem longas jornadas ou com maior dificuldade de liberação para atendimento de saúde em horário de trabalho (considerar trabalhadores informais que ganham por dia/produção).	
	Garantir o atendimento oportuno ao trabalhador	
Verificar possibilidade e sugerir mudanças no trabalho	Abordar com o trabalhador quais são as possibilidades de mudanças no seu local de trabalho e como a equipe pode apoiá-lo nas mudanças possíveis (enviando carta do serviço solicitando mudança de horário ao empregador, por exemplo).	Equipe multiprofissional
Buscar apoio matricial	Matriciar e encaminhar se necessário os casos dos trabalhadores com risco de adoecimento relacionado ao trabalho (não exclusivamente os agravos contidos na lista de doenças relacionadas ao trabalho ou de notificação compulsória).	Equipe multiprofissional
Comunicar situações de risco	Notificar à autoridade sanitária local (profissionais dos Cerest e/ou das Vigilâncias) sobre a situação de risco existente no ambiente de trabalho relatada pelo trabalhador.	Equipe multiprofissional
Mapear espaços de trabalho formal e informal	Identificar os espaços de produção no território, formais (empresas, serviços, comércio) ou informais (incluindo trabalhos domiciliares como cuidadores de crianças e idosos, costureiras, etc.).	Agente comunitário de saúde preferencialmente ou equipe multiprofissional

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Ações de educação coletiva	Promover atividades coletivas de educação em saúde do trabalhador, utilizando os dispositivos sociais encontrados no território	Equipe multiprofissional
Trabalho em rede	Trabalho articulado com profissionais do CEREST, do NASF e das Vigilâncias Epidemiologia, Sanitária e Ambiental, na perspectiva de realizar ações integradas de vigilância à saúde do trabalhador nos espaços de produção do território.	Equipe multiprofissional

\* jornada de trabalho  $\geq$  55h semanais: aumenta em até 3 vezes o risco de AVC (associação forte).

\*\*trabalho noturno aumenta risco de IAM devido alteração do ciclo circadiano, distúrbios do sono, impactos comportamentais na alimentação, uso prejudicial de álcool e tabaco.

Fonte: adaptado de BRASIL (2009); ANDERSet al (2014); GIRIDHARAet al(2014); SBU (2015); KIVIMÄKIet al (2015); SKOGSTADet al (2016)



**Quadro 4.8 - Quadro-Síntese sobre ações relacionadas ao Estresse Crônico e Risco Cardiovascular**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Identificar situações de estresse crônico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar se é cuidador domiciliar (de pessoas acamadas/domiciliadas)</li> <li>• Abordar dinâmica conjugal e familiar (atentar a sinais de violência)</li> <li>• Abordar processo de trabalho (trabalho por produção, cobrança excessiva por resultados, possibilidade de participação nas decisões, relações conflituosas, assédio moral*)</li> <li>• Abordar percepção de riscos do território e dificuldades cotidianas (violência, alagamento, desabamento, dificuldades com transporte, etc.).</li> </ul>	Equipe multiprofissional
Ampliar acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer mais espaços de cuidado individual e coletivo às pessoas submetidas a estressores crônicos, em especial cuidadoras domiciliares e homens em idade produtiva*</li> <li>• Flexibilizar horários para agendamento e atendimento às pessoas submetidas a estressores crônicos, em especial cuidadores domiciliares e homens em idade produtiva*</li> </ul>	
Identificar e incentivar respostas individuais ao estresse	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Abordar possibilidades da pessoa de reduzir ou interromper estressores crônicos</li> <li>2) Perguntar sobre situações e atividades que propiciam relaxamento e possibilidades de realizá-las (lazer, atividade física, etc.).</li> </ol>	
Realizar ações de resposta coletiva às situações de estresse	Articular ações coletivas e intersetoriais a partir das necessidades identificadas no território (mobilização por melhorias no bairro, ações de enfrentamento à violência).	Equipe multiprofissional e moradores do bairro
Oferecer atividades de relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atividades de convivência e recreação no território;</li> <li>• Realizar grupos com os cuidadores domiciliares.</li> </ul>	Equipe multiprofissional
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para práticas de relaxamento (meditação transcendental, mindfulness e yoga) e de manejo do estresse (terapia cognitivo-comportamental) (evidência baixa a moderada)</li> </ul>	Equipe multiprofissional com treinamento específico

\*A associação entre estresse crônico e risco cardiovascular é mais forte em homens com idade menor que 55 anos.

Fonte: adaptado de SCHULZ (1999); DIMSDALE (2008); BRASIL (2009); BACKÉ *et al* (2012); STEPTOE *et al* (2013); SHIRALKAR *et al* (2013); HARTLEY *et al* (2014); GOYAL *et al* (2014); ROBIN *et al* (2014); RUOTSALAINEN *et al* (2014); SHARMA (2014); MANCHANDA (2014); SBU (2015); DHARMAWARDENE (2016)

## SAIBA MAIS

- Para saber mais sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com condições crônicas, leia o Caderno de Atenção Básica nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes#tab2>
- Para saber mais sobre orientações acerca da alimentação da população brasileira, leia o Guia Alimentar para a População Brasileira, disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia\\_alimentar2015](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar2015)
- Para saber mais sobre orientações acerca da alimentação para o idoso, leia Alimentação Saudável para a Pessoa Idosa, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_saudavel\\_idosa\\_profissionais\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf)
- Para saber mais sobre obesidade e sedentarismo, leia Obesidade e Sedentarismo: Fatores de Risco para Doença Cardiovascular, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade\\_sedentarismo\\_fatores\\_risco\\_cardiovascular.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf)
- Para saber mais sobre alimentos ultraprocessados, leia: RAUBER, F.; CAMPAGNOLO, P. D. B.; HOFFMAN, D. J. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, volume, número, p. 1-7, 2014.
- Para saber mais sobre alimentos ultraprocessados, leia: CANELLA, D. S. et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*, v. 9, n. 3, p. e92752, 25 Mar 2014.
- Para saber mais sobre o impacto dos alimentos ultraprocessados na dieta de adultos, leia: BIELEMANN, Renata M et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.49 [cited 2016-02-26].
- Para saber mais sobre o perfil nutricional da dieta do Brasil, leia: LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.49 [citado 2016-02-26].

- Para saber mais sobre promoção da atividade física, leia a cartilha Academia de Saúde, disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia\\_saude\\_cartilha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf)
- Para saber mais sobre promoção da atividade física, leia Academia de Saúde na Comunidade de Práticas, disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/comunidades/programa-academia-da-saude-na-comunidade-de-praticas>
- Para saber mais sobre o cuidado da pessoa com doença crônica e o tabagismo, leia o Caderno de Atenção Básica, nº 40 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes#tab2>
- Para saber mais sobre o cuidado da pessoa tabagista, leia: Cuidado à Pessoa Tabagista no Âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde, disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)
- Para saber mais sobre o cuidado da pessoa com doença crônica e a saúde mental, leia o Caderno de Atenção Básica, nº 34. Saúde mental, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes#tab2>
- Para saber mais sobre a utilização de substâncias psicoativas, leia: Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, disponível em:<http://www.supera.senad.gov.br/material-aberto>
- Para saber mais sobre prevenção do uso de drogas, leia Normas Internacionais sobre prevenção do uso de drogas. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC\\_Normas\\_Internacionais\\_PREVENCAO\\_portugues.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf)
- Para saber mais sobre Formulário Terapêutico Nacional (FTN), leia: monografias dos medicamentos disponíveis na RENAME, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)
- Para saber mais sobre Mindfulness, leia: Mindfulness e Promoção da Saúde. Disponível em:[https://www.researchgate.net/publication/274735141\\_Mindfulness\\_e\\_Promocao\\_da\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/274735141_Mindfulness_e_Promocao_da_Saude)

## Referências

- ANDERS, K. *et al.* Shift work and diabetes – A systematic review. **Chronobiology International**. 2014; v.31, n.10, p.1146-1151.
- APPEL DW, ALDRICH TK. Smoking cessation in the elderly. *Clin Geriatr Med*.2003;19(1):77-100.
- ARYANPUR M, HOSSEINI M, MASJEDI MR, MORTAZ E, TABARSI P, SOORI H *et al.* A randomized controlled trial of smoking cessation methods in patients newly diagnosed with pulmonary tuberculosis. *BMC Infect Dis*. 2016 Aug 5;16:369
- BACKÉ E.M. *et al.* The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 85, p. 67–79, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.728**, de 11 de novembro de 2009. RENAST.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação saudável para a pessoa idosa**: um manual para profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 217 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_medicamentos\\_rename\\_2020.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34**. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. **Portariano 571**, de 5 de abril de 2013b. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
- BRASIL. **Portaria Conjunta nº10**, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tabagismo de caráter nacional.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 761**, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jun. 2016. p. 68
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 35**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 38**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: relatório final da consulta pública [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: Módulo 1. 9 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016a. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento/coordenação [da] 9 ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni). Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br>. Acesso em: 06 de junho de 2016.

BRASIL. **Efeito de substâncias psicoativas**: Módulo 2. 9 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016b. 146 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento/coordenação [da] 9 ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni). Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br>. Acesso em: 06 de junho de 2016.

CARLUCCI, E.M.S. *et al.* Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comunicação em Ciências da Saúde**. 2013; v.24, n.4,p.375-384.

CARVALHO, F.F.B. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**. Porto Alegre, v. 22, n. 2, 647-658, abr./jun. de 2016a.

CARVALHO, F.F.B.; NOGUEIRA, J.A.D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016b; v.21, n.6, p.1829-1838.

CHAMBERLAIN C, O'MARA-EVES A, PORTER J, COLEMAN T, PERLEN SM, THOMAS J et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055.

COLEMAN T, CHAMBERLAIN C, DAVEY MA, COOPER SE, LEONARDI-BEE J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078.

CHEN D, WU LT. Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Sep 1;154:14-24.

DHARMAWARDENE, M. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. **BMJ Support Palliat Care**, v. 6, n. 2, p.160-9, 2016.

DIMSDALE, J. E. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. **J Am Coll Cardiol**. v. 51, n. 13, p. 1237–1246, 2008. SCHULZ R. Caregiving as a Risk Factor for Mortality: the caregiver health effects study. **JAMA Intern Med**, v. 282, n. 23, p. 2015-2019, 1999.

FIORE M, JAÉN C, BAKER T, BAILEY WC, BENOWITZ NL, Curry SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

GIRIDHARA, R. *et al.* Is hypertension associated with job strain? A meta-analysis of observational studies. **Occup Environ Med**. 2014, v.71, p.220–227.

- GOYAL, M. *et al.* Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: a Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Intern Med**, v. 174, n. 3, p. 357-368, 2014.
- HARTLEY, L. *et al.* Transcendental meditation for the primary prevention of cardiovascular disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.12, 2014.
- KIVIMÄKI, M. *et al.* Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. **Lancet**. 2015; v.386, p.1739–46.
- KLEMP I, STEFFENSSEN M, BAKHOLDT V, THYGESEN T, SORENSEN JA. Counseling Is Effective for Smoking Cessation in Head and Neck Cancer Patients-A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Oral Maxillofac Surg**. 2016 Aug;74(8):1687-94.
- MANCHANDA, S.C. Yoga and meditation in cardiovascular disease. **Clin Res Cardiol**, v. 103, n. 9, p. 675-80, 2014.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interview – helping people change**. 3 ed. New York: The Guilford Press, 2013.
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Smoking Cessation Version 1. 2017.
- NAYAN S, GUPTA MK, STRYCHOWSKY JE, SOMMER DD. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and metaanalysis. **Otolaryngol Head Neck Surg**. 2013 Aug;149(2):200-11.
- OSSIP-KLEIN DJ, PEARSON TA, McIntosh S, Orleans CT. Smoking is a geriatric health issue. **Nicotine Tob Res**. 1999;1(4):299-300.
- RACIL H, AMAR JB, CHEIKROUHOUS, HASSINE E, ZARROUK M, CHAOUCH N *et al.* Pulmonary tuberculosis in smokers. **Presse Med**. 2010, 39(2):25-8.
- OLIVEIRA GMM, MENDES M, DUTRA OP, ACHUTT A, Fernandes M, Azevedo V *et al.* 2019: Recomendações para a redução do consumo de tabaco nos países de língua portuguesa - Posicionamento da Federação das Sociedades de Cardiologia da Língua Portuguesa. **Arq Bras Cardiol**. 2019;112 (4):477- 86.
- ROBIN, V. C. *et al.* Meditation based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 3, p. 281-288, 2014.
- RUOTSALAINEN J. H. *et al.* Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2014.
- SHARMA, M. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. **Evid Based Complementary Altern Med**, v. 19, n. 4, p. 271-86, 2014.
- SHIRALKAR, M.T. *et al.* A systematic review of stress-management programs for medical students. **Acad Psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 158-64, 2013.

SKOGSTAD, M. *et al.* Systematic review of the cardiovascular effects of occupational noise. **Occupational Medicine**. 2016, v.66, p.10–16.

STEPTOE, A. *et al.* Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge. **Annu. Rev. Public Health**, v. 34, p. 337–54, 2013.

SWEDISH AGENCY FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (SBU). **Occupational Exposures and Cardiovascular Disease. Yellow Report - a systematic review**. n.240, 2015.

VESPESIANO, B.S. *et al.* A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. *Saúde em Revista*. Piracicaba, v.12, n.32, p.49-54, set.-dez. 2012.

VAN DER MEER RM, WILLEMSSEN MC, SMIT F, CUIJPERS P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102.

TSOI DT, PORWAL M, WEBSTER AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253.

WEN CP, CHAN TC, CHAN HT, TSAI MK, CHENG TY, TSAI SP. The reduction of tuberculosis risks by smoking cessation. *BMC Infectious Diseases* 2010, 10:156-65.

WHO. The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics 2007. Available from: [https://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb\\_tobac\\_monograph.pdf](https://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf)

Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta. IPAQ. Disponível em: [http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepafe/aceso-restrito/Question%E1rios/lpaq\\_versao\\_curta\\_questionario.pdf](http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepafe/aceso-restrito/Question%E1rios/lpaq_versao_curta_questionario.pdf). Acesso em 16 de junho de 2016.

## Anexo 4.1 - Questionário Internacional de Atividade Física - Versão curta (IPAQ)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

---

*Para responder as questões lembre que atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal e atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.*

---

- Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias: \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

- Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

- Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (por favor, NÃO inclua caminhada)

Dias: \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

- Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

- Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?

Dias: \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

- Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

*Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.*

---

- Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

- Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

Fonte: adaptado de CELAFISCS (2016)



## Anexo 4.2 - Escala de Razões para Fumar modificada

PERGUNTAS	Pontuação				
	Nunca (1)	Rara- mente (2)	Às vezes (3)	Frequen- temente (4)	Sempre (5)
<b>FATOR 1: DEPENDÊNCIA (ADDICTION)</b>					
Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.					
Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.					
<b>RESULTADO</b>					
<b>FATOR 2: PRAZER DE FUMAR (PLEASURE)</b>					
Fumar dá prazer e é relaxante.					
Eu acho os cigarros prazerosos.					
<b>RESULTADO</b>					
<b>FATOR 3: REDUÇÃO DA TENSÃO (TENSION REDUCTION)</b>					
Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.					
Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.					
Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.					
<b>RESULTADO</b>					
<b>FATOR 4: ESTIMULAÇÃO (STIMULATION)</b>					
Eu fumo cigarros para me manter alerta					
Eu fumo para me estimular, para me animar.					
Eu fumo cigarros para me “por para cima”.					
<b>RESULTADO</b>					
<b>FATOR 5: AUTOMATISMO (AUTOMATISM)</b>					
Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.					
Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.					
Eu já me peguei com um cigarro na boca sem me lembrar de tê-lo colocado lá.					
<b>RESULTADO</b>					

#### FATOR 6: MANUSEIO (HANDLING)

Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.

Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.

#### RESULTADO

#### FATOR 7: TABAGISMO SOCIAL (SOCIAL SMOKING)

É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.

Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.

#### RESULTADO

#### FATOR 8: CONTROLE DE PESO (WEIGHT CONTROL)

Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.

Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

#### RESULTADO

#### FATOR 9: ASSOCIAÇÃO ESTREITA (AFFILIATIVE ATTACHMENT)

Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.

Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.

#### RESULTADO

#### PARA CALCULAR O RESULTADO DA ESCALA

O escore final de cada FATOR é a média simples dos escores individuais. Considere como fatores de atenção na cessação de tabagismo aqueles com pontuação final maior que 2.

#### ENTENDENDO O RESULTADO DA ESCALA

- Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas de abstinência.
- Prazer de fumar: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer através das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa.
- Redução da tensão (relaxamento): a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.
- Estimulação: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.
- Automatismo (hábito): condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.
- Manuseio (ritual): envolve todos os passos dados até se acender o cigarro.
- Tabagismo social: fumar junto aos amigos, em situações de festa, em baladas, na praia.
- Controle do peso: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado à cessação do tabagismo.
- Associação estreita: definida por uma forte conexão emocional do tabagista com o fumo e o cigarro.

### Anexo 4.3 - Questionários de Tolerância de Fagerström

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO			
	0	1	2	3
1. Quantos cigarros você fuma por dia?	menos de 11	de 11 a 20	de 21 a 30	mais de 30
2. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	+ de 60 minutos	entre 31 e 60 minutos	entre 06 e 30 minutos	menos de 6 minutos
3. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	não	sim	-	-
4. O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?	não	sim	-	-
5. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?	não	sim	-	-
6. Você fuma mesmo quando acamado por doença?	não	sim	-	-
<b>RESULTADO</b>				
<b>INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO</b>				
• 0 a 2 PONTOS = MUITO BAIXA DEPENDÊNCIA FÍSICA				
• 3 a 4 PONTOS = BAIXA DEPENDÊNCIA FÍSICA				
• 5 PONTOS = MÉDIA DEPENDÊNCIA FÍSICA				
• 6 a 7 PONTOS = ELEVADA DEPENDÊNCIA FÍSICA				
• 8 a 10 = MUITO ELEVADA DEPENDÊNCIA FÍSICA				

Fonte: BRASIL(2015)

**Anexo 4.4 - Tarefas Motivacionais segundo estágios de mudança  
Deprochaska e Diclemente**

ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE PROCHASKA E DICLEMENTE	TAREFAS MOTIVACIONAIS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Pré-contemplação	Levantar dúvidas – aumentar a percepção do usuário sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do usuário para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o usuário a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o usuário a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o usuário a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o usuário a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Fonte: BRASIL (2015)

#### **Anexo 4.5 - Principais Técnicas Cognitivas e Comportamentais usadas no Tratamento de cessação de Tabagismo**

- Identificação de pensamentos disfuncionais que trazem sentimentos ruins.
- Auto-observação dos comportamentos relacionados ao hábito de fumar.
- Orientação para identificação do pensamento relacionado às suas crenças.
- Identificação e aprendizado de padrões de pensamentos funcionais.
- Reatribuição, que significa treinar o usuário para mudar a forma como ele atribui significado a determinadas situações.
- Descatastrofização, que é ensinar ao usuário como lidar em determinadas situações, mostrando que a ansiedade, naquele momento, dura muito pouco.
- Técnicas de relaxamento, nas quais são mais utilizados o exercício de respiração profunda e o relaxamento muscular progressivo, para aprender a lidar com a ansiedade.
- Adiamento, quando o usuário adia cada momento antes de acender o cigarro, como forma de autocontrole.
- Treino de assertividade, para que ele possa enfrentar situações onde é tentado a fumar. Ou mesmo procurar dizer, da forma mais adequada, algo que o incomode, como forma de não aumentar sua ansiedade.
- Quebra de condicionamento, que significa sair do local ao qual o usuário associou o cigarro.
- Autoinstrução, situação em que o participante é ensinado a argumentar consigo mesmo sobre a situação que tenta induzi-lo a fumar.
- Solução de problemas, para que o usuário seja ensinado sobre formas adequadas de resolver uma situação problemática (onde antes a resposta seria fumar). Portanto, ele é treinado a buscar estas respostas.
- Exposição e prevenção de respostas – por exemplo, o fumante é treinado em várias situações reais que podem levá-lo a fumar, e ele deve achar a resposta alternativa para não fazê-lo.

Fonte: BRASIL (2015)

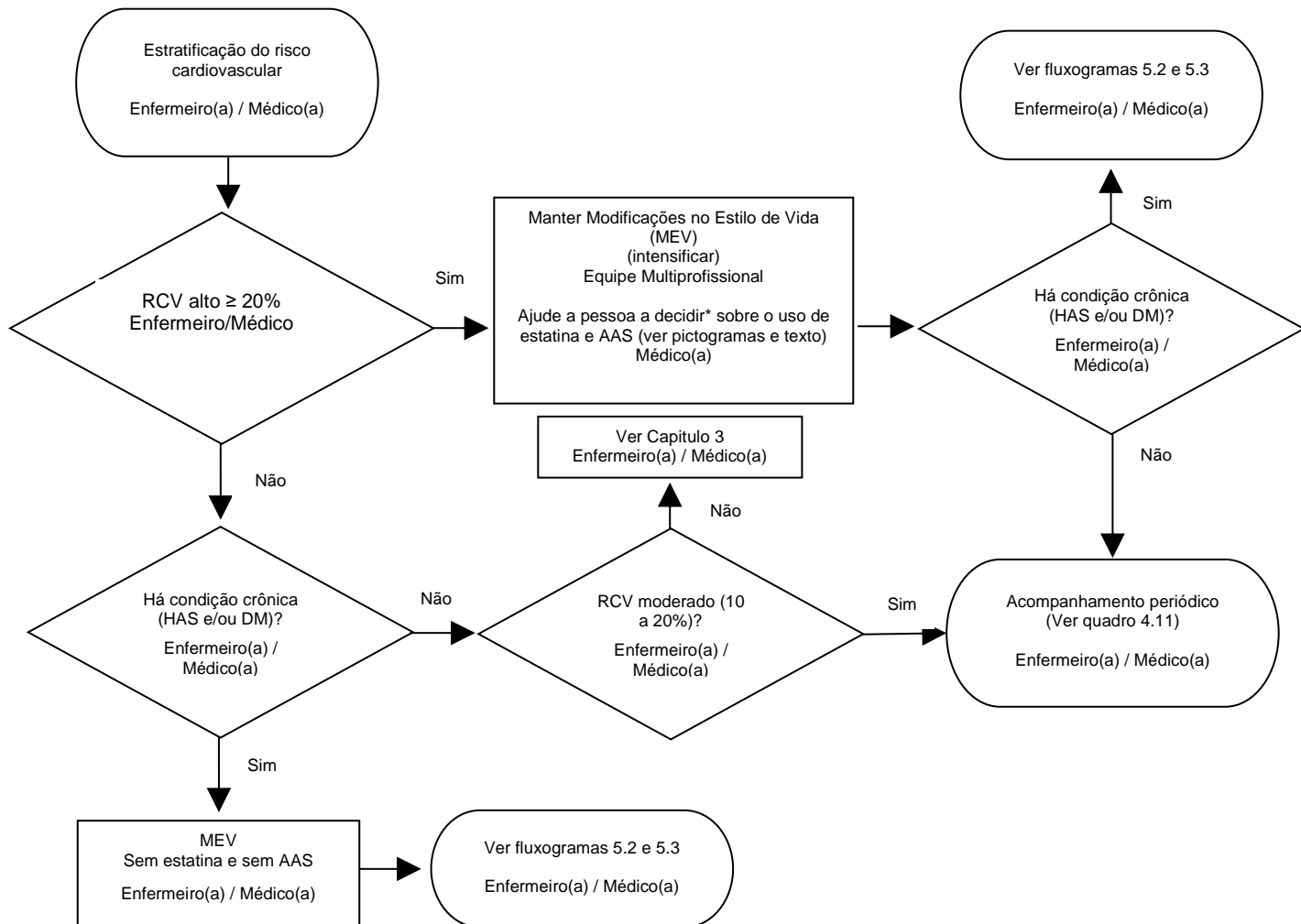
## **5. O CUIDADO DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS SEM COMPLICAÇÕES OU COMPLICAÇÕES LEVES ASSINTOMÁTICAS.**

Este é o capítulo sobre o cuidado das pessoas com alguma condição clínica específica, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), ou com risco cardiovascular (RCV) moderado ( $\geq 10\%$  a  $< 20\%$ ) ou alto ( $\geq 20\%$ ), mas que não apresentam repercussão clínica, sofrimento ou enfermidades propriamente ditas a partir dessa situação (ver fluxograma 5.1). Quer apresentem alterações leves assintomáticas, ou mesmo não apresentem alterações detectáveis, seu cuidado é um desafio para as equipes de saúde. Ao lado de uma abordagem enriquecida por formas de apoio ao autocuidado focado em uma vida saudável, elas devem decidir quando é o momento de propor intervenções farmacológicas para a decisão compartilhada com as pessoas de quem cuidam.

Isso supõe a capacidade para uma avaliação o mais singular possível do potencial de benefício e de dano de cada intervenção no contexto concreto de cada um. Supõe uma avaliação criteriosa das evidências científicas e das interferências dos conflitos de interesse presentes nas pesquisas clínicas a partir das quais foram apresentadas ao público. Supõe também uma alta capacidade de traduzir esse conhecimento na linguagem comum para empoderar as pessoas em sua tomada de decisão.

A atenção primária é o cenário onde a maioria dessas decisões compartilhadas devem ser tomadas, de modo a estender maximamente na população o acesso aos benefícios e a proteção contra os danos de intervenções sobre a saúde.

## Fluxograma 5.1 - Organização do Cuidado a partir do Risco Cardiovascular (RCV)



\*Toda intervenção em saúde deve levar em consideração as necessidades e preferências da pessoa. Uma boa comunicação é essencial, apoiada por informações baseadas nas melhores evidências disponíveis. Se a pessoa estiver de acordo, os familiares e cuidadores podem ter a oportunidade de estarem envolvidos nas decisões sobre o tratamento e o cuidado.

Fonte: Protocolos da atenção básica: condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

**Quadro-Síntese de ações comuns para acompanhamento de pessoas com Condições Crônicas (HAS e/ou DM) sem complicações ou com alterações leves sem sintomas (Prevenção Primária)**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	Identificação dos motivos do contato da pessoa e direcionamento para o atendimento e/ou realização de procedimentos necessários.	Equipe multiprofissional
AVALIAÇÃO GLOBAL	<p><b>Presença de sinais de alerta: estabilizar e/ou encaminhar para o serviço de emergência</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>HAS severa (PAD <math>\geq</math> 120 mmHg) na presença de sintomas (<b>ver quadro 5.1</b>)</li> <li>HAS severa em pacientes assintomáticos ou com sintomas leves e inespecíficos (<b>ver quadro 5.2 e Saiba Mais</b>)</li> <li>Abordagem da hipoglicemia e da hiperglicemia na pessoa com DM (<b>ver quadros 5.3 e 5.4</b>)</li> </ol>	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
	<p><b>Entrevista (ver quadro 5.5 e Saiba Mais)</b></p> <p><b>Objetivos:</b> avaliar sintomas de doença cardiovascular (DCV) estabelecida, de lesão em órgão alvo (LOA), de etiologia secundária para a hipertensão e identificação de fatores de risco (FR) para DCV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O que conhece sobre a condição e como se sente sobre isso agora?</li> <li>Duração da hipertensão\diabetes</li> <li>Tratamentos anteriores</li> <li>Uso de substâncias que aumentam de forma significativa a PA\glicemia</li> <li>Estilo de vida (<b>ver capítulo 4</b>)</li> <li>História familiar</li> <li>Indicativos de etiologia secundária para HAS</li> <li>Indicativos de LOA</li> <li>Sintomas comuns</li> <li>Infecções de repetição</li> <li>Outros FR cardiovasculares</li> <li>Fatores psicossociais</li> </ul>	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
	<p><b>Exame físico geral e específico (ver quadro 5.6 e Saiba Mais)</b></p> <p><b>Objetivos:</b> avaliar sinais de DCV estabelecida, de LOA e de etiologia secundária para a hipertensão (se houver suspeita de:)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O exame físico deve ser direcionado conforme a suspeita clínica. Não existe exame físico completo ou um conjunto de manobras que sempre devam ser realizadas em todas as consultas. Sugerimos inicialmente para uma pessoa assintomática uma avaliação breve dos seguintes aspectos:</li> <li>Aparência geral, peso e altura</li> <li>Coração (ritmo, sopros, ictus)</li> <li>Aferição de pressão arterial</li> <li>Abdômen (massas, sopros)</li> <li>Extremidades (pulsos, edema, lesões)</li> </ul>	Enfermeiro(a)/ Médico(a)



O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p><b>Verifique a possibilidade da hipertensão não ser essencial</b> - 10% dos casos (ver quadro 5.7)</p>	Médico(a)
	<p><b>Solicitação de exames (ver quadro 4.8)</b></p> <p><b>Objetivos:</b> detectar LOA, outros FR cardiovasculares, fornecer dados para a estimativa do RCV e investigação inicial nos casos de suspeita de etiologia secundária para a HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG em repouso</li> <li>• Creatinina e urinálise</li> <li>• Potássio (K)</li> <li>• Glicemia de jejum</li> <li>• Perfil lipídico</li> <li>• <b>Se DM:</b> adicionar: HbA1C e pesquisa de microalbuminúria em amostra isolada de urina se não estiver em uso de IECA ou BRA em doses máximas ou ainda se apresentar TFG &lt;60ml/min para estadiamento da DRC</li> </ul>	Enfermeiro(a) / Médico(a)
PLANO DE CUIDADO	<p><b>Cadastramento e Preenchimento de Cartões Específicos</b></p>	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	<p>Metas pressóricas: <b>ver quadro 5.9</b></p> <p>Metas no Diabetes mellitus: <b>ver quadro 5.10</b></p> <p>Meta nas pessoas sem DM ou HAS e com alto risco CV: <b>ver quadro 5.11</b></p>	
	<p><b>Tratamento não farmacológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modificação do estilo de vida (MEV): intervenções dietéticas e não dietéticas</b></li> </ul> <p><b>Dietéticas (ver quadro 5.12):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do peso corporal / alimentação saudável</li> <li>• Ingestão de sal</li> <li>• Redução da ingestão de bebidas alcoólicas</li> </ul> <p><b>Não-dietéticas (ver quadro 5.13):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cessaçã o do tabagismo</li> <li>• Atividade Física / Práticas Corporais</li> <li>• Práticas integrativas e complementares (PICs) em saúde</li> </ul> <p>*Revisar adesão as MEVs sempre antes de iniciar ou progredir com o tratamento farmacológico.</p> <p>**Reforçar de maneira positiva quando adequada adesão e entender motivos principais para a não adesão de maneira personalizada, usando ferramentas citadas no Capítulo 2.</p>	Equipe Multiprofissional
	<p><b>Tratamento farmacológico (ver fluxograma 5.2)</b></p> <p>Baseie as prescrições no risco cardiovascular global</p> <p>Se RCV em 10 anos <math>\leq 20\%</math>, não indicar e considerar desprescrição de estatinas e AAS.</p> <p>Se RCV em 10 anos <math>&gt; 20\%</math>, compartilhar compreensão sobre Número Necessário para Tratar (NNT) e Número Necessário para causar Dano (NND [NNH em inglês]) do uso de estatinas e aas e compartilhar decisão sobre prescrição/desprescrição destas drogas (ver <b>considerações após o Quadro Síntese</b>)</p> <p>Considere postergar decisão compartilhada sobre terapia com estatinas se a pessoa está motivada a implementar outras condutas <u>compotencial</u> de reduzir o RCV para <math>&lt; 20\%</math>.</p>	Médico(a)

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Se a decisão compartilhada for de iniciar utilização de estatinas (pessoa até 69anos), prescrever sinvastatina 40mg/noite se bem tolerado, ou reduzir se necessário, sem fixação de metas de colesterol e sem necessidade de sua monitorização.</p> <p>Se a decisão compartilhada for de utilização de aas (pessoa com 50-59 anos), prescrever aas 100mg (ou preferentemente apresentação entre 75 e 81mg, se disponíveis) 1x/d (de preferência na principal refeição).</p> <p>Para HAS e/ou DM: ver Fluxogramas 5.2. e 5.3.</p> <p>Recomenda-se a utilização de recursos visuais que facilitem a compreensão dos prognósticos envolvidos, <b>como os dos apêndices 1-4</b>, todos projetados para um risco a partir de 20% de risco de IAM e/ou AVC em 10 anos. A discussão dessas informações com as pessoas deve ser orientada por uma base ética que ressalte que, com a utilização de estatinas e/ou aas, as poucas pessoas beneficiadas e as poucas que sofrerão dano podem não ser as mesmas (ou seja, muito provavelmente, na população de usuários dos medicamentos, alguém sofrerá dano sem contrapartida).</p> <p><u>Hipertensão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento das complicações agudas da HAS está descrito nos <b>quadros 5.1 e 5.2</b>. Ver também Saiba Mais. Tentar definir a(s) causa(s) da elevação da PA e manejar conforme.</li> <li>• Indicações de tratamento farmacológico (<b>ver discussão após o Quadro Síntese e Quadro 5.16</b>), drogas de 1ª linha na HAS sem comorbidades (<b>ver fluxograma 5.2</b>) e escolha da droga na HAS com comorbidades (<b>ver quadro 5.17</b>)</li> <li>• Principais antihipertensivos de 1ª e 2ª linha (<b>ver quadro 5.18</b>)</li> <li>• Para os casos de HAS leve (PA até 159\99 mmHg) que não se encaixam nas indicações acima (<b>ver quadro 5.16</b>), a 1ª linha deve ser o tratamento não farmacológico já que não há evidências de boa qualidade que justifiquem o tratamento farmacológico da HAS leve em pacientes de baixo risco CV, sem DM e sem Lesões em Órgãos Alvo.</li> <li>• O mesmo, por outro lado, pode ser considerado em pacientes que não atingem a meta de PAs &lt; 140\90 mmHg, após um longo período de tratamento não farmacológico. Esse período deve ser decidido de maneira compartilhada, levando em consideração aspectos como a motivação para a mudança, desejos e expectativas do paciente, risco de efeitos adversos, disponibilidade e custos do tratamento. (ver apêndices contendo pictogramas)</li> </ul> <p><u>Diabetes mellitus:</u></p> <p>O tratamento das complicações agudas da diabetes expressas em hipoglicemia está descrito no Quadro 5.3. A abordagem da descompensação hiperglicêmica aguda também é descrita no Quadro 5.4.</p> <p>Ver tratamento de longo prazo no <b>fluxograma 5.3</b></p> <p>Pessoas sem DM ou HAS e com alto RCV: Quadro 5.13</p> <p><b>Encaminhamento para serviço de referência (ver quadro 5.19)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação do fundo do olho</li> <li>2. Suspeita de HAS secundária</li> <li>3. Suspeita de HAS do jaleco branco</li> <li>4. Hipertensão ou DM resistentes ao tratamento</li> </ol>	

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p><b>Busca ativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisões anuais se HAS compensada (PA &lt; 140\90 mmHg).</li> <li>• Para pessoas apenas em tratamento não farmacológico revisões a cada 3-4 meses são recomendadas.</li> <li>• Se em início de tratamento farmacológico ou ajuste de doses, revisões mensais são recomendadas. Verificar função renal e eletrólitos após iniciar diuréticos (4-6 semanas) ou IECA \ BRA (2 semanas). Atentar para efeitos adversos do tratamento farmacológico.</li> </ul>	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	<p><b>Atividades Coletivas:</b> Ver exemplos e sugestões no caderno da Atenção Básica nº35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (2014) e realização de grupo na atenção primária no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011).</p>	Equipe Multiprofissional

Fonte: Protocolos da atenção básica : condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

## Sobre Estatinas e AAS na prevenção primária

Houve mudança de conclusões da mais recente Revisão Sistemática da Cochrane (TAYLOR *et al*) em relação à anterior sobre estatinas em prevenção primária, passando a suportar seu uso mesmo em pessoas com baixo risco cardiovascular (RCV) em 10 anos (<10). A média de risco populacional basal estimado nos estudos incluídos nessa revisão era cerca de 25% em 10 anos. Os editoriais da Cochrane Collaboration (HENEGHAN, 2011) já vinham apontando limitações em suas revisões sobre estatinas e a equipe do THE NNT Group (NEWMAN, 2015) e outras de grande relevância apontam limites severos nas justificativas das alterações: muitos estudos (14 dos 18 da nova revisão) recrutaram sujeitos com alguma condição agravante (colesterol elevado, microalbuminúria, hipertensão arterial, diabetes), amplo uso de desfechos compostos (incluindo decisões médicas para revascularizar pessoas fora da situação de salvar vidas), relato parcial dos desfechos pelos estudos incluídos (cerca de 1/3 deles não relatam sobre efeitos adversos, e número similar não informa sobre mortalidade geral), interrupção prematura de largos estudos (Jupiter e mais 2, totalizando 47% da amostra da metanálise, impedindo no mínimo uma avaliação adequada de efeitos adversos), ausência de abertura dos bancos de dados dos estudos ao público pesquisador, muitos autores declarando ter recebido fundos da indústria farmacêutica nessas pesquisas e escassez de estudos com financiamento exclusivamente público. Também é de notar a reduzida proporção de mulheres nos estudos incluídos, sendo que são conhecidos os indícios de que estatinas

seriam menos efetivas para este sexo. Além disso, o estudo que pretendeu fundamentar a indicação de estatinas para populações de baixo risco, a metanálise do Cholesterol Treatment Trialists Collaboration (CTT), realizou suas comparações do efeito de estatinas com o do placebo a partir da proporção de redução do colesterol, e não diretamente entre o conjunto dos dois grupos. Aponta-se, ainda, que é necessário pesquisar mais, para saber se a detectada elevação no risco de diabetes quando se usa estatinas aumentaria com o tempo de exposição, para definir se o número necessário para causar dano (NNH) em 5 anos poderia ser baixo como 1:89, como nos cálculos do cenário em que aumenta em progressão linear.

Dadas essas limitações, enquanto estudos delineados de modo mais apropriado para prevenção primária não se desenvolvem, neste protocolo optou-se por não absorver conclusões que levariam a estender a indicação de estatinas para uma enorme faixa da população com baixo RCV, mantendo-se recomendações baseadas em outras revisões sistemáticas (RAY, 2010), assumindo que não está demonstrada redução significativa de mortalidade geral e que não parece haver superação do risco de efeitos adversos pelos benefícios para eventos não fatais. Cumpre informar que a controvérsia sobre o tema persiste, e há interesses financeiros em jogo, como se pode verificar em publicações da AHA, onde os autores que sustentam uma indicação muito ampla de estatinas em prevenção primária de doenças cardio e cerebrovasculares declararam receber fundos da indústria farmacêutica, como de Merck, Bristol Myers-Squibb, Accumetrics, AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Merck, Essentialis, and Takeda (PARAG *et al*, 2012).

Ainda que haja controvérsias, a Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) reforça que a decisão pela indicação do uso de estatina na prevenção primária deve ser individualizada, e que há evidências significativas que suportam o benefício da redução intensiva do LDL-colesterol na prevenção de eventos cardiovasculares em diabéticos e não-diabéticos, exceto para pacientes com baixo risco cardiovascular. Não há indicação para prescrição ampla de estatina na prevenção primária, porém é inquestionável o benefício do uso das estatinas pela população em prevenção secundária, ou seja, que já apresentaram evento cardiovascular prévio (IAM, AVC, AIT, etc)<sup>IV</sup>.

---

<sup>IV</sup> Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(4):787-891

O caso sobre Ácido Acetil Salicílico (AAS), levando-se em conta os estudos já concluídos e publicados, não pode ser examinado sem considerar seu benefício potencial sobre a morbidade por câncer colorretal. Os benefícios potenciais de seu uso em prevenção primária de doenças cardio e cerebrovasculares, inclusive em diabéticos, não superam os riscos de hemorragias maiores de acordo com as evidências disponíveis (MATTHYS *et al*, 2014; CALVIN *et al*, 2009; IKEDA *et al*, 2014; FDA, 2015). No entanto, seu potencial impacto sobre o câncer do trato digestivo inferior modificou as recomendações da United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

Os dados para apoio à decisão compartilhada seguem (BIBBINS-DOMINGO, 2016):

- Para homens entre 50-59 anos com RCV/10anos =20%, sem fatores de risco aumentados para sangramento e dispostos a tomar AAS diariamente por 10anos: número necessário para tratar (NNT) pra Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) não-fatal=35, NNT para Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi)= 109, NNT para Câncer de Colo Retal (CCR)=82. NNH para sangramento gastrointestinal grave=40 e para Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (AVCh)=476. 834 Quality Adjusted Life Year (QALYs) ganhos (588 para 10% RCV).
- Para mulheres entre 50-59anos com RCV/10anos =20%, sem fatores de risco aumentados para sangramento e dispostas a tomar AAS diariamente por 10anos: NNT pra IAM não-fatal=66, NNT para AVCi=69, NNT para CCR=76. NNH para sangramento gastrointestinal grave=54, NNH para AVCh=345. 833 QALYs ganhos (621 com 10% RCV).

A prescrição de AAS na prevenção primária de eventos cardio e cerebrovasculares pode ser apresentada como uma possibilidade a homens e mulheres entre 50-59anos dispostos a tomar o medicamento diariamente por 10 anos, com RCV a partir de 20%, ainda que também não traga redução da mortalidade geral, em função da extensão de seus possíveis benefícios à prevenção do câncer colorretal, problema com carga de morbidade de intenso impacto na qualidade de vida. A decisão deve ser individualizada e compartilhada. Devem ser cotejados com as pessoas os riscos de efeitos adversos hemorrágicos graves. A prescrição do AAS não deve ser proposta se eles estiverem aumentados, como (especialmente em homens) na presença de dor abdominal alta,

úlceras gastrintestinais, uso concomitante de anticoagulantes ou antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e hipertensão arterial mal-controlada.

Recentemente, três estudos clínicos randomizados, incluindo diabéticos e não-diabéticos em prevenção primária, um deles com pacientes acima de 70 anos, concluíram que o uso de AAS não modificou as taxas de infarto ou morte, e aumentou o risco de sangramento, com maior risco de malignidade gastrointestinal, porém provavelmente por diagnóstico antecipado<sup>V</sup>. Não há recomendação de prescrição ampla de AAS na prevenção primária de eventos cardiovasculares, sendo importante a decisão compartilhada com o paciente sobre os benefícios e potenciais riscos de seu uso.

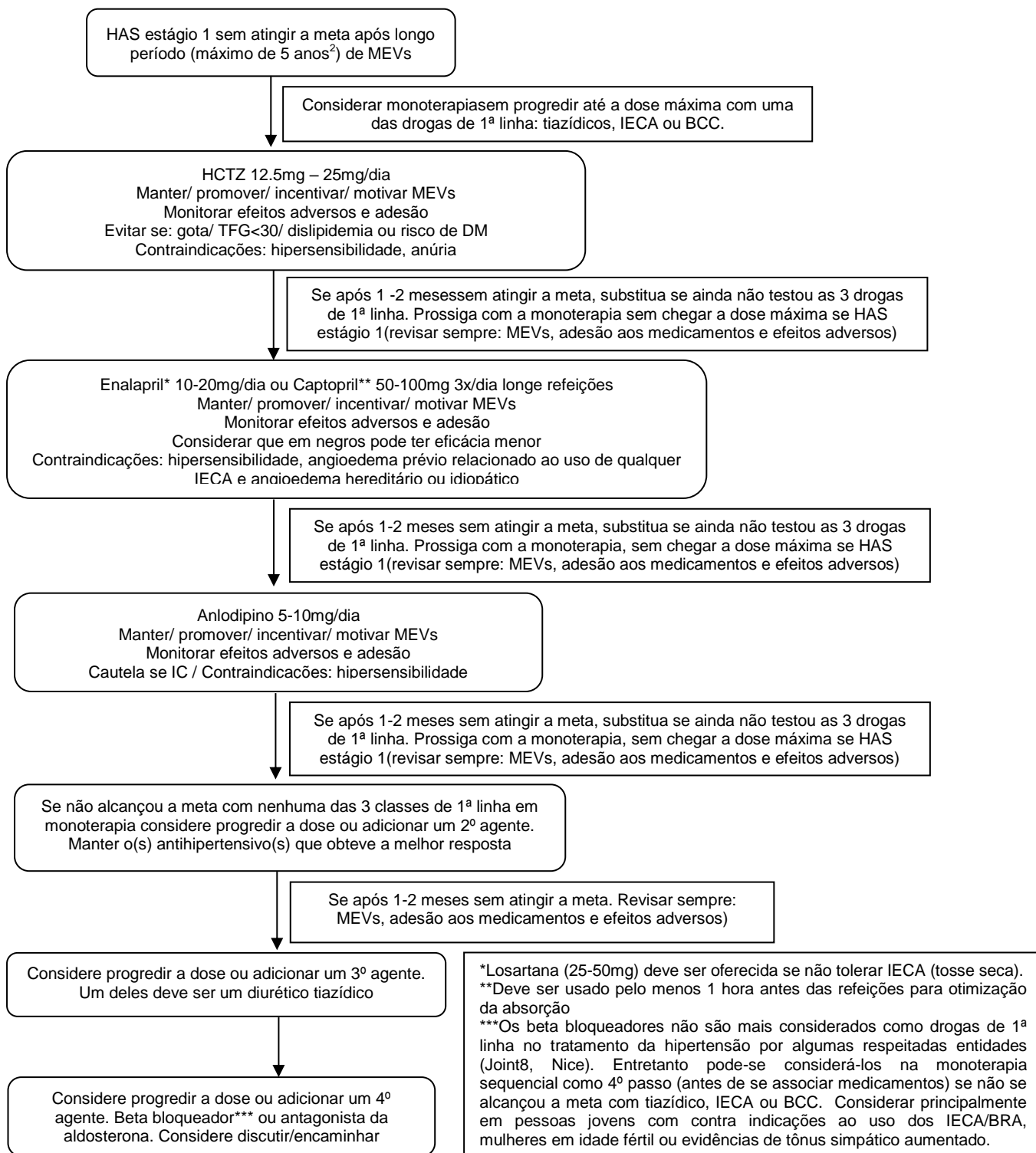
### **Sobre Tratamento Farmacológico da HAS leve**

A revisão sistemática (DIAO, D.*et al*, 2012) da Cochrane, que incluiu 4 estudos clínicos randomizados (ECR) (n: 8912 pessoas) com HAS leve e sem doença cardiovascular (e sem DM), demonstrou que o tratamento farmacológico da HAS não reduziu de maneira significativa mortalidade geral, AVC e IAM. Algumas das limitações apontadas foram o pequeno número total de eventos durante o seguimento e o uso de medicamentos não considerados de primeira linha no tratamento da HAS em alguns estudos. Metanálise (SUNDSTROM *et al*, 2015) maior e posterior que incluiu os mesmos ECR da revisão sistemática (RS) da Cochrane, mais 6.361 pessoas (de 10 ECR), perfazendo um total de 15.266 pessoas com HAS leve e sem evento cardiovascular prévio, por ter a grande maioria (96%) de novos sujeitos incluídos no estudo sendo diabéticos, não altera as conclusões de que não há boas evidências ligadas a desfechos importantes que justifiquem tratar farmacologicamente hipertensos leves sem complicações.

---

<sup>V</sup> Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(4):787-891

## Fluxograma 5.2. - Tratamento Farmacológico da HAS Estágio 1<sup>1</sup> na pessoa com RCV não alto (<20%), sem LOA, DCV, DM ou DRC (Monoterapia Sequencial)

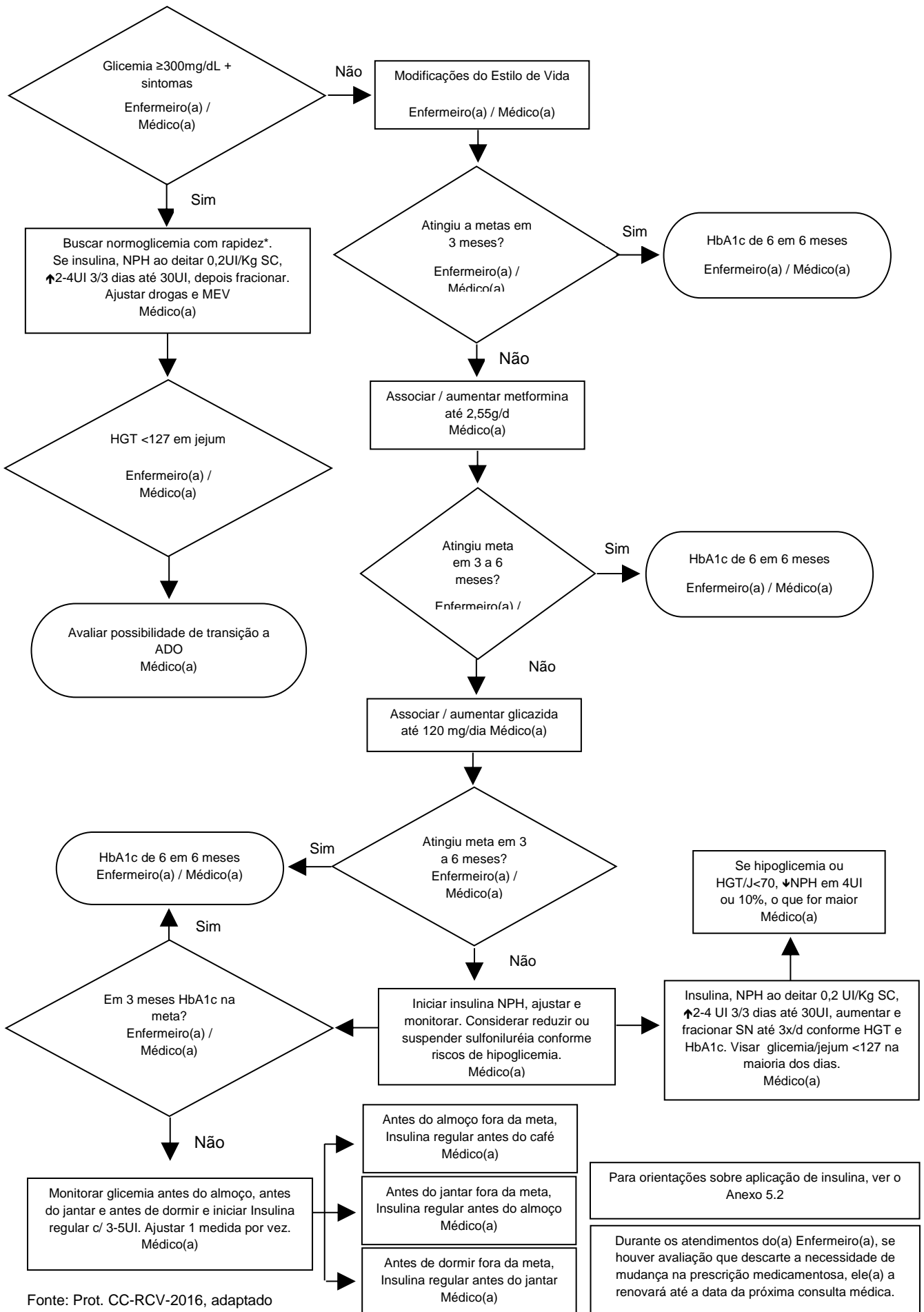


<sup>1</sup>Na presença de qualquer um dos seguintes: HAS a partir do estágio 2, RCV>20%, DM2, LOA ou DCV estabelecida o tratamento farmacológico da HAS deve ser instalado desde o momento do diagnóstico. A escolha entre os medicamentos de 1ª linha para monoterapia é controversa, mas em geral há preferência para os diuréticos tiazídicos. A abordagem inicial com a combinação de 2 drogas em doses baixas pode ser considerada para as pessoas com a PA  $\geq$  160/100, levando em conta o risco de efeitos adversos (sobretudo nos idosos) e as preferências da pessoa (**ver quadros 5.16, 17 e 18**). No caso da monoterapia e frente a não obtenção da meta (**ver quadro 5.9**), pode-se considerar progredir com a droga em uso conforme tolerância da pessoa ou até a dose máxima da mesma ou associar novo medicamento, não havendo evidências de superioridade de uma abordagem sobre a outra.

<sup>2</sup>Intervalo de tempo médio do seguimento dos ECRs da RS da Cochrane (DIAO, D. *et al*, 2012). O uso do antihipertensivo pode ser oferecido antes desse período, levando em conta as preferências da pessoa, sua motivação para mudança e adesão as MEVs, lembrando que o RCV é dinâmico e pode mudar ao longo do tempo.

Fonte: adaptado de UpToDate (DICKERSON *et al*, 1998; MATERSON *et al*, 1995)

### Fluxograma 5.3 - Tratamento Farmacológico DM2



Fonte: Prot. CC-RCV-2016, adaptado



### Quadro 5.1 - Emergências Hipertensivas

ATENDA COM URGÊNCIA A PESSOA COM PAD $\geq$ 120 E QUALQUER UM DOS SEGUINTE: (CONSIDERE A POSSIBILIDADE DE EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA)*		
O QUE IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Alterações neurológicas agudas ou subagudas (p.ex.: alteração do nível de consciência, confusão mental, déficits focais, papiledema e hemorragia retiniana)	Encaminhar para emergência	Médico(a)
Complicações vasculares iminentes (p.ex.: dor torácica, dispneia, estertoração pulmonar e hipoxemia )		
Alterações renais como: oligoanúria, hematúria e edema periférico		
História de uso de drogas simpatomiméticas como cocaína		
HAS rebote após suspensão súbita de agentes antihipertensivos		
Eclâmpsia		
Período de pré e pós-operatório imediatos		
Epistaxe severa e refratária a medidas convencionais		
Suspeita de feocromocitoma (crises paroxísticas de cefaleia, sudorese e palpitação - apresentação clássica)		

\***Considerar diagnósticos diferenciais** para elevação da PA: técnica inadequada, uso de substâncias (medicamentos, drogas lícitas e/ou ilícitas- **ver quadro 5.5**), efeito jaleco branco, dor e sintomas e/ou transtornos psiquiátricos como crise de pânico, ansiedade e agitação psicomotora.

Fonte: adaptado de BRASIL (2013) e RIO DE JANEIRO (2013)

## Quadro 5.2 - Elevações da Pressão Arterial em pessoas Assintomáticas ou Oligossintomáticas

<b>PESSOAS ASSINTOMÁTICAS OU COM SINTOMAS LEVES/INESPECÍFICOS NÃO CONFIGURAM EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA E NÃO DEVEM SER REFERENCIADOS NEM TER A HIPERTENSÃO ARTERIAL TRATADA DE MANEIRA AGRESSIVA AGUDAMENTE</b>	
<b>O QUE FAZER</b>	<b>QUEM FAZ</b>
Definir a(s) causa(s) para elevação da PA: sem diagnóstico prévio? (ver capítulo 3 para diagnóstico). Se HAS confirmada: adesão ao tratamento proposto? Complicações novas? – ver quadro 5.1 –, outros motivos para elevação da PA (dor, ansiedade, agitação etc.) – nesses casos o tratamento deve ser dirigido a causa base (analgésico, escuta ativa, ansiolítico, PICs etc.) e o anti hipertensivo pode e deve ser evitado na maioria das vezes.	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Planejar o acompanhamento ao longo do tempo: diagnóstico de HAS confirmado? RCV global? Em uso de tratamento farmacológico? Efeitos adversos? Adesão? MEVs? Complicações existentes?	
Se optado pelo tratamento farmacológico da PA esta deve ser reduzida de maneira gradual e a droga de escolha é o captopril* 25mg por <b>via oral</b> . Sugere-se revisar em 1 ou 2 dias. O cuidado maior nesses casos deve ser não causar dano com a redução da PA (isquemia miocárdica e cerebral, por exemplo), já que os riscos de complicações da PA elevada em curto e médio prazo são muito pequenos.	Médico(a)

\*Para o manejo ambulatorial da HAS preferir, onde houver disponibilidade, enalapril, pois a absorção deste não é influenciada pela alimentação.

Fonte: adaptado de BRASIL (2013) e RIO DE JANEIRO (2013)

## Quadro 5.3 - Abordagem da Hipoglicemia do Diabético

PACIENTE	Ingerir 10g a 20g de carboidrato de absorção rápida (p.ex.: 1 colher de sopa de açúcar dissolvida em água, meio copo de refrigerante não-diet, 1 copo de suco, 3 balas); repetir em 10 a 15 minutos, se necessário.
AMIGO OU FAMILIAR	Se a pessoa não conseguir engolir, não forçar. Pode-se colocar açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e leva-lo imediatamente a um Serviço de Saúde.
SERVIÇO DE SAÚDE	Se existirem sinais de hipoglicemia grave, administrar 25 mL de glicose a 50% via endovenosa em acesso de grande calibre, com velocidade de 3 mL/min e manter veia com glicose a 10% até recuperar plenamente a consciência ou glicemia maior de 60mg/dL; manter então esquema oral, observando o paciente enquanto perdurar o pico da insulina; pessoas que recebem sulfoniluréia devem ser observados por 48h a 72h para detectar possível recorrência.

Fonte: BRASIL (2013)

## Quadro 5.4 - Abordagem da Descompensação Hiperglicêmica Aguda

### AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

---

- História: causa de descompensação (mudança e não aderência ao esquema de insulina, doenças e medicações intercorrentes, abuso alimentar)
- Exame físico: estado de hidratação, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura axilar, avaliação do estado mental, hálito cetônico, boca, garganta e ouvidos, ausculta respiratória, exame abdominal, gânglios linfáticos, pele, exame neurológico
- Exames complementares: glicemia capilar, fita urinária com medida de cetonúria e, se disponíveis Na, K, creatinina e uréia, gasometria arterial, anion gap, cetonemia, osmolaridade sérica, ECG e demais indicados conforme estado clínico.
- Critérios diagnósticos. CAD: glicemia  $\geq 250$  mg/dl, pH arterial  $\leq 7,3$ , bicarbonato sérico  $\leq 15$  mEq/L (anion gap  $> 16$  mmol/L confirma acidose metabólica) e graus variáveis de cetonemia. EHH: glicemia  $> 600$  mg/dl, osmolalidade sérica  $> 320$  mOsm/kg, bicarbonato  $\geq 15$  mEq/l e discreta cetonemia.

### CONDUTA

---

- Hidratação parenteral imediata com SF 0,9% 15-20ml/kg/h desde a primeira hora e, uma vez estabilizado o quadro, o aporte de volume pode ser reduzido a 4-10ml/Kg/h. O prolongamento da hidratação parenteral requer monitoramento da natremia, e, clinicamente, das funções cardíaca e renal. Ainda maior cautela em gestantes, idosos e adolescente ou crianças.
  - Iniciar manejo da doença precipitante.
  - Insulina Regular deve ser iniciada após a primeira 1-2h de hidratação, se a medição do potássio estiver disponível e  $> 3,3$  mEq/l. Administrar 0,1U/Kg bolus EV e a mesma dose EV, IM ou SC 2/2h, monitorando glicemia capilar, e o K a cada 2-4h.
  - Encaminhar com toda brevidade ao Pronto Atendimento ou emergência hospitalar, pois embora se deva iniciar o manejo possível na UBS, vários de seus elementos podem não estar disponíveis neste ponto do cuidado.
  - Se a pessoa ainda estiver na UBS quando a glicemia capilar baixar, no CAD  $< 250$  e no EHH  $< 300$ , associar SG5% EV e manter insulina até compensação metabólica geral.
- 

Fonte: adaptado de BRASIL (2013), SBD (2016), WESTERBERG (2013)

**Quadro 5.5 - Entrevista na pessoa que vive com HAS e/ou DM**

O QUE AVALIAR	QUANDO AVALIAR	COMO AVALIAR	QUEM
Entendimento e experiência sobre o problema	Contínuo	O que conhece sobre a condição? Como se sente com isso agora?	Equipe Multiprofissional
Duração da hipertensão \ diabetes	1ª consulta	Última medida normal da PA / tempo desde o diagnóstico do diabetes	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Tratamentos anteriores	1ª consulta	Medicamentos, adesão, efeitos adversos	
Uso de substâncias que aumentam de forma significativa a PA / Glicemia	Sempre que valores de PA ou HbA1c / glicemia capilar acima da meta combinada	AINEs, corticosteroides, estrógenos, cocaína, descongestionantes, anabolizantes, excesso de sal na dieta	
História familiar	1ª consulta	HAS, DM, DCV precoce ou morte CV precoce (antes dos 65 anos em homens ou 55 anos em mulheres), DRC, gota e doenças mais raras (como feocromocitoma, etc.)	
Indicativos de etiologia secundária para HAS	1ª consulta	Ver Quadro 5.7	
Indicativos de LOA	Em todas as consultas	Dispneia, dor torácica, claudicação intermitente, diminuição da visão, queixas neurológicas centrais ou periféricas, edemas, oligoanúria, disfunção erétil, anemia (com macrocitose)	
Sintomas comuns	Em todas as consultas	Poliúria, polidipsia, perda de peso, tontura/pré-síncope, tremores, palpitação, náusea e vômito, hálito cetônico	
Infecções de repetição	Se sintomas	Micóticas ou bacterianas, especialmente em áreas de dobra, mucosas e trato urinário	
Outros fatores de risco cardiovasculares	Em todas as consultas	Ver Capítulo 4	
Fatores psicossociais	Em todas as consultas	Ver Capítulo 2	

Fonte: adaptado de BRASIL (2013)

**Quadro 5.6 - Exame físico na pessoa que vive com HAS e/ou DM**

O QUE AVALIAR	QUANDO AVALIAR	COMO AVALIAR	QUEM
Aparência Geral	1ª consulta e periodicamente quando necessário	Distribuição de gordura corporal, Trofismo muscular Lipodistrofia (se uso de insulina)	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Pescoço	Se necessário	Ausulta das carótidas Palpação da tireoide	
Coração	1ª consulta e periodicamente quando necessário	Ictus Ausulta (ritmo, sons anormais)	
Pulmão	Se necessário	Murmúrio vesicular Presença de ruídos adventícios (estertores, roncoss, sibilos)	
Abdome	1ª consulta e periodicamente quando necessário	Massas palpáveis Sopros audíveis	
Extremidades	1ª consulta e periodicamente quando necessário	Pulsos Edemas Lesões de pele	
Neurológico	Se necessário	Distúrbio visual Fraqueza muscular Confusão mental Avaliação do pé diabético Neuropatias	

Fonte: adaptado de BRASIL (2013)

## Quadro 5.7 - Índícios de Hipertensão Secundária

### INÍCIO ANTES DOS 30 ANOS

- Ausência de história familiar de HAS
- HAS resistente: PA  $\geq$  140/90 mmHg em uso de pelo menos 3 drogas em doses adequadas (sendo 1 diurético) e com adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (especial atenção ao consumo exagerado de sal, álcool e medicamentos ou outras drogas que aumentem a PA)
- HAS de início súbito e lábil ou piora significativa da PA em pessoas previamente controladas.
- Casos de automedicação frequente (especialmente Anticoncepcionais Orais com altas doses de estrogênio, AINEs, corticosteroides, antidepressivos, descongestionantes, anorexígenos e estimulantes), uso de drogas ilícitas (cocaína, por exemplo).
- Presença de sintomas e sinais de: doença vascular renal, doença renal crônica, hipo/hipertireoidismo, apneia obstrutiva do sono, coarctação da aorta (+comum em crianças), feocromocitoma (raro) ou síndrome de Cushing (raro) – ver também quadro 5.5.
- Achados no Exame Físico compatíveis com as condições citadas acima (ver também quadro 5.6).
- No diagnóstico, níveis baixos de K ou altos de Na, aumento da creatinina, diminuição da TFG  $<$  60 ml/min, hematuria ou proteinúria na urinálise (após excluir ITU).

Fonte: adaptado de NICE (2011) e RIO DE JANEIRO (2013)

### Quadro 5.8 - Exames Complementares na pessoa que vive com HAS e/ou DM

EXAME	MOTIVO	QUANDO	OBSERVAÇÕES
ECG	Avaliação de lesão em órgão alvo	No diagnóstico e após se mudança nas condições clínicas (p.ex.: sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca (IC), arritmias cardíacas, HAS ou DM cronicamente descompensados)	Se sinais de sobrecarga ventricular esquerda (SVE), considere investigar IC. Considere também investigar lesões em órgãos alvo (LOA), se ECG com alterações focais, sobretudo as relacionadas ao ramo esquerdo
Creatinina sérica	Avaliação de LOA	Anual ou mais frequente se Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60ml/min (ver Capítulo 7) ou alteração nas condições clínicas correlacionadas	Condições clínicas relacionadas: alteração de dose e/ou introdução de medicamentos como diuréticos, IECAs, BRAs ou uso frequente de AINEs, alteração significativa no débito urinário
Urinálise	Avaliação de lesão em órgão alvo	Anual ou mais frequente se TFG < 60ml/min (ver Capítulo 7) ou alteração nas condições clínicas correlacionadas	Condições clínicas relacionadas: alteração de dose e/ou introdução de medicamentos como diuréticos, IECAs, BRAs ou uso frequente de AINEs, alteração significativa no débito urinário
Pesquisa de microalbuminúria em amostra isolada	Avaliação de lesão em órgão alvo ( <b>adotar como rotina apenas em pessoas com DM</b> )	Anual por intermédio de dosagem com 1ª amostra de urina da manhã. Se $\geq 30\text{mg/g}$ , confirmar com mais 2 medidas (ao longo de 4 a 6 meses)	Se confirmado, introduzir preferencialmente IECA (BRA se houver tosse com IECA), independente da PA e progredir até doses máximas (ou maior dose tolerada pela pessoa)
Potássio (K)	Monitorar efeito adverso de terapia farmacológica	No diagnóstico e anual se em uso de diuréticos ou IECA/BRA	Potássio <3,5 na ausência de uso de diurético: considerar causa 2aria para a HAS
Perfil lipídico	Avaliação do risco cardiovascular	Primeiramente estimar o RCV sem exames complementares baseado no escore de Framingham com as piores pontuações para CT e HDL para a idade e sexo correspondentes (ver Capítulo 3).	Se RCV simulado $\geq 20\%$ solicitar perfil lipídico (CT, HDLc e TG) e repetir anualmente (se iniciar uso de estatina, não dosar de novo). Se RCV <20%, não há necessidade de dosar perfil lipídico rotineiramente
Glicemia em jejum	Avaliação do risco cardiovascular	Anual para rastreamento de DM	Se DM monitorar o tratamento com Hb1Ac.
Hemoglobina Glicada (Hb1Ac)	Avaliação do risco cardiovascular / acompanhamento se DM (adotar como rotina apenas em pessoas com DM)	Semestralmente se em torno de 7.5% e a cada 3 meses se em ajuste de tratamento ou acima da meta combinada com a pessoa em tratamento	Pode ser usada para diagnóstico de diabetes (ver capítulo 3)
Avaliação do fundo de olho	Avaliação de lesão em órgão alvo (adotar como rotina apenas em pessoas com DM)	Ver Quadro 5.19	Utilizar serviço de retinografia digital se disponível (telemedicina) ou fundoscopia, preferencialmente pelo Médico(a) Oftalmologista

Fonte: adaptado de BRASIL (2013) e RIO DE JANEIRO (2013)

### Quadro 5.9 - Metas Pressóricas

Levar em conta: idade, comorbidades (ver também quadro 5.17), risco de efeitos adversos, potenciais malefícios da terapia* e risco cardiovascular global
< 140/90 para a grande maioria das pessoas (JOINT 8, ESH, ESC, CHEP), inclusive nas com DM ou DRC não proteinúrica
Considerar com cautela PA<130/80se DRC proteinúrica para tomada de decisão compartilhada baseada nos potenciais benefícios e malefícios da meta mais rígida**
Considerar com cautela PA ≤ 130/80 se DAC, para tomada de decisão compartilhada baseada nos potenciais benefícios e malefícios da meta mais rígida***
Pode-se flexibilizar a PAS para < 150 se > 60 anos e sem DM ou DRC (JOINT 8)
PAD < 70 é um fator de risco associado a desfechos adversos importantes como aumento na mortalidade, IAM e AVC (MESSERLI, 2006)

\*p.ex.: hipotensão ortostática sintomática com aumento no risco de quedas sobretudo em idosos ou hipoperfusão coronariana ou cerebral, principalmente se valores de PAD < 70

\*\*pode reduzir progressão para doença renal terminal, mas sem benefício na mortalidade geral, eventos CV maiores como IAM, AVC e IC e sem diferença na taxa de evolução para DRC terminal em pessoas sem proteinúria. Além disso, aumenta casos de hipotensão sintomática (LV J, 2013).

\*\*\*pode reduzir progressão para IC e AVC, mas aumenta hipotensão sintomática e não reduz mortalidade CV ou IAM não fatal (BANGALORE, 2013).

Fonte: adaptado de DYNAMED e UPTODATE (acesso em julho de 2016)

### Quadro 5.10 - Metas na pessoa que vive com Diabetes

As metas a serem buscadas para o controle da diabetes mellitus com vistas à redução líquida de morbimortalidade se expressam em Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) em torno de 7,5%, podendo ser maiores em idosos (≅8) e menores em adultos jovens utilizando apenas alimentação saudável e metformina (≅7)
Buscar glicemia de jejum em torno de 126 mg/dL
A Metformina e a Glibenclamida, em suas doses máximas, tem potencial de redução da HbA1c de cerca de 2% cada uma
A MEV tem efetividade independente para também reduzir a HbA1c e promover a saúde
Uma meta de significância clínica para a pessoa será evitar ou reduzir a frequência e a magnitude das hipoglicemias, utilizando-se de cautela na farmacoterapia e educação da pessoa e conviventes para sua detecção e manejo precoces

Fonte: adaptado de BRASIL (2013)



### Quadro 5.11 - Metas Terapêuticas para Dislipidemia e PA para não Diabéticos, Diabéticos e Idosos

a) Metas para pacientes de baixo risco não-diabéticos

PA	<140/90mmHg
LDL-colesterol	Meta individualizada Risco intermediário <100mg/dL
Não HDL-colesterol (Colesterol total – HDL )	Meta individualizada Risco intermediário <130mg/dL

b) Metas para pacientes de alto risco não-diabéticos

PA	<130/80mmHg
LDL-colesterol	<70mg/dL
Não HDL-colesterol	<100mg/dL
Vacinação anual contra influenza	Sim

c) Metas gerais para diabéticos de risco intermediário

HbA1c	<7,0%
LDL-colesterol	<100mg/dL
Não HDL-colesterol	<130mg/dL
Redução de LDL-colesterol ou não HDL-colesterol para pacientes sem estatina	30-50%
PA sistólica	<130mmHg
PA diastólica	<80mmHg
Tratamento com estatina	Opcional para risco baixo Recomendado para risco intermediário

d) Metas agressivas para diabéticos de alto risco

LDL-colesterol	<70mg/dL
Não HDL-colesterol	<100mg/dL
HDL-colesterol	>50mg/dL
Triglicerídeos	<150mg/dL
HbA1c	<6,0%
PA	<130/80mmHg*
Tratamento com estatina	Altamente recomendado
*Se DAC estabelecida	Não reduzir PA abaixo de 120/70mmHg
Vacinação anual contra influenza	Sim

e) Metas agressivas para diabéticos de muito alto risco

LDL-colesterol	<50mg/dL
Não-HDL colesterol	<80mg/dL
Redução de LDL-colesterol ou não HDL-colesterol para pacientes sem estatina	>50%
Tratamento com estatina	Obrigatório
Vacinação anual contra influenza	Sim

Considerar metas individualizadas para os idosos, principalmente, diante de efeitos colaterais importantes das medicações, com hipotensão postural e aumento do risco de quedas; ou episódios frequentes de hipoglicemia:

f) Flexibilização das Metas gerais para idosos (avaliação individualizada)

HbA1c	<8,0% (evitar hipoglicemia)
PA sistólica	<150mmHg
PA diastólica	<90mmHg
Tratamento com estatina	Recomendado para alto risco e muito alto risco

#### Quadro 5.12 - Indicação de Terapia Antiplaquetária (AAS 100mg/dia):

- Não é recomendada para diabéticos sem DAC clínica (prevenção primária).
- Pode ser útil para diabéticos sem DAC clínica (prevenção primária) na categoria de alto risco, idade >65 anos e com baixo risco de sangramento.
- É indicada para diabéticos de muito alto risco, incluindo aqueles com DAC clínica e eventos cardiovasculares prévios, IAM ou AVC (prevenção secundária)
- Em pacientes com indicação de terapia antiplaquetária e alergia ao AAS ou intolerância gástrica, o Clopidogrel é uma alternativa aceitável.
- A terapia antiplaquetária dupla (AAS + Clopidogrel) é recomendada por pelo menos 1 ano em pacientes com alto risco após síndrome coronariana aguda.

**Avaliação individualizada:** Alguns casos que não se enquadram nos critérios acima comentados, podem ser discutidos individualmente via matriciamento ou mesmo durante reuniões de equipe ou de planejamento de um projeto terapêutico singular. As metas terapêuticas visam aumentar a sobrevida livre de eventos. Porém, é importante contextualizar essas metas com o momento da vida do paciente, seus objetivos e preferências pessoais.

## Quadro 5.13 - Como manejar pessoas com moderado ou Alto Risco Cardiovascular\* (Sem HAS ou DM e sem eventos macrovasculares prévios)

### **Avalie oportunamente**

- Sintomas de alerta: dor no peito, dispneia, dor na panturrilha associada ao exercício, episódio novo e súbito de fraqueza assimétrica de face ou membros, dificuldades na fala ou alteração visual (considere possibilidade de AVC/AIT e encaminhamento adequado)
- Fatores modificáveis: tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo e consumo de álcool
- IMC: almeje  $< 25\text{kg/m}^2$  ou  $< 27\text{kg/m}^2$  se maior de 60 anos
- Circunferência abdominal: almeje  $< 88\text{ cm}$  em mulheres e  $< 102\text{ cm}$  em homens
- Pressão arterial: vise  $< 140/90$  para a maioria (ver quadro “metas pressóricas”)
- Perfil lipídico: se RCV  $\geq 20\%$ , dosar anualmente
- Glicemia: no diagnóstico e então conforme valor (ver “diagnóstico diabetes”)

### **Fatores a serem considerados**

- Ofereça informações que ajudem a reconstrução da percepção sobre qualquer aspecto significativo do estilo de vida (p.ex.: tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável etc.) que possa reduzir o risco cardiovascular
- Reconheça que algumas pessoas podem necessitar ou desejar apoio (p.ex.: encaminhamento para atividade física e/ou práticas corporais ou tratamento específico para o tabagismo)
- Ofereça a oportunidade de reavaliar o risco em momento posterior combinado de maneira compartilhada se a pessoa está motivada em promover mudanças significantes no estilo de vida com potencial de redução no RCV  $< 20\%$
- Revise comorbidades e certifique-se de que estão adequadamente manejadas (vide mais abaixo)

### **Princípios úteis para ajudar na mudança de comportamento (ver anexo 4.1)**

- Abordagem personalizada e centrada na pessoa é recomendada
- Pergunte o que a pessoa já sabe ou que já foi dito a ela sobre o risco de desenvolver doença cardiovascular e como ela se sente a respeito
- Considere explorar crenças a respeito do que determina o futuro de sua saúde
- Avalie motivação, preocupações e confiança (ver saiba mais e capítulo 2) para efetuar modificações no estilo de vida
- Reconheça que mudar hábitos de uma vida inteira pode ser difícil e que mudanças graduais e sustentadas são mais efetivas que mudanças muito rápidas e radicais
- Reforce de maneira positiva cada mudança atingida, por menor que seja
- Quando possível/ relevante: envolva a família, estimule o apoio familiar e de pessoas próximas
- Entenda que algumas pessoas necessitarão de apoio por longos períodos e que esforços repetidos e mantidos por parte da equipe para encorajar e manter as modificações no estilo de vida poderão ser necessários

### **Maneje os fatores de risco modificáveis**

- Reforce que todas as pessoas podem reduzir o risco cardiovascular por intermédio de modificações no estilo de vida
- Aconselhe fumantes a cessarem o uso (ver capítulo 4) e não fumantes a evitar o tabagismo passivo
- Aconselhe perda de peso se sobrepeso ou obesidade

- Aconselhe alimentação saudável
- Se consome bebidas alcoólicas, aconselhe a manter o consumo dentro do considerado seguro (não ultrapassar 1 dose ao dia nas mulheres e 2 doses nos homens) e monitore para uso arriscado do álcool (beber todos os dias, perder o controle quando bebe ou beber mais de 14 doses por semana ou mais de 5 doses por vez). Uma dose pode ser estimada em 50mL (um copinho) de destilados, 125mL (uma taça pequena) de vinho ou 330mL (uma lata ou garrafinha) de cerveja.
- Estimule um estilo de vida ativo com prática regular de atividade física e/ou práticas corporais

**Comorbidades com potencial de aumentar o risco cardiovascular:** sempre que possível otimize o manejo clínico das condições abaixo, pois as mesmas têm associação com o aumento no risco de desenvolver doença cardiovascular

1. Hipertensão
2. Diabetes mellitus
3. Doença renal crônica
4. Dislipidemias
5. Doenças do tecido conjuntivo (p.ex.: artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e outras doenças inflamatórias sistêmicas)
6. Obesidade, sobretudo de associada com apneia obstrutiva do sono
7. Transtornos mentais graves e uso crônico de psicotrópicos
8. Pessoas que vivem com HIV/Aids
9. - Doença periodontal

### **Tratamento farmacológico**

- Antes de iniciar estatina:
  - Considere postergar decisão compartilhada sobre terapia com estatinas se a pessoa está motivada em implementar condutas com potencial de reduzir o RCV < 20%
  - Ajude a pessoa a decidir sobre o uso do medicamento. Use ferramentas visuais para facilitar compreensão sobre riscos e benefícios
  - Certifique-se de que a decisão de usar o fármaco foi feita de maneira compartilhada, levando em consideração fatores adicionais como comorbidades, potenciais benefícios da MEVs, preferências da pessoa, polifarmácia (e risco de interação medicamentosa), fragilidade e expectativa de vida. Levar em conta NNT e NNH\*\*
  - Solicite exames de laboratório: lípidos e transaminases. CK se dor muscular ou fraqueza.

\*Cálculo do RCV $\geq$ 20% pelo escore de Framingham ou Qrisk2

\*\*NNT: número necessário para tratar. NNH: número necessário para causar dano

Fonte: adaptado de NICE (2011)

**Quadro 5.14 - Tratamento não Farmacológico: Intervenções Dietéticas**

TRATAMENTO	CONSIDERAÇÕES	O QUE FAZER
<p>Redução do peso corporal e alimentação saudável: há evidência de redução da pressão arterial em pessoas com HAS.</p>	<p>Analisar: cultura local; disponibilidade dos alimentos e custos envolvidos na aquisição; motivação para a mudança; Problematizar as dificuldades de maneira personalizada utilizando tecnologias leves como a entrevista motivacional e o método clínico centrado na pessoa (ver ENTREVISTA MOTIVACIONAL). A redução da PA independe da prática concomitante de atividade física ou de restrição do consumo de sal, embora reduções mais significantes possam ser observadas em caso de adesão a mais de uma mudança do estilo de vida.</p>	<p>Recomendar perda de peso (5% a 10% do peso inicial) em pessoas com sobrepeso ou obesidade. Avaliar índice de massa corporal e circunferência abdominal. Desejável <b>IMC &lt; 25 kg/m<sup>2</sup> para menores de 60 anos e &lt; 27 kg/m<sup>2</sup> para maiores de 60 anos.</b> Utilizar: “Guia alimentar para a população brasileira”, “Dez Passos para uma alimentação saudável” e “Estratégia global para alimentação saudável e atividade física”.</p>
<p>Redução da ingestão de sal: evidências demonstram redução de PA em pessoas com HAS.</p>	<p>Recomendada pela maioria dos guidelines nacionais e internacionais por ter baixo risco e potenciais benefícios que extrapolam os desfechos cardiovasculares. Revisões sistemáticas de Ensaios Clínicos Randomizados demonstram redução de PA de 5/3 mmHg quando restrição de ingestão de NaCl para um máximo de 75 meq/dia por no mínimo 4 semanas em pessoas com hipertensão. Eficácia menor observada em não hipertensos.</p>	<p>Estimular uso de temperos naturais e frescos como alho, cebola, cebolinha, alecrim, louro, salsa, coentro, manjerição, cominho, orégano e outros disponíveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma redução de &lt; 5 g/dia de sal (equivalente a menos de uma colher de chá rasa de sal ao dia) em adultos (recomendação forte) (WHO, 2012).</p>
<p>Redução do consumo de álcool.</p>	<p>Em uma série de estudos prospectivos observacionais (incluindo 2 grandes RS), o consumo moderado (até 2 doses/dia em homens e 1 dose/dia em mulheres)* diminuiu mortalidade por eventos coronarianos. O benefício foi observado em diferentes subgrupos, incluindo os com doença arterial coronariana (DAC) estabelecida e nos acima de 65 anos. É importante, por outro lado, salientar que o consumo acima do considerado moderado está associado com aumento da mortalidade em pessoas com DAC, além das demais potenciais complicações já classicamente associadas com o uso prejudicial de álcool/alcoolismo.</p>	<p>Estimular redução em <b>homens para menos de 2 doses ao dia e mulheres menos de 1 dose ao dia</b>, sobretudo naqueles que consomem mais de 5-6 doses/dia. Ficar pelo menos dois dias da semana sem beber, comer sempre antes de beber e tomar água entre um copo e outro pode apoiar a redução do consumo. Seguir as recomendações do Capítulo 4.</p>

\*1 dose equivale a 1 lata de cerveja, ou meio copo de vinho, ou 40 ml de destilados (tipo cachaça, vodka, uísque, conhaque, licor, rum, etc.).

Fonte: adaptado de BRASIL (2013)

**Quadro 5.15 - Tratamento não Farmacológico: Intervenções não Dietéticas**

TRATAMENTO	CONSIDERAÇÕES	O QUE FAZER
Redução do Tabagismo	<p>Estar atento(a) para as indicações do tratamento farmacológico.</p> <p>Revisões sistemáticas demonstram que a associação de intervenções em grupo associadas ao tratamento farmacológico é mais efetiva que qualquer um dos dois isoladamente, podendo até triplicar as chances de abstinência.</p>	Seguir as recomendações do Capítulo 4.
Práticas corporais e atividades físicas	<p>Evidências demonstram redução média de 4-6 mmHg na PAS e de 3 mmHg na PAD.</p> <p>É a única modificação do estilo de vida com evidência de redução de mortalidade (tanto por causas cardiovasculares como geral) em hipertensos.</p> <p>Avaliar atividades específicas** para equilíbrio e prevenção de quedas em pessoas de alto risco (exemplo idosos).</p>	<p>Recomendar realização de atividades cotidianas que envolvam as práticas corporais e atividades físicas: evitar destinar muitas horas à TV, fazer percursos curtos a pé, sair para passear com familiares, amigos e/ou o cachorro, brincar com crianças, ajudar nas atividades domésticas, e, sempre que possível, caminhar diariamente.</p> <p>Incentivar a realização das práticas corporais e atividades físicas com predominância aeróbia* de intensidade moderada ao menos por 30 minutos todos os dias.</p> <p>Seguir as recomendações do Capítulo 4.</p>

\*Maioria dos estudos é com atividade aeróbica. Há também alguns com atividade física de resistência (força), parecendo também ter efetividade.

\*\*Solicitar matriciamento com educador físico ou fisioterapeuta se necessário/disponível.

Fonte: adaptado de UPTODATE (acesso em março de 2016)

**Quadro 5.16 - Indicações de Tratamento Farmacológico na HAS**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PA <math>\geq</math> 160\100 (na maioria das aferições), em qualquer situação e idade.</li> <li>2. PA &lt; 160\100 e <math>\geq</math> 140/90 e na presença de qualquer um dos seguintes: RCV <math>\geq</math>20%, presença de lesão em órgão alvo (LOA) - HVE, retinopatia ou nefropatia em qualquer estágio, doença renal crônica (TFG &lt; 60 ml/min), DM ou doença cardiovascular estabelecida (DAC, AVC, AIT ou DAP).</li> </ol>
--

Fonte: adaptado de Clinical Knowledge Summaries- CKS (2015)

**Quadro 5.17 - Escolha do Antihipertensivo na presença de Comorbidades**

INDICAÇÃO	DROGA(S)
<b>INDICAÇÕES FORMAIS (MELHORES DESFECHOS CLÍNICOS INDEPENDENTE DA PA)</b>	
IC sistólica	IECA ou BRA, beta bloqueador, diurético, antagonista da aldosterona*
Pós IAM	IECA ou BRA, beta bloqueador, antagonista da aldosterona
DRC proteinúrica	IECA ou BRA
Angina pectoris	Beta bloqueador, BCC
Controle da FC na fibrilação e flutter atrial	Beta bloqueador, BCC não dihidropiridínico
<b>PROVÁVEL EFEITO BENÉFICO SINTOMÁTICO NA COMORBIDADE</b>	
Hiperplasia prostática benigna	Alfa bloqueador
Tremor essencial	Beta bloqueador (não cardiosseletivo)
Hipertireoidismo	Beta bloqueador
Migrânea	Beta bloqueador, BCC
Osteoporose	Tiazídico
Síndrome de Raynaud	BCC dihidropiridínico
<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>	
Angioedema	IECA
Doença broncoespástica	Beta bloqueador
Depressão	Reserpina
Doença hepática	Metildopa
Gravidez (ou risco para)	IECA, BRA, inibidor da renina
BAV de 2º ou 3º grau	Beta bloqueador, BCC não dihidropiridínico
<b>PODE TER EFEITOS ADVERSOS RELACIONADOS À COMORBIDADE</b>	
Depressão	Beta bloqueador, alfa-2 agonistas centrais
Gota	Diurético
Hipercalemia	Antagonista da aldosterona, IECA, BRA, inibidor da renina
Hiponatremia	Tiazídicos
Doença renovascular	IECA, BRA, inibidor da renina

IECA: inibidor da enzima conversora da angiotensina, BRA: bloqueador do receptor da angiotensina, BCC: bloqueador dos canais de cálcio.

\*pessoas com IC em classe funcional (NYHA) III-IV ou com FEVE diminuída após IAM.

Fonte: adaptado de: JOINT 7 (2003)

**Quadro 5.18 - Principais Antihipertensivos (RENAME)**

<b>1ª LINHA PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO SEM COMORBIDADES (VER TAMBÉM FLUXOGRAMA 5.2)</b>				
<b>FÁRMACO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>POSOLOGIA</b>	<b>EFEITOS ADVERSOS</b>
Hidroclorotiazida	Diurético tiazídico	Comprimidos de 12.5 e 25mg	12.5-25mg, dose máxima de 50mg, 1x ao dia	Hiponatremia, hipopotassemia, hipomagnesemia, hipercalcemia, hiperuricemia, alteração na concentração dos lipídios plasmáticos, intolerância a glicose e disfunção erétil
Enalapril	IECA	Comprimidos de 5, 10 e 20mg	5-40mg ao dia, a cada 12 ou 24 horas	Tontura, vertigem, astenia, cefaleia, hiperpotassemia, tosse, alteração na função renal, náusea, diarreia, angioedema (0,2%)
Captopril	IECA	Comprimidos de 25mg	50-150mg ao dia, a cada 8 horas	Hipotensão, taquicardia, palpitação, exantema (até 7%), angioedema (0,1%)
Losartana potássica	BRA	Comprimidos de 50mg	25-100mg, a cada 12 ou 24 horas	IVAS, sintomas dermatológicos diversos, dispépticos, psiquiátricos e musculares; diarreia, disfunção erétil, angioedema
Besilato de Anlodipino	BCC dihidropiridínico	Comprimidos de 5, 10mg	5-10mg a cada 24 horas	Edema periférico, cefaleia, palpitação, fadiga, tontura, exantema, rubor facial, disfunção erétil
<b>ANTIHIPERTENSIVOS UTILIZADOS COMO 2ª LINHA OU NA PRESENÇA DE INDICAÇÃO ESPECÍFICA (VER TAMBÉM QUADRO 5.19)</b>				
<b>FÁRMACO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>POSOLOGIA</b>	<b>EFEITOS ADVERSOS</b>
Atenolol	Betabloqueador	Comprimidos de 50 e 100mg	25 a 100mg a cada 24 horas	Fadiga, tontura, depressão
Cloridrato de Propranolol	Betabloqueador	Comprimidos de 10 e 40mg	40mg a cada 12 horas, aumentado gradualmente até 120 a 240 mg por dia, dividido a cada 8 ou 12 horas. Dose máxima diária: 320 mg.	Fadiga, disfunção sexual
Succinato de Metoprolol	Betabloqueador	Comprimidos de liberação controlada de 25, 50 e 100mg	Dose inicial de 25 a 100 mg, a cada 24 horas. A dose deve ser ajustada semanalmente, se necessário. Dose máxima: 450 mg/dia	Hipotensão, tontura, fadiga, bradiarritmia, prurido, exantema, diarreia, depressão, hiperglicemia
<b>FÁRMACO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>POSOLOGIA</b>	<b>EFEITOS ADVERSOS</b>



Tartarato de Metoprolol	Betabloqueador	Comprimidos de 100mg	Dose inicial de 25 a 100 mg, a cada 24 horas. A dose deve ser ajustada semanalmente, se necessário. Dose máxima: 450 mg/dia	Hipotensão, tontura, fadiga, bradiarritmia, prurido, exantema, diarreia, depressão, hiperglicemia
Carvedilol	Betabloqueador	Comprimidos de 3.125, 6.25, 12.5 e 25mg	Não está padronizado para uso em HAS. Preferir outros beta bloqueadores. Seu uso deve ser reservado para casos de insuficiência cardíaca (IC)	Hipotensão, fadiga, disfunção erétil, bradiarritmia, náusea, astenia
Espironolactona	Antagonista da aldosterona (diurético)	Comprimidos de 25 e 100mg	25 a 50mg a cada 24 horas	Ginecomastia em homens, irregularidade menstrual, hiperpotassemia, hiponatemia, disfunção erétil, hemorragia gástrica
Cloridrato de Verapamil	BCC não dihidropiridínico	Comprimidos de 80 e 120mg	Dose inicial 80 a 120 mg a cada 8 ou 12 horas. Dose máxima: 480 mg/dia	Hiperplasia gengival, rubor, obstipação intestinal, hipotensão, edema periférico, tosse
Mesilato de Doxazosina	Alfa bloqueador	Comprimidos de 2 e 4mg	Iniciar com 1mg ao dia, pode dobrar a dose gradualmente de acordo com a resposta até 16mg ao dia	Tontura, mal estar, fadiga, cefaleia
Metildopa	Alfa bloqueador central	Comprimidos de 250mg	Iniciar com 250 mg 2 a 3 vezes ao dia. Aumentar, se necessário, a cada 2 dias até o máximo de 3 g/dia. Manutenção: 0,5 a 2 g em 2 a 4 doses.	Anemia hemolítica, diminuição da libido, vertigem, tontura, cefaleia
Cloridrato de Hidralazina	Vasodilatador	Comprimido de 25 e 50mg	Dose inicial 25 mg a cada 12 horas, aumentado até 100 mg a cada 12 horas. Dose máxima diária: 200 mg.	Cefaleia, sintomas gastrointestinais

Fonte: adaptado de RENAME (2014) e FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL (2010)

**Quadro 5.19 - Encaminhamento para serviço de Referência**

<b>CONDIÇÃO</b>	<b>O QUE, QUANDO E COMO FAZER</b>	<b>QUEM PROVIDENCIA</b>
Suspeita de HAS "do jaleco branco"	Ao cardiologista, se não há disponibilidade local para solicitação de MRPA (ver anexo 3.1) ou MAPA	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Suspeita de HAS Secundária	Ao cardiologista, se não puder investigar na APS os elementos do Quadro 5.7	Médico(a)
Avaliação de retinopatia	Ao oftalmologista, anualmente (3/3 meses na gestação concomitante) desde diagnóstico HAS ou DM2, após 5 anos com DM1	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Avaliação por nefropatia	Ao nefrologista se macroalbuminúria, taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 (utilizar nomograma CKD-EPI para estimar a TFG - ver anexo 5.1) ou sua queda rápida (> 5ml/min/ano ou > 10ml/min/ano em 5 anos)	Médico(a)
Abordagem de efeitos adversos	Ao cardiologista, se a troca de classe de uma das drogas por efeito adverso, mesmo com maximização das demais, levar a PA alta sustentada	Médico(a)
Hipertensão resistente	Ao cardiologista	Médico(a)

Fonte: Protocolos da atenção básica : condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

**Material para apoio nas decisões compartilhadas sobre  
Tratamento Farmacológico**  
(Ver também Saiba Mais)



Pessoas que NÃO sofrerão o desfecho em questão, INDEPENDENTE do uso do medicamento.



Pessoas que SOFRERÃO o desfecho em questão, INDEPENDENTE do uso do medicamento.

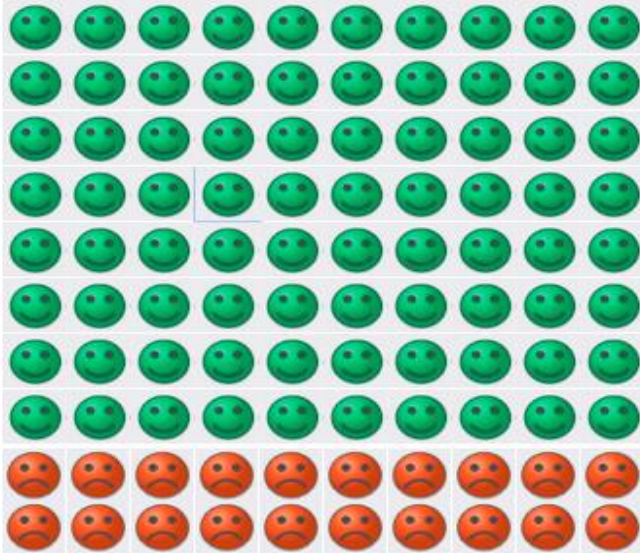


Pessoas que serão PROTEGIDAS do evento em questão pelo uso do medicamento.

Cabe ressaltar:

- NNT: número necessário para tratar. O NNT oferece uma medida do impacto que um medicamento ou terapia tem estimando o número de pessoas que necessitam receber um determinado tratamento para que uma tenha o benefício esperado. O conceito é estatístico, porém intuitivo. É importante destacar que nem todas as pessoas são beneficiadas por um medicamento ou tratamento- algumas terão benefício, algumas malefício e algumas não terão o problema independente do tratamento. O NNT nos dá uma ideia numérica dessa variedade de possibilidades.
- NNH: número necessário para causar dano. Segue a mesma linha de raciocínio do NNT, só que o desfecho avaliado é algum dano importante para a pessoa e consequente da intervenção recebida.

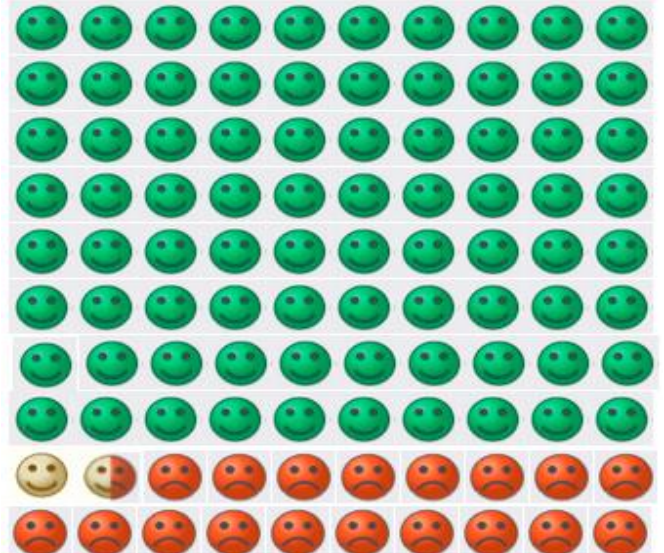
**Apêndice 5.1 - Risco Cardiovascular de 20%  
(SEM USO DE ESTATINA)**



Fonte: adaptado de QRISK 2 (2016)

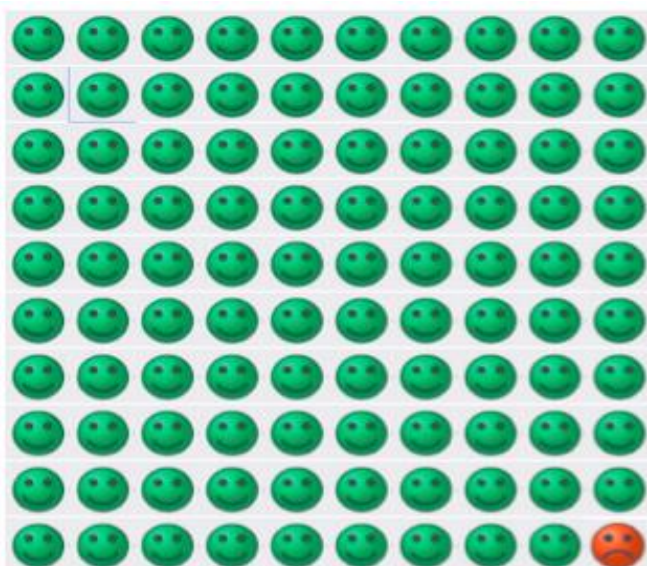
**Apêndice 5.2 - Uso de Estatina por 5 anos X Prevenção de IAM nao-fatal**

**USO DE ESTATINA por 5 anos X PREVENÇÃO DE IAM NAO-FATAL em pessoas com RCV DE 20% em 10anos (1,5 pessoas terão benefício. 18,5 pessoas irão infartar mesmo usando estatina -NNT=70)**



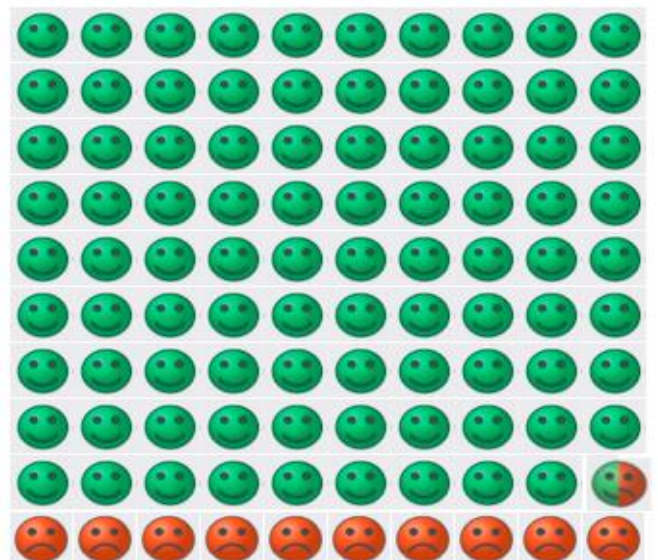
Fonte: figura construída a partir dos dados disponíveis no Dynamed, em 23/09/2016, na tabela "NNT for statins for 5 years" do tópico "Statins for primary and secondary preventios of cardiovascular disease"

**Apêndice 5.3 - Risco de DM2 X uso de Estatina**



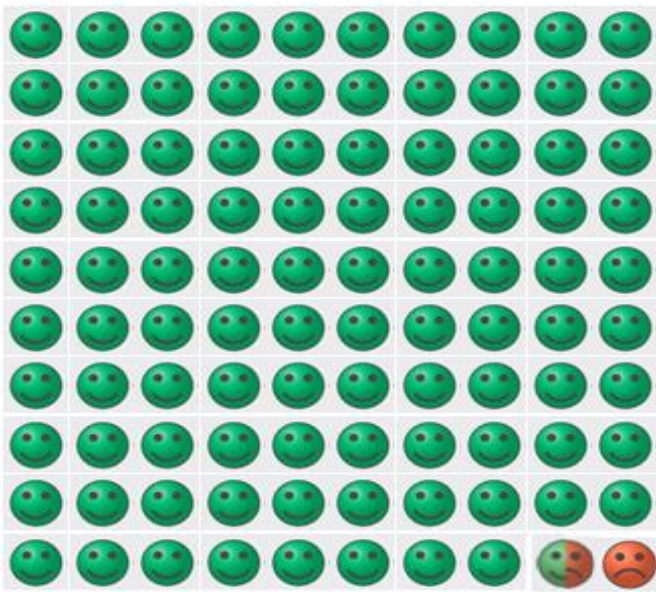
Fonte: adaptado de NEWMAN (2015)

**Apêndice 5.4 - Risco de Toxicidade Muscular com uso de Estatina**



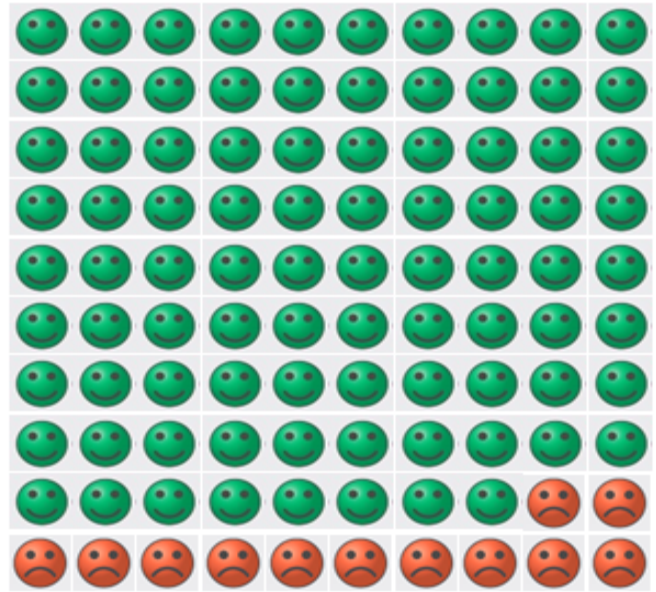
Fonte: adaptado de NEWMAN (2015)

**Apêndice 5.5 - Risco de efeito adverso com uso de Antihipertensivo em HAS leve**



Fonte: adaptado de DIADet al (2012)

**Apêndice 5.6 - Risco de efeito adverso\* com uso de Antihipertensivo em HAS leve\*\***



\*efeito que levou a descontinuação da droga

\*\*nenhuma morte foi evitada

Fonte: adaptado de GREEN (2015)

## SAIBA MAIS

- Para saber mais sobre os cuidados na hipertensão arterial sistêmica, leia o Caderno de Atenção Básica nº 37. Hipertensão arterial sistêmica:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf).

Página 75: “Consulta médica na crise hipertensiva”

Página 76: “pseudocrise hipertensiva”

Páginas 40-42: “consulta de enfermagem na pessoa com HAS” - foco para história e exame físico

Páginas 43-46: “consulta médica na pessoa com HAS” - foco para história e exame físico

- Para saber mais o acolhimento da pessoa com HAS, leia o Caderno de Atenção Básica sobre Acolhimento, Vol.2:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/cadernos_ab/caderno_28.pdf).

Página 129: “HAS: alterações agudas”

- Para saber mais sobre os cuidados no diabetes mellitus, leia o Caderno de Atenção Básica nº 36. Diabetes Mellitus:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf).

Páginas 34-38: “Consulta de enfermagem na pessoa com DM” - foco para história e exame físico

Páginas 38-40: “Consulta médica na pessoa com DM” - foco para história e exame físico

- Para saber mais sobre os medicamentos deste (e de outros) capítulos - doses, efeitos adversos, interações, indicações, acesse:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf)
- Para saber mais sobre NNT, NNH e pictogramas, acesse: <http://www.thennt.com/>

## Referências

- BANGALORE, S.; QIN, J.; SLOAN, S.; MURPHY, S.A.; CANNON, C.P. What is the optimal blood pressure in patients after acute coronary syndromes?: Relationship of blood pressure and cardiovascular events in the PRavastatin OR atorVastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis In Myocardial Infarction. **Circulation**. 2010; v.122, n.21, p.2142.
- BIBBINS-DOMINGO, K. Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Ann Intern Med**, Apr 12 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CALVIN, A.D. *et al.* Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis comparing patients with and without diabetes. **Diabetes Care**, v.32, n.12, p.2300-6, Dec 2009.
- CHOU, R.; DANA, T.; BLAZINA, I.; DAEGES, M.; BOUGATSOS, C.; GRUSING, S.; JEANNE, T.L. Statins for Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Evidence Synthesis**. n.139. AHRQ Publication No. 14-05206-EF-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- DIAO, D.; WRIGHT, J.M.; CUNDIFF D.K.; GUEYFFIER, F. Pharmacotherapy for mild hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012.
- DICKERSON, J.E.; HINGORANI, A.D.; ASHBY, M.J.; PALMER, C.R.; BROWN, M.J. Optimisation of antihypertensive treatment by crossover rotation of four major classes. **Lancet**. 1999; v.353, n.9169, p.2008.
- GREEN, G. Treatment of Mild Hypertension for the Primary Prevention of Cardiovascular Events. **The NNT**. 2015. Disponível em <http://www.thennt.com/nnt/treatment-of-mild-hypertension-for-cardiac-prevention>. Acesso em 23/09/2016.
- HENEGHAN, C. Considerable uncertainty remains in the evidence for primary prevention of cardiovascular disease [editorial]. **Cochrane Database System Revision**. 2011 Jan14;(8):ED000017
- IKEDA, Y. *et al.* Low-dose aspirin for primary prevention of cardiovascular events in Japanese patients 60 years or older with atherosclerotic risk factors: a randomized clinical trial. **JAMA**, v.312, n.23, p.2510-20, Dec 17 2014.
- MAGACHO, E.J.C; PEREIRA, A.C.; MANSUR, H.N.; BASTOS, M.G. Nomograma para a Estimação da Taxa de Filtração Glomerular. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 2012; v.34, n.3, p.313-315.
- MATERSON, B.J.; REDA, D.J.; PRESTON, R.A.; CUSHMAN, W.C.; MASSIE, B.M.; FREIS, E.D.; KOCHAR, M.S.; HAMBURGER, R.J.; FYE, C.; LAKSHMAN, R. Response to a second single antihypertensive agent used as monotherapy for hypertension after failure of the initial drug. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. **Arch Intern Med**.1995; v.155, n.16, p.1757.

MATTHYS, F. *et al.* Review of guidelines on primary prevention of cardiovascular disease with aspirin: how much evidence is needed to turn a tanker? **Eur J Prev Cardiol.** v.21, n.3, p.354-65, Mar 2014.

MESSERLI, F.H.;MANCIA, G.;CONTI, C.R.;HEWKIN, A.C.;KUPFER, S.;CHAMPION, A.;KOLLOCH, R.;BENETOS, A.;PEPINE, C.J. Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous?.**Ann Intern Med.** 2006 Jun 20; v.144, n.2, p.884-93.

NEWMAN, D. Statin Drugs Given for 5 Years for Heart Disease Prevention (Without Known Heart Disease). **THE NNT Group**, 17/07/2015. Disponível em: <http://www.thennt.com/nnt/statins-for-heart-disease-prevention-without-prior-heart-disease/>. Acessado em 23/09/2015.

PARAG, H.; JOSHI, M.D.*et al.* A Point-by-Point Response to Recent Arguments Against the Use of Statins in Primary Prevention. **Clin. Cardiol.**v.35, n.7, p.404-409, 2012.

RAY, K.K.; SESHASAI, S.R.; ERQOU, S.; SEVER, P.; JUKEMA, W.; FORD, I.; SATTAR, N. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65229 participants. **Archives of Internal Medicine.** 2010; v.170, n.12, p.1024-1031.

Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? **BMJ** 2013;347:f6123 doi: 10.1136/bmj.f6123. And Correction: **BMJ** 2014;348:g3329 doi: 10.1136/bmj.g3329 (Published 15 May 2014)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016.** Disponível em 08/09/2016 em <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.

SUNDSTROM, J.; ARIMA, H.; JACKSON, R.; TURNBULL, F.; RAHIMI, K.; CHALMERS, J.; WOODWARD, M.; NEAL, B. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis: Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. **Ann Intern Med.** 2015; v.162, n.3. p.184.

TAYLOR, Fiona;HUFFMAN, Mark D.;MACEDO, Ana Filipa;MOORE, Theresa H.M.;BURKE, Margaret;DAVEY SMITH, George;WARD, Kirsten;EBRAHIM, Shah. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 9, Art. No. CD004816. DOI: 10.1002/14651858.CD004816.pub1

Use of Aspirin for Primary Prevention of Heart Attack and Stroke. **FDA.gov**, Accessed January 20, 2015.

Uso de estatinas na prevenção primária de doenças cardiovasculares: Deve-se ampliar o uso para pessoas de baixo risco? In: **Boletim de Farmacoterapêutica.** Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/Farmacoterapeutica\\_07\\_11\\_13.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Farmacoterapeutica_07_11_13.pdf)[http://www.cff.org.br/userfiles/armacoterapeutica\\_07\\_11\\_13.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/armacoterapeutica_07_11_13.pdf). Acessado em 14/04/2016.

VOKÓ, Z.; BOTS, M.L.; HOFMAN, A.; KOUDSTAAL, P.J.; WITTEMAN, J.C.; BRETELER, M.M. J-shaped relation between blood pressure and stroke in treated hypertensives. **Hypertension.** 1999; v.34, n.6, p.1181.

WESTERBERG, DP. Diabetic Ketoacidosis: Evaluation and Treatment. **American Family Physician.** 2013 mar 1. v.87, n.5, p.337-46.

WHO.**Guideline: Sodium intake for adults and children.** Geneva, World Health Organization (WHO), 2012. [http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium\\_intake\\_printvesion.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake_printvesion.pdf)



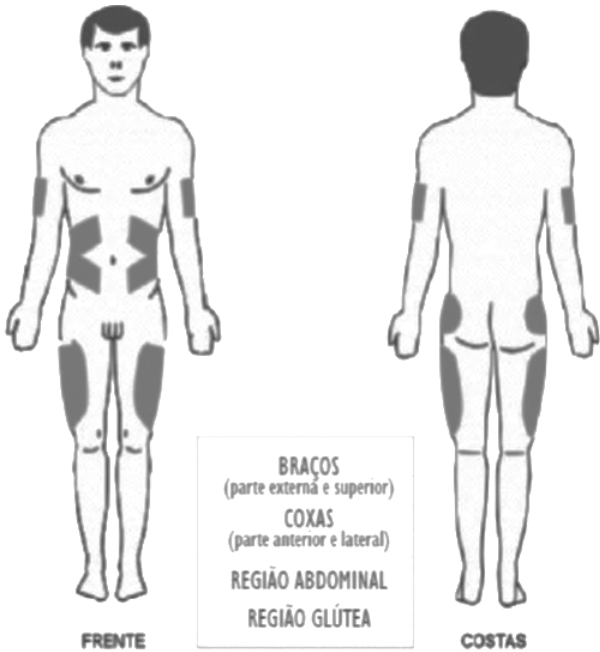
## Anexo 5.1 - Taxa de Filtração Glomerular baseado na equação CKD-EPI nos homens

IDADE (anos)	HOMENS										CREATININA (mg/dL)										FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ml/min/1,73m²)										
	0,6	0,7	0,8	0,9	1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2	2,2	2,4	2,6	2,8	3		3,2	3,4	3,6	3,8	4	4,2	4,4	4,6	4,8	5
	18	147	138	130	124	109	97	88	80	73	67	62	58	54	50	47	42	38	34	32		29	27	25	23	22	20	19	18	17	16
19	146	137	130	123	109	97	87	79	72	67	62	57	53	50	47	42	38	34	31	29	27	25	23	22	20	19	18	17	16	16	
20	145	136	129	123	108	96	87	79	72	66	61	57	53	50	47	42	37	34	31	29	26	25	23	21	20	19	18	17	16	15	
21	144	135	128	122	107	95	86	78	71	66	61	56	53	49	46	41	37	34	31	28	26	24	23	21	20	19	18	17	16	15	
22	143	134	127	121	106	94	85	77	71	65	60	56	52	49	46	41	37	34	31	28	26	24	23	21	20	19	18	17	16	15	
23	142	133	126	120	106	94	85	77	70	65	60	56	52	49	46	41	37	33	30	28	26	24	22	21	20	19	18	17	16	15	
24	141	132	125	119	105	93	84	76	70	64	59	55	52	48	45	40	36	33	30	28	26	24	22	21	20	19	17	16	15	15	
25	140	131	124	118	104	93	84	76	69	64	59	55	51	48	45	40	36	33	30	28	26	24	22	21	20	19	18	17	16	15	
26	139	130	123	117	103	92	83	75	69	63	59	54	51	48	45	40	36	33	30	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15	
27	138	129	122	117	103	92	82	75	68	63	59	54	50	47	44	40	36	32	30	27	25	23	22	20	19	18	17	16	15	15	
28	137	128	122	116	102	91	82	74	68	62	58	54	50	47	44	39	35	32	29	27	25	23	22	20	19	18	17	16	15	15	
29	136	128	121	115	101	90	81	74	67	62	57	53	50	47	44	39	35	32	29	27	25	23	22	20	19	18	17	16	15	14	
30	135	127	120	114	101	90	81	73	67	62	57	53	49	46	43	39	35	32	29	27	25	23	21	20	19	18	17	16	15	14	
31	134	126	119	113	100	89	80	73	66	61	57	53	49	46	43	38	35	31	29	26	24	23	21	20	19	18	17	16	15	14	
32	133	125	118	113	99	88	80	72	66	61	56	52	49	46	43	38	34	31	29	26	24	23	21	20	19	17	16	15	14	14	
33	132	124	117	112	98	88	79	72	66	60	56	52	48	45	43	38	34	31	28	26	24	22	21	20	18	17	16	15	14	14	
34	131	123	117	111	98	87	78	71	65	60	55	51	48	45	42	38	34	31	28	26	24	22	21	19	18	17	16	15	14	14	
35	130	122	116	110	97	87	78	71	65	59	55	51	48	45	42	37	34	31	28	26	24	22	21	19	18	17	16	15	14	14	
36	129	121	115	109	96	86	77	70	64	59	55	51	47	44	42	37	33	30	28	26	24	22	20	19	18	17	16	15	14	14	
37	128	121	114	109	96	85	77	70	64	59	54	50	47	44	41	37	33	30	28	25	23	22	20	19	18	17	16	15	14	14	
38	128	120	113	108	95	85	76	69	63	58	54	50	47	44	41	37	33	30	27	25	23	22	20	19	18	17	16	15	14	14	
39	127	119	113	107	94	84	76	69	63	58	53	50	46	43	41	36	33	30	27	25	23	21	20	19	18	17	16	15	14	13	
40	126	118	112	106	94	84	75	68	62	57	53	49	46	43	41	36	33	30	27	25	23	21	20	19	18	17	16	15	14	13	
41	125	117	111	106	93	83	75	68	62	57	53	49	46	43	40	36	32	29	27	25	23	21	20	19	17	16	15	14	13	13	
42	124	116	110	105	92	82	74	67	62	57	52	49	45	43	40	36	32	29	27	24	23	21	20	18	17	16	15	14	13	13	
43	123	116	109	104	92	82	74	67	61	56	52	48	45	42	40	36	32	29	26	24	22	21	20	18	17	16	15	14	13	13	
44	122	115	109	104	91	81	73	66	61	56	52	48	45	42	39	35	32	29	26	24	22	21	19	18	17	16	15	14	13	13	
45	121	114	108	103	90	81	73	66	60	55	51	48	44	42	39	35	31	29	26	24	22	21	19	18	17	16	15	14	13	13	
46	121	113	107	102	90	80	72	65	60	55	51	47	44	41	39	35	31	28	26	24	22	20	19	18	17	16	15	14	13	13	
47	120	112	106	101	89	80	72	65	59	55	51	47	44	41	39	34	31	28	26	24	22	20	19	18	17	16	15	14	13	13	
48	119	112	106	101	89	79	71	65	59	54	50	47	44	41	38	34	31	28	26	23	22	20	19	18	17	16	15	14	13	13	
49	118	111	105	100	88	78	71	64	58	54	50	46	43	40	38	34	31	28	26	23	22	20	19	18	17	16	15	14	13	13	
50	117	110	104	99	87	78	70	64	58	54	49	46	43	40	38	34	30	28	26	23	21	20	19	17	16	15	14	13	12	12	
51	116	109	103	98	87	77	70	63	58	53	49	46	43	40	38	33	30	27	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	
52	116	109	103	98	86	77	69	63	57	53	49	46	42	40	37	33	30	27	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	
53	115	108	102	97	86	76	69	62	57	52	48	45	42	39	37	33	30	27	25	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	
54	114	107	101	96	85	75	68	62	57	52	48	45	42	39	37	33	29	27	24	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	
55	113	106	101	96	84	75	68	61	56	52	48	44	41	39	36	33	29	27	24	22	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	
56	112	105	100	95	84	75	67	61	56	51	47	44	41	39	36	32	29	26	24	22	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	
57	112	105	99	94	83	74	67	61	55	51	47	44	41	38	36	32	29	26	24	22	20	19	18	17	16	15	14	13	12	12	
58	111	104	98	94	83	74	66	60	55	51	47	43	41	38	36	32	29	26	24	22	20	19	18	16	15	14	13	12	12	12	
59	110	103	98	93	82	73	66	60	55	50	46	43	40	38	35	32	28	26	24	22	20	19	17	16	15	14	13	12	12	12	
60	109	103	97	93	81	73	65	59	54	50	46	43	40	37	35	31	28	26	23	22	20	19	17	16	15	14	13	12	12	12	
61	109	102	96	92	81	72	65	59	54	50	46	43	40	37	35	31	28	26	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	12	
62	108	101	96	91	80	72	64	58	53	49	45	42	39	37	35	31	28	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	
63	107	100	95	91	80	71	64	58	53	49	45	42	39	37	34	31	28	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	
64	106	100	94	90	79	71	64	58	53	49	45	42	39	36	34	31	27	25	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	
65	106	99	94	89	78	70	63	57	52	48	45	41	39	36	34	30	27	25	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	
66	105	98	93	89	78	70	63	57	52	48	44	41	38	36	34	30	27	25	22	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	
67	104	98	92	88	78	69	62	56	52	47	44	41	38	36	34	30	27	24	22	21	19	18	16	15	14	13	12	12	12	11	
68	103	97	92	87	77	69	62	56	51	47	44	41	38	35	33	30	27	24	22	20	19	18	16	15	14	13	12	12	12	11	
69	103	96	91	87	76	68	61	56	51	47	43	40	38	35	33	29	27	24	22	20	19	17	16	15	14	13	12	12	11	11	
70	102	96	91	86	76																										

## Anexo 5.1 - Taxa de Filtração Glomerular baseado na Equação Ckd-Epi nas Mulheres (continuação)

		MULHERES																	CREATININA (mg/dL)										FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	
		0,6	0,7	0,8	0,9	1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2	2,2	2,4	2,6	2,8	3	3,2	3,4	3,6	3,8	4	4,2	4,4		4,6
18	133	127	121	117	82	73	66	60	56	50	47	43	41	38	36	32	29	26	24	22	20	19	18	16	15	14	13	12	12	12
19	133	126	121	116	82	73	66	60	55	50	46	43	40	38	35	32	28	26	24	22	20	19	17	16	15	14	14	13	12	12
20	132	125	120	115	81	72	65	59	54	50	46	43	40	37	35	31	28	26	23	22	20	19	17	16	15	14	14	13	12	12
21	131	124	119	114	81	72	65	59	54	49	46	43	40	37	35	31	28	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	13	12	12
22	130	123	118	114	80	71	64	58	53	49	45	42	39	37	35	31	28	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	13	12	11
23	129	123	117	113	80	71	64	58	53	49	45	42	39	37	34	31	28	25	23	21	20	18	17	16	15	14	13	13	12	11
24	128	122	116	112	79	70	63	58	53	48	45	42	39	36	34	30	27	25	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11
25	127	121	116	111	78	70	63	57	52	48	44	41	39	36	34	30	27	25	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11
26	126	120	115	110	78	69	63	57	52	48	44	41	38	36	34	30	27	25	22	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11
27	125	119	114	110	77	69	62	56	52	47	44	41	38	36	33	30	27	24	22	21	19	18	16	15	14	13	12	12	11	11
28	124	118	113	109	77	68	62	56	51	47	44	40	38	35	33	30	27	24	22	20	19	18	16	15	14	14	13	12	12	11
29	124	117	112	108	76	68	61	56	51	47	43	40	37	35	33	29	26	24	22	20	19	17	16	15	14	13	13	12	11	11
30	123	117	112	107	76	68	61	56	50	46	43	40	37	35	33	29	26	24	22	20	19	17	16	15	14	13	13	12	11	11
31	122	116	111	107	75	67	60	55	50	46	43	40	37	35	33	29	26	24	22	20	18	17	16	15	14	13	13	12	11	11
32	121	115	110	106	75	67	60	54	50	46	42	39	37	34	32	29	26	24	22	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	11
33	120	114	109	105	74	66	60	54	49	45	42	39	36	34	32	29	26	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	11
34	119	113	109	104	74	66	59	54	49	45	42	39	36	34	32	28	26	23	21	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	11
35	118	113	108	104	73	65	59	53	48	45	41	39	36	34	32	28	25	23	21	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	10
36	118	112	107	103	73	65	58	53	48	45	41	38	36	33	31	28	25	23	21	19	18	17	15	14	13	12	11	11	10	10
37	117	111	106	102	72	64	58	53	48	44	41	38	35	33	31	28	25	23	21	19	18	16	15	14	13	13	12	11	11	10
38	116	110	105	102	72	64	57	52	48	44	41	38	35	33	31	28	25	23	21	19	18	16	15	14	13	13	12	11	11	10
39	115	109	105	101	71	63	57	52	47	44	40	37	35	33	31	27	25	22	20	19	17	16	15	14	13	13	12	11	11	10
40	114	109	104	100	71	63	57	51	47	43	40	37	35	33	31	27	25	22	20	19	17	16	15	14	13	12	12	11	11	10
41	114	108	103	99	70	63	56	51	47	43	40	37	34	32	30	27	24	22	20	19	17	16	15	14	13	12	12	11	11	10
42	113	107	103	99	70	62	56	51	46	43	39	37	34	32	30	27	24	22	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	10	10
43	112	106	102	98	69	62	56	50	46	42	39	36	34	32	30	27	24	22	20	18	17	16	15	14	13	12	12	11	10	10
44	111	106	101	97	69	61	56	50	46	42	39	36	34	32	30	26	24	22	20	18	17	16	15	14	13	12	11	11	10	10
45	110	105	100	97	68	61	56	50	46	42	39	36	34	31	30	26	24	21	20	18	17	16	14	13	12	11	11	10	10	9
46	110	104	100	96	68	60	54	49	45	41	38	36	33	31	29	26	24	21	20	18	17	15	14	13	12	11	11	10	10	9
47	109	104	99	95	67	60	54	49	45	41	38	35	33	31	29	26	23	21	19	18	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9
48	108	103	98	95	67	60	54	49	44	41	38	35	33	31	29	26	23	21	19	18	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9
49	107	102	98	94	66	59	53	48	44	41	38	35	33	31	29	26	23	21	19	18	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9
50	107	101	97	93	66	59	53	48	44	40	37	35	32	30	28	25	23	21	19	17	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9
51	106	101	96	93	65	58	52	48	44	40	37	34	32	30	28	25	23	21	19	17	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9
52	106	100	96	92	65	58	52	47	43	40	37	34	32	30	28	25	23	20	19	17	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9
53	104	99	95	91	64	57	52	47	43	39	37	34	32	30	28	25	22	20	19	17	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9
54	104	99	94	91	64	57	51	47	43	39	36	34	31	29	28	25	22	20	18	17	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9
55	103	98	94	90	64	57	51	46	42	39	36	33	31	29	28	25	22	20	18	17	16	14	13	12	11	11	10	10	9	9
56	102	97	93	89	63	56	51	46	42	39	36	33	31	29	27	24	22	20	18	17	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
57	102	96	92	89	63	56	50	46	42	38	36	33	31	29	27	24	22	20	18	17	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
58	101	96	92	88	62	55	50	45	41	38	35	33	31	29	27	24	22	20	18	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9	9
59	100	95	91	88	62	55	50	45	41	38	35	33	30	28	27	24	21	19	18	16	15	14	13	12	11	10	10	9	9	9
60	99	94	90	87	61	55	49	45	41	38	35	32	30	28	27	24	21	19	18	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
61	99	94	90	86	61	54	49	44	41	37	35	32	30	28	26	23	21	19	18	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
62	98	93	89	86	61	54	49	44	40	37	34	32	30	28	26	23	21	19	17	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
63	97	93	89	85	60	54	48	44	40	37	34	32	30	28	26	23	21	19	17	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
64	97	92	88	85	60	53	48	43	40	37	34	31	29	27	26	23	21	19	17	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9
65	96	91	87	84	59	53	48	43	39	36	34	31	29	27	26	23	21	19	17	16	15	13	12	11	10	10	10	9	9	8
66	95	91	87	83	59	52	47	43	39	36	33	31	29	27	25	23	20	19	17	16	14	13	12	11	10	10	10	9	9	8
67	95	90	86	83	58	52	47	43	39	36	33	31	29	27	25	23	20	18	17	15	14	13	12	11	10	10	10	9	9	8
68	94	89	85	82	58	52	47	42	38	36	33	31	29	27	25	22	20	18	17	15	14	13	12	11	10	10	10	9	9	8
69	93	89	85	82	58	51	46	42	38	35	33	30	28	27	25	22	20	18	17	15	14	13	12	11	10	10	10	9	9	8
70	93	88	84	81	57	51	46	42	38	35	32	30	28	26	25	22	20	18	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	9	8
71	92	87	84	81	57	51	46	41	38	35																				

## Anexo 5.2 - Orientações gerais para aplicação de Insulina

	CONSIDERAÇÕES	O QUE FAZER
Rodízio do local de aplicação	<p>Rodiziar em um ponto diferente a cada aplicação, repetindo o mesmo ponto somente após 15 dias, tempo necessário para a cicatrização, prevenindo a lipohipertrofia ou lipodistrofia.</p> <p>Evitar aplicar a insulina perto das articulações, região da virilha, no umbigo e na linha média do abdome.</p> 	Fazer rodízio do local de aplicação de insulina mantendo distância mínima de 1 cm entre cada injeção.
Técnica de aplicação	Retirar a agulha cinco segundos após a aplicação para garantir injeção de toda a dose de insulina.	Pinçar o local levemente entre dois dedos e introduzir a agulha completamente, em ângulo de 90 graus. Se criança, pessoa muito magra ou pouca gordura no local, utilizar agulhas mais curtas ou ângulo de 45 graus (vide técnica detalhada no POP nº 4 no Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Enfermagem SMS - Campinas).
Armazenamento da insulina	<p>Frasco lacrado precisa ser mantido refrigerado entre 2°C a 8°C, após aberto, pode-se manter em temperatura ambiente para minimizar dor no local da injeção, entre 15°C e 30°C;</p> <p>Após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira.</p>	<p>Recomendar anotação da data de abertura no frasco.</p> <p>Recomendar não congelar a insulina, refrigeração entre 2°C a 8°C e após aberto entre 15°C e 30°C.</p>

Fonte: adaptado de BRASIL (2006; 2013)

## **Anexo 5.3 - Pé Diabético**

### **Introdução**

Pé diabético é o termo designado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos. As ações de prevenção dessa morbidade dependem de um bom controle da doença e da implantação de medidas relativamente simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento mais resolutivo nos estágios iniciais da doença. Além de ser uma medida preventiva, o exame clínico dos pés é o método diagnóstico mais efetivo, simples e de baixo custo para identificação da neuropatia diabética.

A neuropatia diabética afeta as fibras sensitivas, motoras e autonômicas. O comprometimento das fibras sensitivas resulta em perda gradual da sensibilidade dolorosa, da percepção da pressão plantar, da temperatura e da propriocepção. Já com o comprometimento das fibras motoras pode ocorrer atrofia, fraqueza dos pequenos músculos dorsais, desequilíbrio dos tendões flexores e extensores, deformidades e alteração da marcha. Na disfunção autonômica ocorre a anidrose distal ou seja, a redução ou supressão do suor nos pés, ressecamento da pele, fissuras profundas e alterações arteriovasculares.

A doença vascular no diabético pode apresentar-se sob duas formas: a macrovascular, responsável pela doença cardiovascular, arterial periférica e cerebrovascular; e a microvascular, responsável pela retinopatia e nefropatia. A aterosclerose nos pacientes diabéticos é mais frequente, mais precoce, progressiva, mais distal e mais grave quando comparada aos pacientes não diabéticos. A diminuição do fluxo sanguíneo provoca alterações de pele, cor, temperatura e os pacientes podem apresentar claudicação intermitente e dor de repouso.

As infecções no pé diabético representam uma ameaça direta ao membro e devem ser tratadas imediatamente e de forma incisiva. É de grande importância o reconhecimento precoce da infecção do pé diabético, que pode ser dividida em três tipos: a superficial, a mais profunda (celulite) e a osteomielite. Cabe lembrar que as úlceras são habitualmente colonizadas por germes que nem sempre significam infecção.

Assim é importante estar atento aos sinais clínicos sistêmicos e locais como febre, descontrole glicêmico, dor, calor local, edema, feridas exsudativas, celulite localizada, linfangite.

## Classificação do Pé Diabético segundo a etiopatogenia:

O Pé Diabético pode ser classificado em Pé Neuropático, Pé Isquêmico ou Neuroisquêmico (misto):

SINAL/SINTOMA	PÉ ISQUEMICO	PÉ NEUROPÁTICO
COLORAÇÃO	Pálido com elevação e cianosado com declive	NORMAL (ROSADO)
PELE	Fria e brilhante, ausência e redução de pêlos	Seca, fissurada e/ou calosidades plantares
UNHAS	Atróficas, grossas, com sulcos. Observar presença de infecção fúngica em unhas e entre os dedos.	Unhas quebradiças
DEFORMIDADES	Ausente	Pé cavo, pé chato, hálux valgo, dedos em garra, dedos em martelo e Pé de Charcot
TEMPERATURA DO PÉ	Diminuída (frio)	Quente/morna
PULSOS	Diminuídos ou ausentes	Presentes
SENSIBILIDADE	Presente	Diminuída ou ausente
CALOSIDADES	Ausente	Presente (especialmente nas plantas dos pés)
EDEMA	Ausente	Edemaciado
QUEIXA/DOR	Dor tipo claudicação intermitente evoluindo para dor em repouso que piora com a elevação do membro inferior	Parestesia, anestesia, dor tipo queimação ou lancinante
LOCALIZAÇÃO DE ÚLCERAS	Latero-digital; sem anel querotásico; margem irregular, dolorosa, infecciosa	Primeiro e quinto metatarso e calcâneo posterior; redondas com anel querotásico, peri ulcerativo; não dolorosa

Fonte: Protocolo de Atendimento Clínico de Diabetes Mellitus. SMS Campinas, 2012.

## Avaliação Clínica dos Pés - Roteiro de Consulta

Toda pessoa com diabetes deve ter o exame clínico dos pés realizado ao menos uma vez por ano por profissional habilitado. O exame é feito por meio de testes para avaliar a capacidade da pessoa em perceber estímulos (sensações).

**Exame físico (roteiro):**

- Dobrar as calças até os joelhos, retirar meias e sapatos
- Pedir para o paciente caminhar e observar sua marcha
- Observar alinhamento entre os MMII (assimetrias, alterações, coloração e deformidades)
- Observar calçados e meias (costuras, pontos de pressão)

**Cinco passos que devem ser realizados na avaliação clínica:****1. Inspeção dos pés:**

- Examinar os dois pés
- Observar e avaliar: textura, temperatura (frieza, calor), coloração (palidez à elevação da perna, rubor de declive, cianose e hiperemia), grau de hidratação da pele, rachaduras e fissuras, calosidades, alteração das unhas (presença de onicomicose), sulcos digitais (presença de tinea pedis), deformidades (pé cavo, pé chato, hálux valgo, dedos em garra, dedos em martelo, desabamento do arco plantar, neuro artropatia de charcot).

**2. Palpação de Pulsos:**

A palpação dos pulsos é muito importante para determinar o nível de lesão arterial presente no paciente, podendo determinar a conduta a ser seguida.

- Pulso Tibial Posterior (posteriormente ao maléolo medial).
- Pulso Pedioso (lateralmente ao tendão do extensor longo do hálux).
- Verificar amplitude do pulso: ausente, diminuída, normal, aumentada

**3. Testes Neurológicos de Sensibilidade**

Os testes neurológicos de sensibilidade devem ser programados anualmente para todos os portadores de diabetes com sensibilidade normal nos pés. Se o paciente não sentiu dois ou mais toques é muito provável que sua sensibilidade esteja reduzida, o que pode significar risco aumentado para ulcerações. O paciente deve ser acompanhado por equipe multiprofissional para reavaliações e orientações quanto à prevenção de ulcerações.

Ao realizar testes neurológicos de sensibilidade o profissional deve orientar o paciente quanto aos procedimentos e demonstrá-los primeiramente na mão, permitindo que o paciente possa entender a manifestação esperada.

PROTETORA PLANTAR	Monofilamento 10 g <sup>VI</sup>
VIBRAÇÃO	Diapasão 128 hz
TEMPERATURA	Cabo do diapasão 128 hz (frio)
DOR	Pino, palito
REFLEXO	Martelo

**a) Teste de Pressão Protetora Plantar – percepção: Teste de sensibilidade tátil com o monofilamento de SemmesWeinsten de 10 g.**

Consiste em procurar segundo a ilustração, áreas em que o paciente não manifeste sensação tátil. Após deve-se ocluir o campo visual e iniciar a avaliação. O exame deve ser realizado em local calmo, com a pessoa em decúbito dorsal.

- Aplicar o monofilamento perpendicularmente em ângulo de 90 graus à pele, tocando os pontos firmemente e fletindo o monofilamento por aproximadamente 2 segundos, mediante a técnica de resposta sim-não ao toque da haste.
- Recomenda-se três pontos: 1º pododáctilo e 1º, 3º e 5º metatarsos de ambos os pés. Na presença de úlceras, calos, cicatriz ou tecido necrótico testar ao redor destes pontos.
- A aplicação deverá ser por 2 vezes em cada local, alternada com pelo menos, uma aplicação simulada, na qual a haste não é aplicada.
- A sensação protetora estará presente se a pessoa responder corretamente a cada duas de três aplicações.



<sup>VI</sup> Na indisponibilidade do monofilamento de 10g é possível realizar a avaliação com fio de pesca, alternativa já testada e validada previamente. (Artigo disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/3831/3051> )

**b) Vibração - Propriocepção: O teste de vibração ou análise sensorial com diapasão (128 Hz).**

O teste deve ser realizado em ambiente calmo e o paciente não deve ser capaz de ver onde o diapasão será aplicado.

- O diapasão é aplicado na parte óssea da parte distal à falange do 1º dedo com pressão constante. Repita essa aplicação duas vezes, sendo uma sem vibração do diapasão a fim de testar a veracidade das respostas do paciente.
- O teste é positivo se houver resposta incorreta em 2 de 3 pedidos e negativo: respostas se houver resposta correta em 2 de 3 pedidos. Sendo positivo está indicado o risco.
- Locais para realização do teste: hálux, maléolo e tuberosidade da tíbia.



**c) Temperatura - Sensibilidade Térmica**

- Frio: tocar o cabo do diapasão no dorso do pé.
- Quente e frio: teste com tubos quentes e frios: Na realização deste teste utiliza-se dois tubos de ensaio, sendo um com água fria e outro com água quente. Os tubos deverão ser encostados alternadamente na pele.





**d) Dor - Sensibilidade Discriminatória por Pino, Palito, Alfinete ou Agulha**

- Tocar o dorso do pé com alfinete/palito ou agulha, sem penetrar na pele.



**e) Reflexo - Teste do Martelo Neurológico**

- Verifica a sensação profunda através dos reflexos do tendão calcâneo (de Aquiles), aplicando leves golpes com o martelo.



**f) Sensação Tátil**

- Passar o algodão no dorso do pé



#### **4. Avaliação da Úlcera**

A úlcera é a mais importante e frequente complicação do pé diabético e se não for tratada precocemente e adequadamente pode levar a infecção e amputação do membro. Na presença de úlcera, o primeiro passo é classificar a úlcera em neuropática, isquêmica ou neuro isquêmica de acordo com o diagnóstico inicial do pé diabético, pois as condutas terapêuticas e procedimentos serão definidas de acordo com esta avaliação.

As úlceras isquêmicas geralmente apresentam uma pior evolução, devido ao déficit circulatório, lentidão na cicatrização e infecções de difícil controle. A abordagem e manipulação destas úlceras devem contar com a supervisão do cirurgião vascular. Na presença de isquemia o desbridamento deve ser bem avaliado quanto a sua possibilidade sendo muitas vezes necessária a revascularização do membro antes de qualquer procedimento.

As úlceras neuropáticas são as mais frequentes e após avaliação clínica geral e local deve ser elaborado plano de tratamento com indicação de coberturas de acordo com a fase de cicatrização (ver Guia de Coberturas de Feridas da SMS de Campinas, site [www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude))

#### **5. Avaliação do Calçado**

A avaliação do calçado deve sempre fazer parte da consulta.

Observar e orientar:

- Calçado de largura e altura adequados
- Solado rígido
- Contraforte rígido
- Evitar salto > 3 cm
- Evitar uso chinelos, sapato bico fino

**Condutas:**

- Classificar o risco para seguimento
- Retirada de calos se existentes
- Tratamento da úlcera
- Alívio da pressão plantar conforme necessidade. Pode ser realizado com gesso de contato, palmilha ou repouso
- Manutenção do controle glicêmico
- Encaminhar ao vascular e ortopedista sempre que necessário

- Orientar calçados apropriados
- Orientações dos cuidados gerais dos pés
- Adaptar atividade física e exercícios às necessidades individuais

<b>Risco</b>	<b>Categoria</b>	<b>Frequência da Avaliação</b>
0	Neuropatia Ausente	1 vez ao ano
1	Neuropatia Presente	1 vez a cada 6 meses
2	Neuropatia Presente, Sinais de Doença Vascular Periférica e/ou Deformidades nos Pés	1 vez a cada 3 meses
3	Amputação/Úlcera Prévias	1 vez entre 1 a 3 meses

### **Identificação do Pé em Risco**

#### **Orientação Educativa Básica para o Cuidado com os Pés dos Diabéticos:**

- Inspeccionar diariamente os pés, incluindo áreas entre os dedos. Se necessário, pedir ajuda a familiares ou usar espelhos;
- Lavar diariamente os pés com água morna e sabão neutro, evitar água quente. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos;
- Hidratar os pés com óleos e/ou cremes, evitando a área entre os dedos;
- Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente;
- Evitar caminhar descalço ou de chinelo dentro ou fora de casa;
- Calçar sapatos que não apertem, de largura e altura adequadas. Não usar sapatos sem meias;
- As meias devem ser trocadas diariamente. As meias adequadas são as de lã ou algodão de preferência sem costura;
- Procurar a equipe de saúde sempre que houver bolhas, calos, rachaduras.

#### **Indicação de Vacinas no paciente Diabético**

- Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020, pacientes com diabetes mellitus (DM) apresentam maior risco presumido de infecção pneumocócica grave e complicações decorrentes de influenza, recomendando-se, por isso, atenção especial a essas vacinas em pacientes com diabetes.

## Referências

Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(DCNT) no Brasil - 2011 a 2022. Ministério da Saúde.

Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes 2019-2020.

FERNANDES, F.C.G.M. et al. O cuidado com os Pés e a Prevenção da Úlcera em Pacientes Diabéticos no Brasil. **Cad. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 28, n. 2, p. 302-310, June 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2020000200302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000200302&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 Set. 2020.

Malerbi, D.A.; Rezende, K.F; Parisi, M.C.R.; et al. E-Book SBD: Cuidados com os Pés em Pessoas com Diabetes em Tempos de COVID-19. Ed. SBD, 2020.

Núcleo de Telessaúde HC UFMG. Como avaliar os pés dos pacientes diabéticos? É indispensável usar monofilamento para testar sensibilidade? 23 Jun 2016.

Protocolo de atendimento Clínico de Diabetes Mellitus. SMS de Campinas. Nov/2012.

## Anexo 5.4 - Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2

### 1. Como começar o tratamento para Diabetes tipo 2?

**Mudança do estilo de vida.** Controle alimentar adequado e prática de atividade física de acordo com a idade e condições de vida do paciente. Etapa fundamental desde a prevenção e como tratamento ao diagnóstico do Diabetes Mellitus junto com as drogas orais e/ou insulinoterapia.

### 2. Quando iniciar os antidiabéticos orais?

Devem ser iniciados ao diagnóstico, juntamente com as mudanças do estilo de vida. **A droga de escolha é a metformina.**

### 3. Quais são os antidiabéticos disponíveis no SUS?

Antidiabéticos Orais disponíveis gratuitamente pelo SUS e/ou Programa “Aqui tem farmácia popular”:

- **metformina 850mg:** titular até a dose máxima de 1cp VO 3x ao dia após as refeições. Não usar em insuficiência renal, hepática e cardíaca (contraindicada em classe III das citadas insuficiências)
- **metformina XR 500mg** (apenas na Farmácia Popular): de liberação prolongada; dose máxima 4cp ao dia, podendo ser dose única diária (ou doses fracionadas, conforme a preferência do paciente).
- **glibenclamida 5mg:** dose máxima 1cp VO 3x ao dia antes das refeições
- **gliclazida MR 30mg:** de liberação prolongada, dose máxima 4cp ao dia, podendo ser dose única diária, preferencialmente no horário do café da manhã.

### 4. Quando iniciar insulina?

- Ao diagnóstico: glicemias > 300 mg/dL, perda de peso, poliúria/polidipsia importantes, cetonúria / cetonemia.
- No seguimento: falência de medicamentos orais (mantendo A1c acima da meta com drogas orais otimizadas), gestação, cirurgias, sinais de piora glicêmica aguda (perda de peso/ poliúria/ nictúria/ polidipsia), doenças graves (internação), estado hiperglicêmico não cetótico, insuficiência hepática ou renal.

## **5. Quais são as insulinas disponíveis no SUS?**

Insulinas disponíveis gratuitamente pelo SUS e Programa “Aqui tem farmácia popular” para todos os pacientes:

- Insulina NPH humana
- Insulina Regular humana

## **6. Como funcionam as insulinas NPH e regular no controle da glicemia?**

São insulinas humanas que diferem no seu tempo de ação, conforme segue:

- Regular: ação pré-prandial (antes das refeições). Início de ação: 30-60 minutos / pico de ação: 2-3 horas / tempo de ação: 4-8 horas
- NPH: ação basal. Início de ação: 2-4 horas / pico de ação: 4-10 horas / tempo de ação: 10-16 horas

Esses parâmetros devem ser utilizados junto com as medidas domiciliares das glicemias capilares para os ajustes nas doses individuais de insulina.

## **7. Para que situações podemos prescrever a caneta para aplicação de insulina?**

As insulinas NPH e Regular humanas estão disponíveis na rede “aqui tem farmácia popular” também em refis para aplicação em canetas de insulina (canetas não descartáveis). As canetas devem ser compradas pelos pacientes, assim como as agulhas. Para maiores informações, acesse o vídeo explicativo: Canetas para insulina da Farmácia Popular

Para diabéticos tipo 1 e tipo 2 de até 16 anos ou a partir de 60 anos de idade estão disponíveis, mediante cadastro realizado na própria UBS, as insulinas NPH e Regular em canetas descartáveis + agulhas para aplicação.

## **8. E as insulinas “especiais”?**

O análogo de Insulina de ação rápida (insulina aspart) está disponíveis para DM tipo 1, a partir dos 2 anos de idade , pelo programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (“Alto Custo”). A primeira prescrição precisa ser feita por medico endocrinologista , as demais renovações podem ser feitas sem restrição de especialidade médica.

**9. Qual a meta de tratamento para o diabético com relação ao controle glicêmico?**

- Glicemia de jejum e pré-prandiais: 80-130mg/dL
- Glicemia pós-prandial (2 horas após refeição): < 180mg/dL
- A1c < ou = 7,0%

É necessário individualizar as metas de acordo com as condições de cada paciente. Para pacientes idosos frágeis, com múltiplas comorbidades, risco cardiovascular elevado ou alto risco de hipoglicemias a A1c indicada é entre 7,5-8,5%.

**10. Qual o passo-a-passo para iniciar e progredir a insulinização no Diabetes Mellitus tipo 2?**

- Manter tratamento oral e introduzir Insulina NPH ao deitar** ao redor 0,2 UI/Kg/dia, aumentando 2UI a cada 2 dias, **até que a glicemia capilar de jejum esteja entre 80 a 130 mg/dL**. Se glicemia de jejum estiver < 80 mg/dL, reduzir 2UI da dose.
- Após estabilização da glicemia de jejum, mantém-se as outras drogas e programa-se retorno em 3 meses com Hb glicada (A1c). Se A1c no alvo, manter o tratamento e programar retorno em 4 meses com A1c. Caso contrário (A1c fora da meta):
- Verificar glicemia capilar pré-jantar**. Se  $\geq 130$ mg/dL, manter as medicações orais e a insulina NPH noturna e **introduzir insulina NPH pela manhã**, ao acordar, na dose de 0,2 UI/Kg/dia, aumentando 2UI a cada 2 dias, **até que a glicemia capilar pré-jantar esteja  $\leq 130$ mg/dL** (ajuste similar ao que foi feito à dose noturna). Se ocorrer hipoglicemia durante o dia (glicemia  $\leq 70$ mg/dl) reduzir dose diurna da NPH em 2UI a cada 2 dias.
- Após estabilização da glicemia pré-jantar, mantém-se todas as drogas prescritas e programa-se retorno em 3 meses com Hb glicada (A1c). Se A1c no alvo, manter o tratamento e programar retorno em 4 meses com A1c. Caso contrário (A1c ainda fora da meta):
- Monitorar as glicemias 2 horas pós-prandiais** (2h após café da manhã, almoço e jantar), verificando se estão dentro da meta ou não. Identifique se há algum período do dia (pós-café, pós-almoço ou pós-jantar) onde a

maioria das medidas (> 60% vezes) está acima de de 180mg/dL. O ideal é ter em mãos um controle glicêmico de 10 dias. Frente a esta situação, surge o **momento de iniciar o uso da insulina regular** (ou insulina prandial), que deve ser administrada preferencialmente 30 minutos antes da(s) refeição(ões) onde há descontrole glicêmico. Iniciar com baixas doses de 2UI a 4UI por refeição e ajustar de 2UI em 2UI de insulina regular até obter glicemias pós-prandiais abaixo de 180mg/dl.

- f. Novamente, após estabilização das glicemias pós-prandiais, programa-se retorno em 3 meses com A1c. Caso esteja ainda fora da meta:
- g. **Fazer a monitoração glicêmica pré e pós-prandial por 10 dias.** Identifique se há outro(s) momento(s) do dia no qual as glicemias estão ainda fora do alvo. Em caso positivo, deve-se **avançar para insulinização intensiva (basal/bolus)**, onde introduziremos **insulina regular antes de todas as principais refeições: café da manhã, almoço e jantar.** Novamente, iniciar com baixas doses, de 2 a 4UI por refeição e ajustar de 2 em 2UI de insulina regular até obtermos pós-prandiais ao redor de 180mg/dl. **Neste momento suspende-se as medicações secretagogas:** sulfanilureia (glibenclamida ou gliclazida), mantendo-se as demais medicações.

A dose total diária de insulina no esquema de insulinização intensiva / plena, costuma variar de 0,5 a 1,5 UI/Kg/dia, embora doses maiores possam ser necessárias e não haver limitação de dose máxima possível a ser dada em um paciente.

Existem outros esquemas de insulinização com insulinas bifásicas, análogos de ação longa ou ultralonga, análogos de ação ultra rápida, etc, porém não estão acessíveis nesse momento pelos protocolos do SUS de Campinas.

#### **11. Que orientações o paciente que vai começar a usar insulina precisa receber?**

O processo de aplicação de insulina deve ser orientado com cuidado ao paciente diabético por profissional de saúde capacitado, envolvendo seus familiares ou cuidadores, necessitando de explicação detalhada, demonstração com seringas e realização do processo pelo paciente ou cuidador na frente do profissional de saúde. Muitas vezes esse processo precisa ser repetido em outra data.



Recomendamos o vídeo de instrução abaixo, de grande utilidade para profissionais e para usuários: Aplicação de insulina passo-a-passo (<https://youtu.be/Fnp8AB7dwXc>)

## **12. E quanto à monitorização glicêmica domiciliar?**

O glicosímetro, assim como as tiras reagentes compatíveis e lancetas para a punção capilar são fornecidas pelo SUS Campinas para os pacientes diabéticos que utilizam insulina.

A UBS deverá providenciar os insumos para o paciente e orientá-lo a como monitorizar e registrar a glicemia capilar em tabelas que separem os diferentes momentos do dia de acordo com seu padrão alimentar (logo antes ou 2 horas após as três principais refeições). Cartão de monitorização em anexo.

A recomendação é de fornecimento de 150 fitas/mês para pacientes com insulínização intensiva e durante os períodos de gestação, peri-operatórios e de descompensações agudas. Para os demais casos, a monitorização 2 a 3 x ao dia ou por períodos determinados é suficientes para um bom acompanhamento (50 a 100 fitas/mês). Também deve ser constatado o uso e registro adequado dos insumos pelo paciente para que se mantenha o fornecimento regular das quantidades propostas.

## **Referências**

Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017/2018, Ed. Clannad  
Diabetes Mellitus, Ruy Lira; Nei Cavalcanti 2006, Ed. Diagraphic

## 6. O CUIDADO DAS PESSOAS COM MULTIMORBIDADE

Neste capítulo, a atenção à saúde a pessoa com doença crônica passa a considerar algo muito comum, a associação da doença crônica a outras patologias na mesma pessoa, bem como apresentar quais aspectos das interações que surgem dessa situação devem ser consideradas para a avaliação e condutas perante o caso.

Cuidar de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e suas complicações nos direciona imediatamente para uma condição clínica cada vez mais presente e prevalente na prática diária, a multimorbidade (MM), ou seja, a presença de duas ou mais condições clínicas de forma simultânea num mesmo indivíduo, e que está associada com aumento na mortalidade, piora do estado funcional e qualidade de vida mais baixa (WHO, 2008; BATISTA, CAMPOLINA; 2015; NICE, 2016).

A FIGURA 6.1, apresenta as mostra o resultado de um estudo realizado com pacientes do Reino Unido, ilustrando a composição da MM segundo diferentes combinações(GUTHRIE et al, 2012).

**Figura 6.1 - Ocorrência de Multimorbidades nas dez condições mais comuns entre pacientes da Atenção Primária no Reino Unido**



AVE: acidente vascular encefálico; AIT: acidente isquêmico transitório; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.  
Fonte: GUTHRIE et al (2012).

Atualmente, a MM representa um desafio para os sistemas de saúde principalmente no que se relaciona ao manejo adequado e à sobrecarga dos serviços: esse cuidado ocorre de forma fragmentada e por vezes duplicadas, eleva as taxas de encaminhamentos, além de aumentar o gasto com medicações e internações não planejadas (MOFFAT, MERCER, 2015; BATISTA, CAMPOLINA, 2015). MM também tem relação direta com o uso de múltiplos medicamentos e polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) aumentando-se a possibilidade de efeitos adversos, interações droga-droga, uso de medicamentos potencialmente inapropriados e baixa aderência terapêutica (PEIXOTO *et al*, 2015).

As pessoas com MM beneficiam-se de uma abordagem personalizada, onde os profissionais de saúde devem pensar cuidadosamente sobre os riscos e benefícios dos tratamentos individuais de cada uma das condições de saúde e considerar a interrelação dos múltiplos problemas e as respectivas terapêuticas (MORAES, SGAMBATTI, 2014; NICE, 2016). Esta abordagem especial deve ser pensada, para qualquer idade (mesmo que essa condição seja mais comum em pessoas acima de 60 anos), e nas seguintes situações quando a pessoa:

- a) tiver dificuldade de manejar seus tratamentos ou atividades rotineiras;
- b) for cuidada por múltiplos serviços e precisa de outros serviços adicionais;
- c) apresentar condição mental associada;
- e) apresenta fragilidade;
- f) ser hiperutilizador (serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ou urgência) e
- g) ter múltiplas prescrições regulares.

Nesse sentido, duas definições são importantes para essa abordagem: a “carga de morbidade” e a “carga de tratamento”. A “**carga de morbidade**” refere-se à interrelação e o impacto total de diferentes condições clínicas (e, conseqüente gravidade, tempo de evolução) em um indivíduo e não apenas à soma de diferentes condições clínicas. Indivíduos com o mesmo número de morbidades podem ter um quadro clínico totalmente diferente e, por isso, manejo clínico personalizado. De forma complementar, “**carga de tratamento**” refere-se não só ao número de medicamentos utilizados, mas sim à interrelação entre esses e o seu potencial de reações adversas e interações.

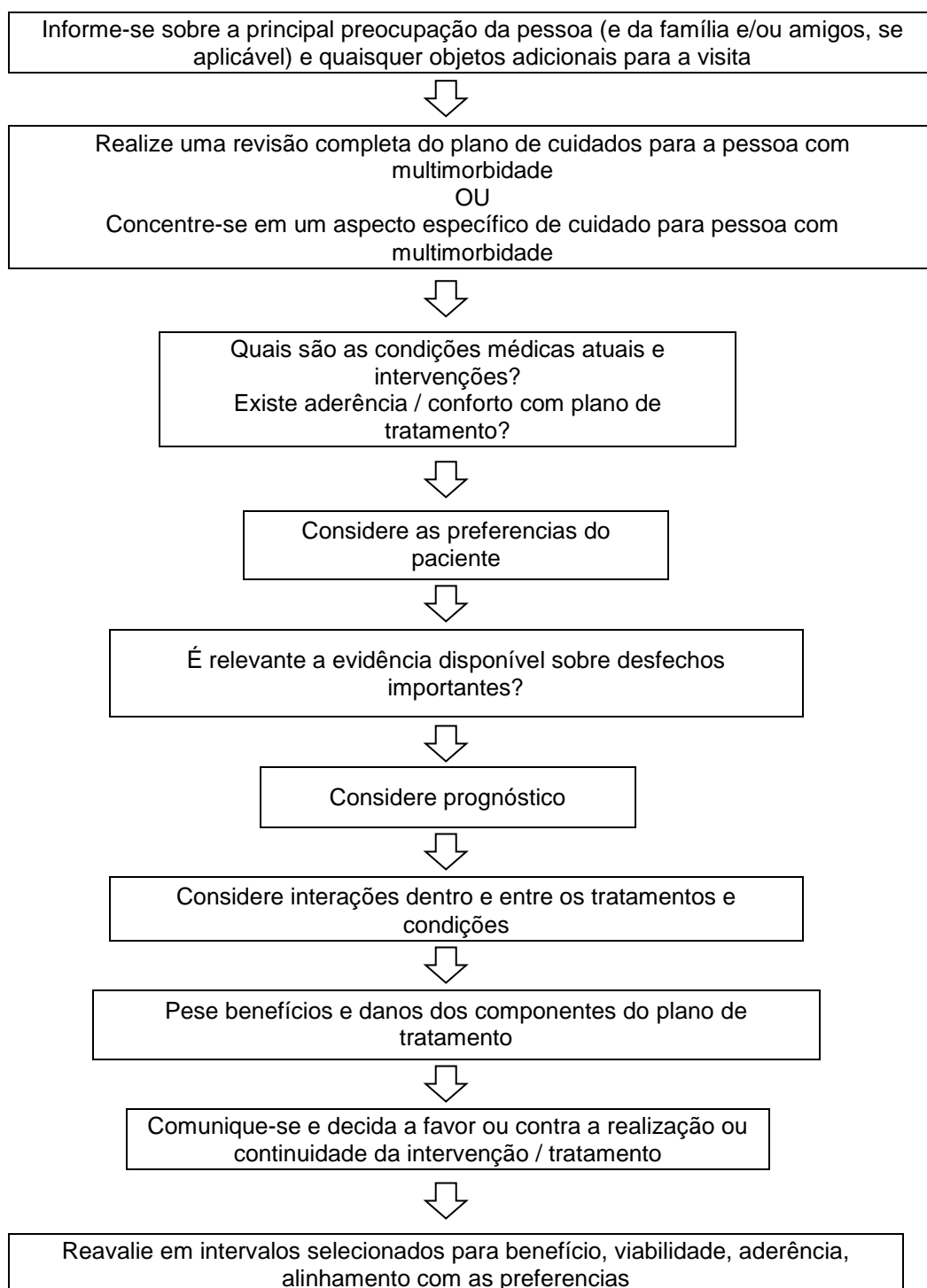
O gerenciamento dos casos deve ser baseado em planos de cuidados individuais, coordenados e integrais, voltado para a assistência, promoção, prevenção de outras doenças, complicações e/ou condições incapacitantes, bem como a reabilitação (LOUVISON, 2011).

É importante identificar pessoas com MM, durante o atendimento de rotina ou procurando nos registros de saúde físicos e/ou eletrônicos das consultas. Deve-se procurar

por pessoa que tenha mais de duas condições clínicas em acompanhamento, prescrições regulares (medicamentos) e/ou número significativo de atendimentos não planejados.

Os QUADROS 6.1 e 6.2 propõem uma sequência de atividades para avaliação das pessoas com MM, bem como, orienta como e quem deve fazer a ação, para a tomada de decisão que deve ser adotada pelo profissional de saúde.

### Quadro 6.1 - Síntese do cuidado das pessoas com MM



Fonte: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity (2012).

**Quadro 6.2 - Cuidado das pessoas com Multimorbidade**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
<p>Estabelecer carga de morbidade e carga de tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabeleça carga de morbidade conversando com a pessoa sobre como seus problemas de saúde afetam a sua rotina. Inclua discussão sobre saúde mental e como a carga de doenças afeta o seu bem-estar*.</li> <li>• Estabeleça carga de tratamento conversando com a pessoa sobre como seus tratamentos afetam a sua rotina. Incluir na discussão: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O número e tipo de medicamentos que a pessoa toma e como toma.</li> <li>✓ Reações adversas de alguns medicamentos.</li> <li>✓ Tratamentos não farmacológicos (alimentação saudável, atividade física, psicoterapia).</li> <li>✓ Algum efeito do tratamento na sua saúde mental ou bem-estar.</li> </ul> </li> <li>• Esteja alerta para a tristeza e/ou sintomas ansiosos/depressivos e manejo conforme Escala de Ansiedade e Depressão e DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quinta edição) – (Anexo 2.5)</li> </ul> <p><i>* Existem alguns instrumentos para cálculo de carga de morbidades, mas nenhum ainda está validado no Brasil.</i></p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Avaliar fragilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos cenários de APS, em pessoas com mais de 60 anos com MM por meio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medida formal de velocidade de marcha (mais que 5 segundos para caminhar 4 metros indica fragilidade);</li> <li>✓ Avaliação informal da velocidade de marcha (por exemplo, tempo dado para caminhar pela sala de espera);</li> <li>✓ Estado de saúde auto referida (Exemplo: Dê uma nota de 0 a 10 para o seu estado de saúde, com escores de 06 ou menos indicando fragilidade);</li> <li>✓ Questionário: Vulnerable Elders Survey-13 (VES 13) (ver anexo 6.1).</li> </ul> </li> <li>• Não realizar avaliação de fragilidade quando a pessoa com MM estiver descompensado ou em fase aguda.</li> </ul>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Avaliar preferências, valores e prioridades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclareça com a pessoa, no primeiro contato, se ele deseja a inserção de seu parceiro/familiar/cuidador nas decisões chaves do manejo de sua condição de saúde. Reveja regularmente.</li> <li>• Se a pessoa indicar parceiro/familiar/cuidador, compartilhe com elas as informações.</li> <li>• Encoraje pessoas com MM a esclarecer o que é importante para eles inclusive seus objetivos prioridades pessoais incluindo: questões de trabalho (remunerado ou voluntário), vida social e família; prevenção de eventos específicos (exemplo, acidente vascular encefálico (AVE)); redução de efeitos adversos de medicamentos; redução da carga de tratamento; expectativa de vida.</li> </ul>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explore as atitudes da pessoa para os seus tratamentos e os potenciais benefícios desses tratamentos.</li> <li>• Explore o conceito de saúde da pessoa com MM e auxilia-a construir uma nova perspectiva considerando a situação atual (método clínico centrado na pessoa/ clínica ampliada).</li> </ul>	
<p>Revisar medicamentos e outros tratamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando revisar medicamentos e outros tratamentos para pessoas com MM use recursos para relacionar prováveis benefícios e malefícios dos medicamentos mais comumente prescritos para as condições que a pessoa tem.</li> <li>• Para identificar referências de segurança relacionadas a prescrições de medicamentos e medicamentos que podem ser benéficos, mas não estão sendo usados, considere a utilização de ferramentas: Rastreamento de Prescrições Potencialmente Inapropriadas em Pessoas Idosas (STOPP) (Anexo 6.2) e Triagem para alertar os médicos para o tratamento certo (ou seja, mais indicado, mas não prescrito) para pessoas mais velhas (START) * (Anexo 6.3).</li> <li>• Quando revisar medicamentos e otimizar tratamentos, pense sobre alguns medicamentos ou mudança de Estilo de Vida (MEV) que podem ser iniciados, bem como aqueles que podem ser interrompidos.</li> <li>• Pergunte à pessoa se tratamentos destinados a aliviar os sintomas estão fornecendo benefícios ou causando danos. Se a pessoa não tem certeza de benefício ou está passando por danos de um tratamento: 1) discuta a redução ou interrupção do tratamento; 2) planeje monitoramento dos efeitos e decida se quaisquer outras alterações dos tratamentos são necessárias (incluindo reiniciar um tratamento).</li> <li>• Leve em consideração a possibilidade de menor chance de benefício global do uso de medicamentos contínuos/tratamentos que visam oferecer benefício prognóstico, especialmente em pessoas com expectativa de vida limitada ou fragilizada.</li> <li>• Discuta com as pessoas que têm MM e fragilidade ou esperança de vida limitada o desejo de continuar os tratamentos recomendados direcionados para condições únicas-específicas as quais podem oferecer benefícios globais limitados.</li> <li>• Discuta mudanças de tratamentos que objetivam oferecer benefícios prognósticos, considerando: a) percepções de benefícios e malefícios relacionados ao tratamento individual b) quanto é importante em termos de objetivos e prioridades individuais.</li> </ul>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Desenvolver plano de cuidados individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o propósito da abordagem específica: encontrar formas de reduzir a carga de tratamento e otimizar o cuidado o que pode incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interrupção de tratamentos devido a benefício limitado</li> <li>✓ Identificação de medicamentos com alto risco de efeitos adversos (quedas, fraturas, sangramento intestinal, lesão</li> </ul> </li> </ul>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>renal aguda).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamentos não farmacológicos como alternativas possíveis a alguns medicamentos</li> <li>✓ Arranjos alternativos de coordenação de cuidado.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após discussão de carga de morbidade e de tratamento e as preferências, valores e prioridades, pactue com a pessoa as ações a serem tomadas incluindo a interrupção ou mudança de medicamentos e MEV, priorização de referência no plano de cuidados, atribuição de responsabilidade pela coordenação de cuidados e garantia de comunicação entre profissionais e serviços de saúde.</li> <li>• Considerar danos de prováveis recomendações.</li> <li>• Organize acompanhamento e avaliação das decisões tomadas.</li> <li>• Atente-se em casos após hospitalização. Inicie uma avaliação ampla de pessoas idosas com necessidades complexas no ponto de admissão e preferencialmente numa unidade especializada para pessoas idosas.</li> <li>• Desenvolver plano individual com a pessoa incluindo: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Metas e planos para o cuidado;</li> <li>✓ <b><u>Definição do coordenador de cuidado:</u></b></li> <li>✓ Assegurar a comunicação das informações relativas à pessoa para todos os profissionais de saúde e serviços envolvidos;</li> <li>✓ Definição do cuidador preferencial (parceiro/família/cuidador) e do cuidador mais indicado para tomar decisões pela pessoa (Quem na sua família/grupo de amigos poderia ser a pessoa mais indicada para tomar decisões em seu lugar caso você não conseguia mais conversar?);</li> <li>✓ Pactuar a periodicidade do acompanhamento e como acessar o serviço de urgência (caso necessário).</li> </ul> </li> <li>• <b><u>Dê à pessoa cópia do plano de cuidado.</u></b></li> <li>• Apresentar e discutir plano de cuidado com a pessoa indicada (parceiro/família/cuidador).</li> </ul>	

Fonte: adaptado NICE (2016), MAIA *et al* (2012), BRASIL (2014)

## SAIBA MAIS

- Quer aprofundar o conteúdo sobre evidências clínicas de MMconsultewww.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0704/documents
- Quer aprofundar o conteúdo sobre método clínico centrado na pessoa e construção de plano de cuidado consulte

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. p.111 – 150.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

- Quer aprofundar sobre interações relatadas para medicamentos que compõem a lista da Farmácia Popular do Brasil

FORMIGHIERI, R. V. **Interações relatadas para medicamentos que compõem a lista da Farmácia Popular do Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Farmácia; 2008. 96p. <http://hdl.handle.net/10183/16550>

- Quer aprofundar sobre segurança da pessoa na atenção básica

MARCHON, S. G; MENDES JUNIOR, W. V..Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30,n. 9,p. 1815-1835, Sept. 2014 .Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.



## Referências

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity: Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. **J Am Geriatr Soc**. 2012 Oct; 60(10):1957-68.

BARRY, P. J. et al. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)—an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. **Age and Ageing**, v. 36, n. 6, p. 632-638, 2007. Disponível em: < <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/6/632.abstract> >

BATISTA, S.R.; CAMPOLINA, G.F.. Abordagem e manejo da pessoa com multimorbidade pelo médico de família e comunidade. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; AUGUSTO DK, UMPIERRE RN, organizadores. **PROMEF Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade**: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p 111-62. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).

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. p.111 – 150.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

FORMIGHIERI, R. V. **Interações relatadas para medicamentos que compõem a lista da Farmácia Popular do Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Farmácia; 2008. 96p. <http://hdl.handle.net/10183/16550> Acessado em 23 set. 2016.

GALLAGHER, P. et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008 Feb; 46 (2):72-83.

GUTHRIE, B. et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. **BMJ**. 2012 Oct; 345:e6341.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-25072011-135103/>>. Acesso em: 2016-06-26.

MAIA, F. O. M. et al . Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 116-122, out. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000700017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700017&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 23 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>.

MARCHON, S. G; MENDES JUNIOR, W. V..Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30,n. 9,p. 1815-1835, Sept. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.

MOFFAT, K.; MERCER, S. W. Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare

systems. **BMC family practice**, v. 16, n. 1, p. 1, 2015.

MORAES, A. O. D. S. et al. Principais agravos crônicos de saúde da pessoa idosa 1. UNA SUS/UFMA - São Luís, 2014. 36

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Multimorbidity clinical assessment and management**: NICE in development [GID-CGWAVE0704] [homepage]. NICE; 2016. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0704/documents](http://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0704/documents).

PEIXOTO, R. I. et al. Prevalência e fatores associados a interações droga-droga em prescrições de medicamentos para população de idosos. ANAIS CIEH (2015) – vol. 2, n.1

VALDERAS, J. M. et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. **The Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 4, p. 357-363, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008. Primary health care**: now more than ever. New York: WHO; 2008. 119p.

## Anexo 6.1 - Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)

1. Idade \_\_\_\_\_

**PONTUAÇÃO:** 1 PONTO PARA IDADE 75-84  
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Ruim\* (1 PONTO)  
Regular\* (1 PONTO)  
Boa  
Muito Boa ou  
Excelente

**PONTUAÇÃO:** 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

**PONTUAÇÃO:** 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE\*" OU "INCAPAZ DE FAZER\*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para andar?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

**PONTUAÇÃO:** CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM\*" NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

**CLASSIFICAÇÃO FINAL:**

NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3  
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3

## **Anexo 6.2 - Ferramenta para rastreamento de Prescrições Potencialmente Inapropriadas em Pessoas Idosas (Stopp)**

As seguintes prescrições são potencialmente inapropriadas em pessoas com  $\geq 65$  anos de idade

---

### **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

- 1) Digoxina dose  $> 125\mu\text{g}/\text{dia}$  uso prolongado em pessoas com função renal diminuída (risco aumentado de toxicidade)
  - 2) Diurético de alça para edema de tornozelos sem sinais clínicos de insuficiência cardíaca (sem evidência de eficácia)
  - 3) Diurético de alça como monoterapia de primeira escolha para pessoas com hipertensão (alternativas mais seguras e efetivas disponíveis)
  - 4) Diurético tiazídico em pessoas com histórico de gota (pode exacerbar gota)
  - 5) Betabloqueador não cardiosseletivo em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (risco de broncoespasmo)
  - 6) Betabloqueadores em combinação com verapamil (risco de bloqueio cardíaco sintomático)
  - 7) Uso de diltiazem ou verapamil em pessoas com insuficiência cardíaca Classe III ou IV da 'Classificação Funcional da New York Heart Association' - NYHA (pode piorar a insuficiência cardíaca)
- 

### **SISTEMA NERVOSO CENTRAL E DROGAS PSICOTRÓPICAS**

- 1) Antidepressivos tricíclicos (ADT's) em pessoas com demência (risco de piora de declínio cognitivo)
  - 2) ADT's em pessoas com glaucoma (relacionada à exacerbação do glaucoma)
  - 3) ADT's com anormalidades de condução cardíaca (efeitos pró-arrítmicos)
  - 4) ADT's em pessoas com constipação (relacionada à piora da constipação)
  - 5) ADT's com opióide ou bloqueador de canal de cálcio (risco de constipação severa)
  - 6) ADT's com prostatismo ou história progressiva de retenção urinária (risco de retenção urinária)
  - 7) Uso prolongado ( $>1$  mês) de benzodiazepínicos de longa ação, como por exemplo, clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, cloxazolam e benzodiazepínicos com metabólitos de longa ação como, por exemplo, diazepam (risco de sedação prolongada, confusão mental, alterações de equilíbrio e quedas).
  - 8) Uso prolongado ( $>1$  mês) de neurolépticos como hipnóticos de longa duração (risco de confusão mental, hipotensão, efeitos extrapiramidais e quedas).
  - 9) Neurolépticos de longa duração ( $>1$  mês) naquelas pessoas com parkinsonismo (relacionado à piora de sintomas extrapiramidais)
  - 10) Fenotiazina em pacientes com epilepsia (pode reduzir o limiar para convulsão)
  - 11) Anticolinérgicos para tratar efeitos colaterais de medicações neuroléticas (risco de toxicidade anticolinérgica)
  - 12) Inibidores seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS's) com história clinicamente significativa de hiponatremia (hiponatremia não iatrogênica  $< 130\text{mmol/l}$  nos últimos 02 meses)
  - 13) Uso prolongado ( $>1$  semana) de antihistamínicos de primeira geração, ou seja, difenidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (risco de sedação e efeitos adversos anticolinérgicos).
- 

### **SISTEMA RESPIRATÓRIO**

- 1) Teofilina como monoterapia para DPOC (alternativas mais efetivas e mais seguras; risco de efeitos adversos devido ao baixo limiar terapêutico).
  - 2) Corticosteroides sistêmicos ao invés de corticosteroides inalatórios na terapia de manutenção de DPOC moderado-severa (exposição desnecessária aos efeitos colaterais de utilização prolongada de esteroides sistêmicos).
  - 3) Ipratrópio por nebulização em pessoas com glaucoma (pode exacerbar glaucoma).
-

---

## **SISTEMA GASTRINTESTINAL**

- 1) Difenoxilato, loperamida ou fosfato de codeína para tratamento de diarreia de causa desconhecida (risco de atraso no diagnóstico, pode: exacerbar constipação com overflow diarreia, precipitar megacolon tóxico na doença inflamatória intestinal, atrasar recuperação em pessoas com gastroenterite não reconhecida)
- 2) Difenoxilato, loperamida ou fosfato de codeína para tratamento de gastroenterite infecciosa severa, ou seja, diarreia sanguinolenta, febre alta ou toxicidade sistêmica severa (risco de exacerbação ou protaction da infecção)
- 3) Metoclopramida com parkinsonismo (risco de exacerbação de parkinsonismo)
- 4) Inibidor de bomba de prótons para doença péptica em dosagem máxima por > 8 semanas (descontinuação precoce ou redução de dose para manutenção/tratamento profilático de doença péptica, esofagite ou Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE))
- 5) Drogas anticolinérgicas antiespasmódicas em pessoas com constipação crônica (risco de exacerbação da constipação)

---

## **SISTEMA MUSCOESQUELÉTICO**

- 1) Antiinflamatórios não esteroides (AINE) com história de doença péptica ou sangramento gastrointestinal, a não ser com uso concorrente de antagonista do receptor de histamina H2, Inibidor de Bomba de Próton (PPI) ou misoprostol (risco de remissão úlcera péptica).
- 2) AINE com presença de hipertensão moderada-severa (moderada: 160/100mmHg – 179/109mmHg; severa: ≥180/110mmHg) (risco de exacerbação da hipertensão).
- 3) AINE com presença de insuficiência cardíaca (risco de exacerbação da insuficiência cardíaca)
- 4) Uso prolongado de AINE (> 3 meses) para o alívio da dor leve nas articulações com osteoartrite (analgésicos simples são preferíveis e geralmente, tão eficazes como AINE para o alívio da dor).
- 5) Warfarina e AINE juntos (risco de sangramento gastrointestinal)
- 6) AINE com insuficiência renal crônica (risco de piora da função renal)
- 7) Uso prolongado de corticoides (> 3 meses) como monoterapia para artrite reumatoide ou osteoartrite (risco de efeitos colaterais sistêmicos)
- 8) Uso prolongado de AINE ou colchicina para tratamento crônico de gota se não existe contraindicação de alopurinol (droga de primeira escolha na gota)

---

## **SISTEMA UROGENITAL**

- 1) Drogas antimuscarínicas com demência (risco de aumento de confusão e agitação).
- 2) Drogas antimuscarínicas com glaucoma crônico (risco de exacerbação aguda do glaucoma).
- 3) Drogas antimuscarínicas com constipação crônica (risco de piora da constipação).
- 4) Drogas antimuscarínicas na presença de prostatismo (risco de retenção urinária).
- 5) Alfabloqueadores em homens com incontinência frequente (risco de piora da incontinência).
- 6) Alfabloqueadores em usuários de cateter urinário de longa permanência, mais que dois meses (droga não indicada).

---

## **SISTEMA ENDÓCRINO**

- 1) Glibenclamida ou clorpropamida com diabetes mellitus tipo 2 (risco de hipoglicemia prolongada)
  - 2) Betabloqueadores em pessoas com diabetes mellitus e episódios frequentes de hipoglicemia, ou seja, ≥ 1 episódio por mês (risco de mascarar os sintomas de hipoglicemia).
  - 3) Estrógenos com história de câncer de mama ou tromboembolismo venoso (aumenta risco de recorrência)
  - 4) Estrógenos sem progesterona em pessoas com útero intacto (risco de câncer endometrial)
-

---

### **DROGAS QUE AFETAM NEGATIVAMENTE AQUELES PROPENSOS A QUEDAS (≥ 1 QUEDA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES)**

- 1) Benzodiazepínicos (sedativos, podem reduzir o equilíbrio).
- 2) Drogas neurolépticas (podem causar alteração de marcha e parkinsonismo).
- 3) Antihistamínicos de primeira geração (sedativos).
- 4) Drogas vasodilatadoras conhecidas por causar hipotensão naquelas pessoas com hipotensão postural persistente (risco de síncope, quedas).
- 5) Opióides de longa duração naqueles com quedas recorrentes (risco de sonolência, hipotensão postural, vertigem).

---

### **DROGAS ANALGÉSICAS**

- 1) Utilização de opióides potentes de longa duração, por exemplo, morfina ou fentanil como terapia de primeira linha para a dor leve a moderada (observar escala de analgésicos da Organização Mundial de Saúde).
- 2) Opióides regulares para mais de duas semanas naqueles com constipação crônica sem uso concomitante de laxantes (risco de constipação grave).
- 3) Opióides, ao longo prazo, em pessoas com demência sem indicação de cuidados paliativos ou tratamento da dor crônica moderada/grave (risco de exacerbação de comprometimento cognitivo).

---

### **DROGAS DUPLICADAS DA MESMA CLASSE**

- 1) Qualquer duplicata de classe de drogas prescritas, por exemplo, dois opióides simultâneos, AINE, diuréticos de alça, inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) (otimização da monoterapia dentro de uma única classe de droga devem ser observados antes de se considerar uma nova classe de drogas).
- 2) Excluindo duplicata de prescrição de agonistas beta2 inalados (longo e curto) para a asma ou DPOC

---

Fonte: adaptado de GALLAGHER *et al*(2008)

\*\*\*Taxa de Filtração Glomerular (TFG) estimada <50 ml/min.

## Anexo 6.3 - Ferramenta de Triagem para alertar os médicos para o Tratamento Certo, Adequado, Tratamento Indicado (START)

---

### STEMA CARDIOVASCULAR

- (I) Varfarina na presença de fibrilação atrial crônica, onde não existe contraindicação para varfarina.
- (II) A aspirina, na presença de fibrilação atrial, onde a varfarina é contraindicada, mas não a aspirina.
- (III) A aspirina ou com um Clopidogrel na história documentada de doença coronária, doença vascular cerebral ou periférica em pacientes em ritmo sinusal, onde a terapia não está contraindicada.
- (IV) A terapia anti-hipertensiva, onde PA sistólica consistentemente > 160 mmHg, onde a terapia anti-hipertensiva não é contraindicada.
- (V) A terapia com estatina em pacientes com história documentada de doença coronária, doença vascular cerebral ou periférica, onde o status funcional dos pacientes permanece independente para atividades de vida diária e da vida ID de expectativa mais de 05 anos.
- (VI) Inibidor da ECA na insuficiência cardíaca crônica, onde não existe contraindicação.
- (VII) Inibidor da ECA seguinte aguda infecção do miocárdio.
- (VIII) Beta bloqueador na angina estável crônica, onde não existe contraindicação.

---

### STEMA RESPIRATÓRIO

- (I) B2-agonista ou anticolinérgico inalado regular agente para leve a moderada crise de asma ou DPOC.
- (II) Esteróide inalado em moderada a grave asma ou DPOC, onde reversibilidade de obstrução ao fluxo aéreo foi mostrada.
- (III) Home oxigênio contínuo em que tipo crônica 1 insuficiência respiratória ( $PO_2 < 8.0\text{kPa}$ ,  $pCO_2 < 6.5\text{kPa}$ ) ou do tipo 2 insuficiência respiratória ( $pO_2 < 8.0\text{kPa}$ ,  $pCO_2 > 6.5\text{kPa}$ ) tem sido bem documentado e onde não existe contraindicação contínua oxigénoterapia.

---

### STEMA NERVOSO CENTRAL

- (I) L-DOPA na doença de Parkinson idiopática ao comprometimento funcional definido e deficiência resultante.
- (II) Antidepressivo na presença de sintomas depressivos claros, durando pelo menos 03 meses.

---

### STEMA GASTROINTESTINAL

- (I) Inibidor da bomba de prótons na presença de refluxo gastroesofágico ácido grave crônico ou estenose péptica requerendo dilatação.
- (II) Suplemento de fibra para a doença diverticular crônica, sintomático com prisão de ventre.

---

### PARTELO LOCOMOTOR

- (I) Modificadoras da doença drogas antirreumáticas (DMARDs), com doença reumatoide conhecida, moderada a grave com duração superior a 12 semanas.
- (II) Com bifosfonatos em doentes a tomar glicocorticoides por mais de um mês (ou seja, corticoterapia crônica).
- (III) De cálcio e vitamina D suplemento em pacientes com osteoporose conhecida (fratura por fragilidade anterior, cifose dorsal adquirida).

---

### STEMA ENDÓCRINO

- (I) Metformina com diabetes tipo 2 +/- Síndrome Metabólico (na ausência de insuficiência renal presente i.e. ureia no sangue > 12,0 mmol/l,  $\pm$  creatinina sérica > 200 mmol/l).
- (II) Inibidor de ACE ou da angiotensina bloqueador do receptor na diabetes com nefropatia i.e. proteinúria varetta aberta ou microalbuminúria (> 30 mg h / 24)  $\pm$  soro insuficiência renal bioquímica (sangue ureia > 8,0 mmol/l ou creatinina sérica > 130 pmol/l).
- (III) A terapia com aspirina em pacientes com diabetes mellitus com a pressão arterial bem controlada.
- (IV) O tratamento com estatina em diabetes mellitus se o soro de colesterol em jejum > 5,0 mmol/l ou fator de risco cardiovascular adicional presente.

---

Fonte: adaptado de BARRY *et al* (2007)

## 7. O CUIDADO DAS PESSOAS COM PERDA DE AUTONOMIA E PERDA FUNCIONAL GRAVE

O biológico altera o biográfico, a autonomia fica restrita e a dependência das outras pessoas muitas vezes leva a alteração da inserção social, uma diminuição da auto estima e da auto eficácia, sentimentos de angústia, inferioridade, tristeza, revolta. Tão importante quanto a adequada conduta farmacológica, é a acolhida integral da pessoa e da família com foco importante na resiliência e na espiritualidade e no suporte social.

Uma importante estratégia para a abordagem do usuário com perda de autonomia e perda funcional é a assistência domiciliar<sup>VII</sup>. O Ministério da Saúde define que a Assistência Domiciliar é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção primária. Destina-se a responder às necessidades de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária.

O Ministério da Saúde também reconhece a visita domiciliar como uma das principais ferramentas da Atenção Primária, em especial na Estratégia Saúde da Família. Ao fazer uso dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade, e os recursos de que a família dispõe para o melhor plano terapêutico. Propicia a corresponsabilidade do indivíduo ou família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e modos de enfrenta-lo. Na visita, o Agente Comunitário e os demais integrantes da equipe conseguem ter maior compreensão sobre o contexto de vida daquela comunidade, sua história, costumes e dinâmica das relações familiares, eliminando-se a postura de distanciamento entre equipe de saúde e usuário do serviço de saúde no desenvolvimento de um plano de cuidados. Dessa forma, a visita e atenção domiciliar, como qualquer outra atividade de saúde, também precisam ser planejadas e sistematizadas pela equipe assim como registradas no prontuário.

---

<sup>VII</sup>Pode ser realizada por um profissional da Equipe da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, assistente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), sob supervisão da equipe.



**Quadro-Síntese no cuidado das pessoas com Perda de Autonomia e  
Perda Funcional Grave**

<b>O QUE FAZER?</b>	<b>COMO FAZER?</b>	<b>QUEM FAZ?</b>
ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA	Identificação dos motivos do contato da pessoa Direcionamento para o atendimento necessário	Equipe Multiprofissional
AVALIAÇÃO GLOBAL	Entrevista	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	Exame físico geral e específico	
	Solicitação de exames	
	Presença de sinais de alerta	Equipe Multiprofissional
	Avaliação e estratificação do risco	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	Avaliação da funcionalidade: Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS(ver anexo 7.1) Escala de Performance Paliativa – PPS (ver anexo 7.2)	
AVALIAÇÃO AMPLIADA DOMICILIAR	Avaliação de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária(AVIDs) Índice de Katz (ver anexo 7.3) Escala de Lawton-Brody (ver anexo 7.4)	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	Suporte Familiar: PRACTICE (ver anexo 2.4) APGAR FAMILIAR (ver anexo 7.5) Genograma (ver anexo 2.4)	
	CUIDADOR (caso tenha): Escala de Zarit Reduzida (ver anexo 7.6)	
	AMBIENTE DOMICILIAR/SOCIAL: observação e avaliação (escala de vulnerabilidade familiar Coelho e Savassi – ver anexo 7.7)	Equipe Multiprofissional
	SUPORTE SOCIAL: Ecomapa identificar os recursos na comunidade e a inserção da família e usuário	
PLANO DE CUIDADO	Cadastramento e Preenchimento de Caderneta Específica ou impresso que permaneça com usuário e família	Equipe Multiprofissional
	Identificar sofrimento familiar e quem pode ser um potencial cuidador para além do círculo familiar.	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendações relativas ao estilo de vida</li> <li>• Alimentação fracionada em menores porções e maior número de vezes</li> <li>• Atividade Física: de acordo com as possibilidades da pessoa, orientar alongamento ativo e/ou passivo</li> <li>• Recomendações relativas à enfermidade</li> <li>• De acordo com necessidades detectadas após a aplicação da escala de resiliência na entrevista</li> </ul>	

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	Cuidados com o domicílio: atentar para os riscos de queda e acidentes domésticos. (anexo 7.6)	Equipe multiprofissional
	Observar a utilização de medicação. Quais medicamentos, armazenamento, horários, validade, dose, interação medicamentosa. Checar a rotina da medicação	
	Educação em saúde para a prevenção de lesões por pressão: <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar escala para avaliação do risco de lesões por pressão (BRADEN) e orientar quanto aos cuidados necessários (anexo 7.5)</li> </ul>	Enfermeiro(a) / Médico(a) (ACS e Técnico de enfermagem podem auxiliar na identificação da necessidade de cuidados)

Fonte: Protocolo de CCNT-RC MS/2016  
Caderno de AB-nº 19; Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa

O momento da entrevista é muitas vezes o primeiro encontro do usuário e família com o profissional. Esse é um importante momento para construção do vínculo e início do plano terapêutico.

Abaixo alguns itens que devem ser abordados e que não precisam ser questionados em apenas um encontro, mas, ao longo dessa construção.

#### Quadro 7.1 - Entrevista da pessoa com Perda de Autonomia e Perda Funcional Grave

O QUE AVALIAR	QUANDO AVALIAR	QUEM FAZ
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	Equipe multiprofissional de acordo com a oportunidade do encontro.
Rede familiar e social • Como se sente em relação ao ambiente e interação social/familiar?	Primeira consulta Nas demais consultas verificar se houve mudanças	
RESILIÊNCIA Escala de Resiliência de Connor e Davidson (ver Capítulo 2)		
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais		
Atividade física		
Saúde sexual		
História nutricional		

O QUE AVALIAR	QUANDO AVALIAR	QUEM FAZ
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro		
Percepção da enfermidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que mais incomoda?</li> <li>• Qual a maior limitação?</li> <li>• O que consegue fazer? (mobilidade, autocuidado)</li> <li>• Como estão alimentação, sono, eliminações?</li> <li>• O que entende da sua doença?</li> <li>• O que é difícil enfrentar?</li> </ul>		
Antecedentes clínicos		
Antecedentes familiares	Primeira consulta	

Fonte: Protocolo de CCNT-RC MS/2016

Caderno de AB-nº 19; Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa

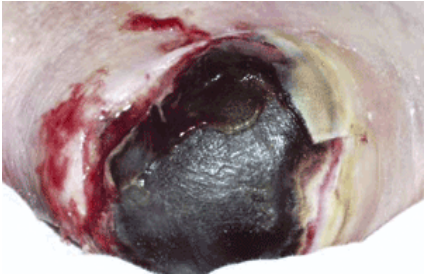


**Quadro 7.2 - Exame Físico Geral e Específico e Orientações**

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR / COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?	QUEM FAZ
Primeira Consulta	<b>Pele e mucosas</b> a) Cor b) Lesões c) Hidratação d) Turgor e) Tumorações f) Manchas	Observação	Enfermeiro(a) / Médico(a)
		Escala de avaliação de Braden e Waterlow (ver anexo 7.5)	
Todas as visitas	<b>Observação de sinais indicativos de lesões por pressão e outras lesões de pele</b> a) Mudanças na coloração da pele b) Observar proeminências ósseas em contato com superfície c) Lesões de pele: observar quadro 7.3	a) Questionar sobre o tempo que o usuário permanece na mesma posição e construir alternativas junto a família e cuidador para mudança de posição b) Reduzir o tempo de contato da pele com a superfície utilizando coxins e favorecendo a irrigação do local. c) Orientar quanto à hidratação da pele com ácidos graxos essenciais (AGE) nos locais onde houver rubor em proeminências ósseas.	Equipe Multiprofissional
Primeira Consulta	<b>Exame bucal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucosa para identificar alterações de cor, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção</li> <li>• Dentes</li> <li>• Língua</li> <li>• Gengiva</li> <li>• Palato</li> </ul>		Equipe Multiprofissional
Todas as consultas	<b>Dados vitais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pulso</li> <li>✓ Frequência respiratória</li> <li>✓ Aferição de pressão arterial (PA)</li> <li>✓ Frequência cardíaca</li> <li>✓ Temperatura axilar</li> </ul>		
Primeira consulta	<b>Região cervical</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpação de tireoide</li> </ul>		

<b>QUANDO AVALIAR?</b>	<b>O QUE AVALIAR / COMO AVALIAR?</b>	<b>O QUE FAZER?</b>	<b>QUEM FAZ</b>
Todas as consultas	<b>Tórax</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação pulmonar</li> <li>• Avaliação cardíaca</li> </ul>		Equipe Multiprofissional
Todas as consultas	<b>Edema</b>		
Todas as consultas	<b>Abdome</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpação abdominal</li> </ul>		

Fonte: Protocolos da atenção básica : condições crônicas não-transmissíveis : risco cardiovascular / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

### Quadro 7.3 - Tratamento de Lesões de Pele segundo o Tipo de Exsudato

TIPO DE FERIDAS	OBJETIVOS DO TRATAMENTO / COBERTURAS	
<p><b>Necrose seca</b></p> 	<p><b>Desbridamento</b></p> <p>Fitoterápicos 1ª opção: papaína 10% creme 2ª opção: papaína 10% gel</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato e/ou hidrocolóide placa 2ª opção: gaze úmida com SF 0,9%</p>	<p><b>Observações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar escarotomia antes da aplicação do produto e, se necessário, desbridamento instrumental para acelerar o processo (enfermeiro ou médico).</li> <li>Usar criteriosamente qualquer produto/procedimento em lesão isquêmica (úlceras arteriais) ou distúrbio de coagulação.</li> <li>Avaliar criteriosamente a necessidade de proteção de barreira durante desbridamento*.</li> <li>Ao usar papaína gel sugere-se umidificar a gaze primária com SF 0,9% e/ou AGE.</li> </ul>
<p><b>Necrose úmida (liquefação)</b></p> 	<p><b>Desbridamento</b></p> <p>Fitoterápicos 1ª opção: papaína 10% gel</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato e/ou hidrocolóide placa 2ª opção: gaze úmida com SF 0,9%</p>	<p><b>Observações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar, se necessário, desbridamento instrumental para acelerar o processo (enfermeiro ou médico).</li> <li>Usar criteriosamente qualquer produto/procedimento em lesão isquêmica (úlceras arteriais) ou distúrbio de coagulação.</li> <li>Avaliar, criteriosamente, a necessidade de proteção de barreira durante desbridamento*.</li> <li>Ao usar papaína gel sugere-se umidificar a gaze primária com SF 0,9% e/ou AGE.</li> </ul>
<p><b>Necrose + granulação com exsudato moderado a abundante</b></p> 	<p><b>Desbridamento e controle do exsudato</b></p> <p>Fitoterápicos 1ª opção: hamamélis 10% gel 2ª opção: calêndula 5% gel 3ª opção: babosa 25% gel 4ª opção: papaína 10% gel, se necrose predominante</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato. 2ª opção: hidrofibra sem Ag ou espuma / hidropolímero 3ª opção: gaze e/ou chumaço</p>	<p><b>Observações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar escarotomia na necrose seca ou desbridamento instrumental se necessário, para acelerar o processo (enfermeiro ou médico).</li> <li>Usar criteriosamente qualquer produto/procedimento em lesão isquêmica (úlceras arteriais) ou distúrbio de coagulação.</li> <li>Avaliar, criteriosamente, a necessidade de proteção de barreira durante desbridamento*.</li> <li>Ao usar papaína gel sugere-se umidificar a gaze primária com SF 0,9% e/ou AGE.</li> <li>Usar hidrofibra sem Ag ou espuma preferencialmente se 70% do tecido for granulação.</li> <li>Usar gazes e/ou chumaços como cobertura secundária, se necessário.</li> </ul>

### Tecido de granulação com pouco exsudato



### Manutenção do meio úmido

Fitoterápicos  
1ª opção: calêndula 5% creme ou gel ou hamamélis 10% ou babosa 25% gel  
Outras tecnologias  
1ª opção: hidrogel com ou sem alginato. ou hidrocolóide em placa ou hidrofibra sem Ag ou espuma / hidropolímero  
2ª opção: rayon úmido com AGE e/ou SF 0,9%  
3ª opção: gaze úmida com SF 0,9%

### Observações

- Usar preferencialmente o rayon associado com cobertura primária, exceto quando houver o uso de hidrocolóide em placa ou hidrofibra ou espuma.
- Atentar à possível necessidade de troca do hidrocolóide antes da data prevista (risco de maceração).
- Se lesão estagnada, aplicar papaína 10% gel por 20 dias.

### Epitelização e escoriações



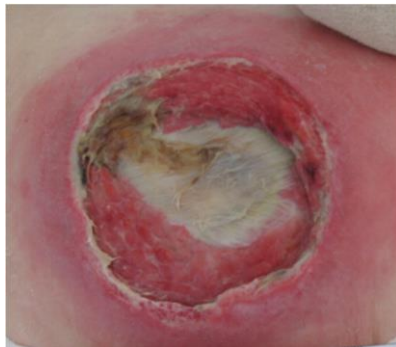
### Proteção dos novos tecidos

Fitoterápicos  
1ª opção: calêndula 5% creme ou babosa 25% creme  
Outras tecnologias  
1ª opção: hidrocolóide placa  
2ª opção: rayon úmido com AGE e/ou SF 0,9%  
3ª opção: AGE

### Observações

- Atentar à possível necessidade de troca da placa de hidrocolóide antes da data prevista (risco de maceração)

### Ferida com infecção



### Controle da infecção, odor e exsudato

Fitoterápicos  
1ª opção: calêndula 5% gel  
2ª opção: hamamélis 10% gel ou babosa 25% gel  
3ª opção: papaína 10% gel  
Outras tecnologias  
1ª opção: hidrofibra com Ag ou hidroalginato com Ag ou Gel com PHMB  
2ª opção: carvão com Ag, se ausência de sangramento

### Observações

- Usar preferencialmente produtos que contenham prata em sua composição.
- Usar hidrofibra, hidrogel ou fitoterápico em gel para preenchimento de espaço morto (túneis, descolamentos e cavidades).
- O gel de PHMB pode ser usado com cobertura gaze ou rayon umedecido com SF 0,9%.
- O gel de PHMB tem indicação para lesões com biofilme

## Ferida hemorrágica



### Promover hemostasia

#### Fitoterápicos

1ª opção: hamamélis 10% gel ou creme

#### Outras tecnologias

1ª opção: hidrogel com alginato.

2ª opção: rayon úmido com SF 0,9%

3ª opção: espuma / hidropolímero ou hidrofibra sem Ag

4ª opção: gaze úmida com AGE e/ou SF 0

### Observações

- Realizar curativo compressivo se possível por algumas horas e monitorar sinais de complicações.
- Realizar limpeza com irrigação de soro fisiológico gelado.

## Ferida oncológica



### Controle de odor e infecção, prevenir sangramento e evitar trauma na troca do curativo

#### Fitoterápicos

1ª opção: hamamélis 10% creme/gel

2ª opção: calêndula 5% creme/gel ou babosa 25% creme/gel.

#### Outras tecnologias

1ª opção: hidrofibra Ag

e/ou Carvão ativado Ag

ou hidroalginato com Ag

2ª opção: Gel com PHMB ou hidrogel com alginato

3ª opção: rayon úmido com SF 0,9%

ou hidrofibra sem Ag ou hidrogel sem alginato.

### Observações

Tratamento tópico de ferida oncológica geralmente é paliativo.

- Evitar produtos que estimulem mitose celular, por exemplo: AGE, hidrocolóide em placa, entre outros, se possível.
- Carvão ativado é contra-indicado em lesões com sangramento.
- Realizar limpeza com irrigação de soro fisiológico gelado se ferida sangrante.
- O gel de PHMB pode ser usado com cobertura gaze ou rayon umedecido com SF 0,9%.
- O gel de PHMB tem indicação para lesões com biofilme.



## Queimadura

### Alívio da dor, prevenir e tratar infecção

### Observações



#### Fitoterápicos

- 1ª opção babosa 25% gel ou creme
- 2ª opção calêndula 5% creme ou gel

#### Outras tecnologias

- 1ª opção: hidrofibra com Ag
- 2ª opção: hidroalginato com Ag
- 3ª opção: Gel com PHMB ou Espuma hidropolímero
- 4ª opção: hidrocolóide em placa
- 5ª opção: rayon úmido com AGE e/ou SF 0,9%.

- Classificar a lesão quanto à extensão, profundidade e riscos para auxiliar na escolha do produto adequado.
- A hidrofibra com Ag pode permanecer no leito por até 15 dias. Apenas recorte o excesso nas bordas que se desprende à medida que ocorre epitelização.
- O gel de PHMB pode ser usado com cobertura gaze ou rayon umedecido com SF 0,9%.
- O gel de PHMB tem indicação para lesões com biofilme

## Hematomas e equimoses

### Alívio da dor, redução do hematoma e do edema

### Observações



#### Fitoterápicos

- 1ª opção: arnica 5% creme
- 2ª opção: hamamélis 10% creme

- Descartar a possibilidade de fratura.
- Não utilizar arnica por mais de 30 dias ou sobre feridas abertas.

## Mordedura de cão, gato e outros

### Evitar infecção, remover secreção salivar e sujidades

### Observações



- Inicialmente lavar abundantemente com água e sabão neutro.
- Seguir protocolo de profilaxia da raiva humana (esquema vacinal). Preencher formulário de atendimento anti-rábico humano.
- Avaliar a necessidade de sutura a critério médico
- Em situações que houver necessidade tratar a ferida de acordo com a fase de cicatrização.

## Úlcera venosa



### Contenção de edema e tratamento da ferida

Bota de unna para contenção de edema pode ser associado às diversas coberturas primárias abaixo:

#### Fitoterápicos

1ª opção:  
hamamélis 10%  
gel

2ª opção:  
calêndula 5% gel

3ª opção: babosa  
25% gel

#### Outras tecnologias

rayon úmido com SF 0,9% e/ou AGE  
ou hidrogel com ou sem alginato  
ou Carvão com Ag  
ou hidrofibra com ou sem Ag  
ou hidroalginato com Ag  
ou espuma /  
hidropolimero  
ou hidrocolóide placa

### Observações

- Bota de unna é contra indicada para úlcera arterial.
- No caso de úlcera mista encaminhar para avaliação médica.
- Na ausência de bota de unna podem-se utilizar os fitoterápicos indicados ou outras coberturas como orientado neste guia.
- A associação da bota de unna com outras coberturas deve levar em conta fase de cicatrização, período de troca e disponibilidade de materiais.

## Dermatites associadas ao uso de fraldas



### Alívio da dor, prevenir lesão

#### Fitoterápicos




Chá de camomila (banho de assento ou compressas)

#### Outras tecnologias

Pomada a base de óxido de zinco

### Observações

- Pode ser prevenida com pomada de óxido de zinco e/ou amido de milho.

<b>Hipergranulação</b>	<b>Reduzir o excesso da granulação</b>	<b>Observações</b>
	<p>Fitoterápicos hamamelis gel 10%</p> <p>Outras tecnologias</p> <p>1ª opção: rayon úmido com SF 0,9% 2ª opção: gazes úmida com SF 0,9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar preferencialmente produto fitoterápico em gel.</li> <li>• Aumentar número de trocas do curativo por dia, se necessário.</li> <li>• Reduzir o excesso de umidade.</li> </ul>
<b>Lesões por fricção e pequenos traumas em pele (Skin Tears)</b>	<b>Alívio da dor, prevenir infecções e promover a cicatrização</b>	<b>Observações</b>
	<p>Fitoterápicos babosa 25% creme ou hamamelis creme</p> <p>Outras tecnologias hidrofibra sem Ag ou rayon úmido com AGE ou hidrogel com ou sem alginato ou espuma/ hidropolímero</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estas lesões são características em idosos.</li> <li>• Manter a pele hidratada para prevenção.</li> </ul>
<b>Hiperqueratose</b>	<b>Desbastamento, prevenir infecções e promover a cicatrização</b>	<b>Observações</b>
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: babosa 25% creme 2ª opção: calêndula 5% creme</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato e/ou hidrocolóide em placa 2ª opção: gaze úmida com AGE e/ou SF 09%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar desbastamento instrumental sempre que necessário (enfermeiro ou médico).</li> <li>• Atentar para o risco aumentado de infecção.</li> <li>• Para prevenir hiperqueratose, comum em pé diabético e pacientes com hanseníase, orientar hidratação e uso de calçados adequados.</li> </ul>

Fonte: Guia de Tratamento de Feridas - Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Campinas

\*Proteção de barreira: utilizar o fitoterápico em creme, AGE ou pomada de óxido de zinco na região periférica quando houver aumento de exsudação.

### **Substâncias a serem evitadas:**

- Antibiótico tópico **INDISCRIMINADO**- capaz de promover seleção de flora bacteriana no local da lesão, prejudicando a cicatrização.
- Corticoide - retarda o crescimento tecidual e, conseqüentemente, o processo de cicatrização.
- Éter/Benzina - retarda o processo de cicatrização e promove ressecamento do tecido perilesão.
- Violeta Genciana - é citotóxica para os fibroblastos e dificulta a granulação normal. Promove ressecamento da lesão e pode provocar manchas na pele.
- Lidocaína Gel - não promove efeito anestésico comprovado. Inibe a ação das demais coberturas indicadas no tratamento das feridas, como pomada desbridante.
- Vaselina - causa impermeabilização da pele, dificultando a ação de outros produtos.
- Açúcar - é um esfoliante capaz de lesionar o produto de granulação. É considerada fonte de infecção, atrai pragas (formigas e insetos) e exige múltiplas trocas diárias.
- Permanganato de Potássio (KMnO<sub>4</sub>) resseca os tecidos e impossibilita a umidificação do leito da ferida.

### **Fotos:**

Lissandra Rocha Porto \*in memoriam, Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas  
Google imagens

### **Elaboração**

#### **Comissão de Prevenção Tratamento de Feridas**

Cintia Mastrocola Soubhia;

Edson Eden De Oliveira;

Flavio Ventura dos Santos;

Julimar Fernandes de Oliveira;

Kristine Coely Leal Lemos;

Lilian Helen do Prado Yamakawa;

Marta De Souza Pereira;

Mirela Cláudia Angeli Capovilla;

Regina Grimaldi de Oliveira;

Shirley Ruriko da Silveira,

Thais Gomes do Nascimento

Vanessa Jorge Fontes.

**E-mail Contato:** [comissao.feridas@campinas.sp.gov.br](mailto:comissao.feridas@campinas.sp.gov.br)

## Referências

- 1) Tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas. Prof. Dr. Luiz Claudio Candido, Santos-SP – 2006.
- 2) Feridas Complexas. Disponível em: <http://www.feridascomplexas.com.br/p/terapia.html>. Acessado em agosto de 2016.
- 3) Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. Protocolo de Curativos em Úlceras Crônicas de Membros Inferiores. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111918/curativos.pdf>. Acessado em agosto de 2016.
- 4) MALAGUTTI W. Feridas conceitos e atualidades, 1ª edição. São Paulo: Martinari, 2015.
- 5) BORGES, E.L.; SAAR, S.R.C.; MAGALHÃES, M.B.B.; GOMES, L.; LIMA, V.L.A.N; Feridas: como tratar, 2ª edição. Editora médica Coopmed, 2008.
- 6) JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E.; Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
- 7) Fitoterápicos. Botica da Família. Secretaria Municipal de Campinas. 2015. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acessado em Agosto de 2016.
- 8) Secretaria de Saúde de São Paulo - Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas, 2010. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Ilha\\_das\\_Flores/Feridas\\_MT1\\_v1.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Feridas_MT1_v1.pdf). Acessado em agosto de 2016.
- 9) Secretaria de Saúde de Belo Horizonte – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas, 2011. Disponível em: [http://portalpbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo\\_Prevencao\\_e\\_Tratamento\\_Feridas.pdf](http://portalpbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_Prevencao_e_Tratamento_Feridas.pdf). Acessado em agosto 2016.

## **Cuidados Paliativos**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os cuidados paliativos (CPs) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive à fase de luto (BRASIL 2013).

A dificuldade da convivência com a finitude da vida e o diagnóstico de irreversibilidade de um quadro clínico é muitas vezes angustiante para a pessoa, a família e a equipe de saúde. O CP resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida. Baseia-se em conhecimentos e possibilidades de intervenção da equipe multiprofissional e é regido por nove princípios, demonstrados no Quadro 7.4, e seis recomendações básicas demonstrados no Quadro 7.5.

### **Quadro 7.4 - Princípios dos Cuidados Paliativos segundo a OMS**

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
3. Não acelerar nem adiar a morte
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Fonte: adaptado de CARVALHO, R.T.et PARSONS (2012)

### **Quadro 7.5 - Recomendações Básicas para a Atenção Paliativa**

1. Identificar Necessidades Multidimensionais
2. Praticar um Modelo de Atençãoo mais integral possível
3. Elaborar um Plano Terapêutico Multidimensional e Sistemático (Quadro de Cuidados)
4. Identificar valores e preferencias da pessoa: Plano de Decisões Antecipadas (Advance Care Planning)
5. Envolver a família e o cuidador principal
6. Realizar gestão de caso, atenção continuada, coordenação de cuidados e ações integradas de serviços

Fonte: adaptado de WHO(2014)

Como uma estratégia de identificação de pessoas que requerem medidas paliativas, temos o instrumento NECPAL CCOMS-ICO©, preconizado pela OMS e em processo de validação no Brasil (ver anexo 7.9).

O manejo dos principais sintomas presentes na fase final de vida (ver quadro 7.6), assim como medidas de conforto, bem como de apoio espiritual e familiar, são fundamentais para a uma abordagem integral nessa fase. Uma das principais vias de administração de fluidos em CPs é a Hipodermóclise, que pode aliviar a dor e medo da administração de medicamentos intravenosos e ser uma alternativa para hidratação parenteral como descrita no Quadro 7.7.

**Quadro 7.6 - Síntese dos principais sintomas presentes na fase final de vida, e as condutas sugeridas a serem implementadas**

SINTOMAS	CAUSAS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Alteração do sono/vigília	Dor noturna Depressão/ ansiedade Maior inatividade de dia Cochiladas diurnas Efeito colateral de medicações Álcool e cafeína	Técnicas de relaxamento Ouvir os medos do paciente Diminuir as cochiladas Incentivar exercícios e atividades moderadas durante o dia Evitar álcool e cafeína Tratar eficazmente a dor	Benzodiazepínicos: • Clorpromazina em doses baixas Rever horário de administração de esteroides Se delírio associado: Haloperidol 2,5-5mg à noite
Anorexia caquexia (tratamento polêmico)	Progressão da doença Alteração do paladar Vômitos Dor intensa, dispneia ou depressão Boca seca	Dieta fracionada em pequenas quantidades, várias vezes ao dia Dieta colorida com levantamento do cardápio alimentar prévio Se indicado, dieta por SNE em posição gástrica ou gastrostomia	Esteroides: • Prednisona 5-15 mg/dia ou Dexametasona 2-4mg 8/8h Suplementação vitamínica Antidepressivos (tricíclicos, inibidores de recaptção de serotonina, etc.), s/n – dose usual
Astenia (=Fadiga)	Progressão da doença Anemia Dor Depressão Insônia Infecções crônicas e agudas Má absorção	Apoio emocional Conservar energia Períodos de descanso mais frequentes Se indicado, usar equipamentos como andador e cadeira de rodas Tratar as causas específicas reversíveis Transfusão sanguínea para conforto, conforme o caso	Considerar com critério o uso de psicoestimulantes
Boca seca	Efeito colateral de medicação Desidratação Respirar de boca aberta Candidíase oral Vômitos, anorexia Depressão/ansiedade	Oferecer frequentes goles de água ou outro líquido Umedecer os lábios Oferecer líquidos cítricos e gelados (sucos, gelatina, iogurte) Oferecer pedacinhos de gelo	Rever medicação anticolinérgica: Atropina, Amitriptilina, Morfina, Diuréticos Saliva artificial, se disponível Tratar candidíase, se for o caso



SINTOMAS	CAUSAS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Broncorreia (hipersecreção)	Hipersecreção pela doença de base (DPOC, ICC, anasarca) Incapacidade de tossir ou deglutir secreção	Reposicionamento na cama/cadeira Manter estado de hidratação Se indicado: aspiração de vias aéreas com sonda	Tratar infecção, se presente e se indicado Diuréticos para diminuir edemas Drogas anticolinérgicas (ver em "sororoca")
Confusão Mental (demência ou delírio)	Causas metabólicas: desidratação e distúrbios eletrolíticos Efeito colateral de drogas anticolinérgicas e da morfina	Manter o paciente em ambiente seguro e familiar Remover objetos perigosos Usar frases simples Diminuir sons (TV, rádio) Medicação deve ser supervisionada Corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos	Rever medicações Tranquilizantes: • Diazepam 2,5 a 5mg 1 a 2x/dia Haloperidol (5-10mg / 2,5mg noturno), se paranoia ou dificuldade em dormir à noite
Convulsões	Distúrbios hidroeletrolíticos (Na, Ca, Mg, Glicemia) Abstinência de anticonvulsivantes	Explicar o que é convulsão e as causas Exame neurológico e FO	Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos Drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes (doses habituais) Manter anticonvulsivantes VR ou fenobarbital SC (diluição 1:10)
Constipação	Inatividade Fraqueza Menor ingestão alimentar e delíquidos Hipercalcemia Confusão mental, depressão Efeito colateral de medicações	Encorajar atividade física, se possível Oferecer mais água Dieta rica em fibras Chá de sene Movimentar os membros inferiores Realizar massagem abdominal no sentido horário	Rever medicação: codeína (dose) morfina, antidepressivos tricíclicos • Óleo mineral 1 med 2x/dia • Lactulose 10ml 2x/dia (máximo 30ml 3x/dia) Outros laxativos orais
Delírio	Fase terminal da doença Alterações do nível de consciência Encefalopatia metabólica Distúrbios hidroeletrolíticos (Na, Ca, glicose) Infecção Efeito colateral da morfina	Suporte emocional e psicológico Presença de familiares Presença de calendário e relógio Ambiente tranquilo Música suave	Corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos, se cabível Neurolepticos; • Olanzapina 5-10mg SC • Risperidona 1-2mg VO e Quetiapina 12,5 a 25mg • Haloperidol é a droga de escolha: 5-10mg / 2,5mg no idoso, até de 8/8h Benzodiazepínicos: Diazepam (2,5 a 5mg 1 a 2x/dia)

SINTOMAS	CAUSAS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Depressão	Percepção da fase terminal da doença Sensação de inutilidade Sofrimento contínuo Dor não adequadamente controlada	Suporte emocional psicológico Presença de familiares Seguimento com psicologia/psiquiatria	Ver Capítulo 2, Anexo 2.5
Diarreia	Medicação laxativa em “excesso” Abstinência de opioides Antibióticos, antiácidos Infusão rápida da dieta por SNE Gastroparesia (DM, hipertireoidismo, doença inflamat. intest. etc.)	Aumentar a ingestão de líquidos: água, reidratantes orais, energéticos esportivos Oferecer líquidos em pequenas porções, várias vezes ao dia Manter dieta, mas SEM fibras Infundir dieta por SNE mais lentamente	Rever medicação: opioide Drogas constipantes se não for diarreia infecciosa Antiespasmódicos s/n
Disfunção urinária (a prioridade é melhorar o desconforto do “bexigoma”)	Progressão da doença Alterações do nível de consciência Efeito colateral de medicações	Dispositivo urinário não invasivo (+ bolsa coletora ou garrafa plástica (homens)) Uso de comadre (mulheres) Uso de fraldas descartáveis Prevenção de dermatite	Se incontinência: introduzir s/n anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos Se retenção, rever medicação constipante: codeína, morfina, antidepressivos tricíclicos Antibiótico, se infecção de trato urinário
Dispneia – causas multifatoriais (avaliar sempre a causa base)	Ansiedade ou pânico Infecção pulmonar Derrame pericárdico com tamponamento Acidose metabólica com falência de múltiplos órgãos Baixa umidade relativa do ar Derrame pleural Anemia	Reposicionar paciente na cama ou cadeira Elevar o decúbito abrir janelas Ventilar o paciente Oferecer água Fazer exercícios respiratórios Oxigênio suplementar: CPAP, O2 contínuo	Broncodilatores s/n Se hipersecreção: anticolinérgicos Se indicado: toracocentese de alívio nos derrames pleurais Morfina (iniciar com 2,5-5mg 4/4hs VO ou 2mg 4/4h SC) Sedação paliativa, se dispneia incontrolável. 1ª opção é Midazolam associada à Morfina

SINTOMAS	CAUSAS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Dor	<p>Multicausal</p> <p>Sempre que possível, deve-se identificar a causa da dor, embora nem sempre o tratamento específico seja conveniente</p>	<p>Considerar o sofrimento como um todo, acolher de forma integral e abordar a espiritualidade</p> <p>Como medidas não farmacológicas podem ser usadas compressas frias ou quentes, fisioterapia e acupuntura</p>	<p>Dor Leve: Dipirona 500mg a 1g VO ou EV de 6/6h Paracetamol 500mg a 1g VO 6/6h</p> <p>Dor Média: Opióides Fracos: Codeína 7,5 mg VO 4/4h</p> <p>Dor Forte: Morfina 5mg VO 4/4h.</p> <p>Avaliar uso associado de medicamentos adjuvantes (coanalgésicos): iniciar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3–5 dias (pode ser administrada em única dose noturna ou dividir em duas ou três tomadas)</p> <p>Amitriptilina: iniciar com 25mg e ajustar até 75mg/dia</p> <p>Nortriptilina iniciar com 10mg e ajustar até 75mg/dia</p>
Mioclonias	<p>Efeito colateral de medicações: metoclopramida, opioides (dose alta), neurolepticos</p> <p>Abstinência de: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticonvulsivantes</p> <p>Por hipóxia SNC</p>	<p>Explicar o que é mioclonia e as causas</p>	<p>Rever medicações</p> <p>Rever dose de opioides</p> <p>Considerar rodízio de opioides - sedar com Midazolam 5-10mg SC de h/h até cessar e depois manter 20-30mg/dia</p> <p>Alternativas: Diazepam 10- 20mg Via Retal h/h</p>

SINTOMAS	CAUSAS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Náuseas e Vômitos	<p>Dismotilidade gástrica</p> <p>Efeito colateral de medicações</p> <p>Distúrbios metabólicos (hipercalcemia, uremia, hiponatremia)</p> <p>Infecção</p>	<p>Dieta fracionada e em pequenas porções - alimentos e líquidos frios e azedos: gelatina, sorvetes, pedaços de gelo, mousses</p> <p>Técnicas de relaxamento</p> <p>Higiene oral pré e pós-prandial</p>	<p>Antieméticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoclopramida 10-30 mg 8/8-4/4h</li> </ul> <p>Outras drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haloperidol 1-2mg/dia</li> <li>• Clorpromazina 25-50mg a cada 6-12h</li> <li>• Diazepam 5mg</li> <li>• Haloperidol 1 a 3mg SC de 1 a 3x/dia</li> </ul> <p>Clorpromazina 25-50mg SC via de administração preferencial é a SC ou supositórios</p>
Prurido	<p>Pele seca</p> <p>Alergias</p> <p>Dermatites</p> <p>Infecção fúngicas ou escabiose</p>	<p>Hidratação da pele (óleo com ácido graxo essencial: girassol ou canola)</p> <p>Banho: água não muito quente</p>	<p>Checar medicação/alimentos</p> <p>Tratar dermatites</p> <p>Anti-histamínicos</p> <p>Corticoides s/n</p> <p>Tratar infecção (fungo/parasita)</p>
<p>Soluços (checar a causa)</p> <p>Difícil tratamento</p>	<p>Dispepsia</p> <p>Irritação nervosa/gástrica</p> <p>Efeito colateral de medicações: corticoides, bloqueadores de canal de cálcio, anticonvulsivantes</p>	<p>Dieta fracionada e líquidos frios</p> <p>Esfregar com gazeo céu da boca</p> <p>Xylocaína gel + 1 colher de sopa de açúcar diluído em um pouco de suco de limão ou laranja</p>	<p>Checar medicação</p> <p>Tratar dispepsia</p> <p>Metoclopramida 10-20mg VO ou SC 3 a 4x/dia ou Haloperidol 1-2,5mg 1-x/dia</p> <p>Clorpromazina 10-25mg até 3-4x/dia</p>
<p>Sudorese (checar a causa)</p>	<p>Febre</p> <p>Infecção</p> <p>Suspensão abrupta de opioides</p>	<p>Secar sudorese com tecido</p> <p>Abaixar a temperatura do ambiente</p> <p>Propiciar fluxo de ar no ambiente</p> <p>Evitar alimentos quentes e/ou picantes</p>	<p>Tratar a causa da febre, infecção</p> <p>Descontinuar antipiréticos</p> <p>Considerar rotidão de opioides</p>

SINTOMAS	CAUSAS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
Tosse - causas multifatoriais (checar a causa)	Efeito colateral de medicações: IECA, midazolam, ipatrópio Derrame pleural Derrame pericárdico Broncoespasmo DPOC, TEP, ICC, refluxo GE	Hidratação Umidificação do Ar Nebulização Posicionamento mais ereto Fisioterapia respiratória	Rever medicações que possam causar tosse Se broncoespasmo: broncodilatador, corticoide, teofilina Anestésicos locais: Bupivacaina 0,25% 5ml 6/6h
Ronco da morte ("sororoca"), em inglês: death rattle (ocorre em 25 a 92% na fase final de vida)	Secreção acumulada na garganta por não conseguir deglutir Geralmente paciente já inconsciente ou quase	Explicar o significado do ruído à família/cuidador Eventualmente aspiração de VAS, mas esse procedimento pode impressionar ainda mais	Cuidado com taquicardia Até o momento não há evidências de boa qualidade que demonstrem que qualquer intervenção é superior ao placebo para o tratamento do "ronco da morte". O sintoma em geral é mais estressante no(s) cuidador(es) / família do que na pessoa doente, portanto o foco da abordagem deve ser focada nas necessidades destes. Medidas não farmacológicas como orientações gerais, posicionamento com o objetivo de reduzir secreções e limpeza superficial da boca podem ser úteis.

Fonte: adaptado de KIRA (2012)

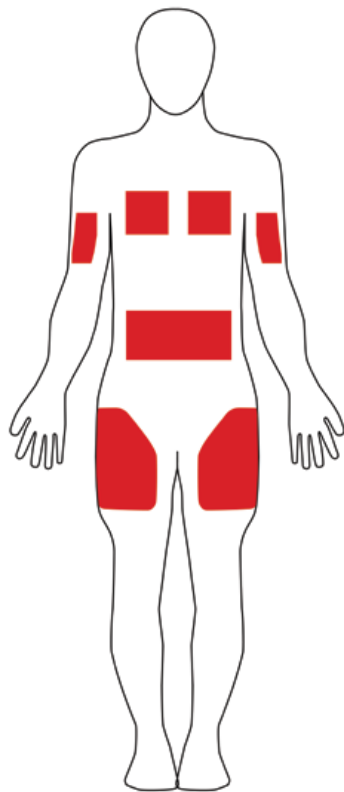
## Quadro 7.7 - Hipodermóclise: Utilização e Técnica

### UTILIZAÇÃO

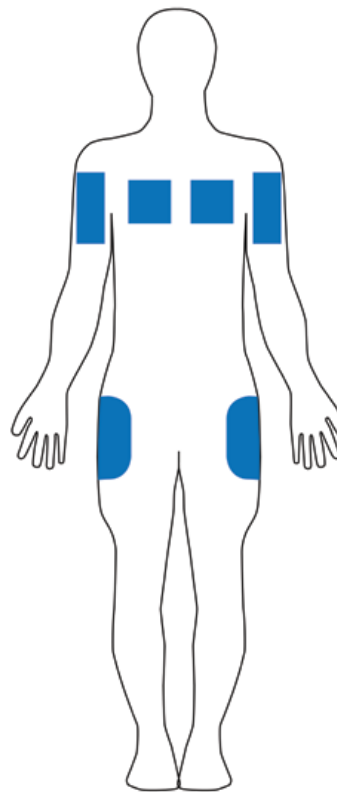
- Permite o envolvimento mais seguro do cuidador capacitado em situações em que existe a necessidade de administrar medicamentos injetáveis em curtos intervalos de tempo.
- Via alternativa para pacientes com dificuldade de manter acesso venoso permanente e que necessitam receber drogas injetáveis
- permite a correção rápida de desequilíbrio hidroeletrólítico
- Garante a manutenção da hidratação em pacientes impedidos de receber hidratação oral, como: dificuldade de deglutição, a confusão e a agitação e sonolência quando ainda não foi estabelecida uma via enteral mais segura
- Possibilita uma via segura para pacientes com necessidade de analgesia intermitente, principalmente com drogas opioides.
- Contra indicado em casos de edema generalizado, desidratação severa, ICC, hipotensão grave, sinais de choque hipovolêmicos.

### TÉCNICA

- Utilizar cateter agulhado (escalpe nº 23, ou 25 ou 27 ) ou não agulhado (18G e 24G), após os cuidados de assepsia, introduzir a agulha na pele em ângulo de 30 a 45 graus em direção centrípeta, com o bisel voltado para cima. Fixar com curativo estéril com gaze ou película semipermeável. Trocas a cada 72 horas ou por suspeita de complicações.
- Velocidade de Infusão: a hidratação pode ser em bolus de 500ml em 20 minutos, repetindo até 3 vezes em 24h. Em infusão contínua e lenta, o volume diário não poderá ultrapassar 3000ml. Administração de volume em período noturno é mais confortável, garantindo mais autonomia dos pacientes durante o dia.
- Zonas de punção: regiões deltóidea, infraclavicular, abdominal, face lateral da coxa.
- Não utilizar regiões com lesões ou infecções de pele.



**ANTERIOR**



**POSTERIOR**

Fonte: adaptado de COREN-SP (2013) e BRUNO (2015)

Além de toda angústia gerada pelos sentimentos que existem quando se tem um ente querido gravemente enfermo, com uma doença irreversível e na fase final, há outras questões que trazem igualmente preocupações. São demandas de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos a fim de contribuir para a organização da família frente à difícil situação que se avizinha. (CARVALHO et PARSONS, 2012), algumas destas estão no Quadro 7.8.

**Quadro 7.8 - Orientações Documentais**

<b>TÓPICO</b>	<b>O QUE ORIENTAR</b>	<b>QUEM ORIENTA</b>
1) Primeiro momento: regularização de documentos, afastamento do trabalho e benefícios	Documentação e regularização de estado civil Documentação de representação civil Documentação e regularização de bens PIS/PASEP e FGTS Afastamento do trabalho Auxílio-doença Aposentadoria por Invalidez Benefício de Prestação Continuada / LOAS	Equipe Multiprofissional
2) Segundo momento: O óbito	Documentos do paciente a serem apresentados na ocorrência do óbito para a obtenção do Atestado de Óbito Documentos a serem apresentados no Serviço Funerário Serviço Funerário	O Atestado de Óbito deve ser fornecido pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, desde que não haja suspeita de morte violenta ou inesperada. No caso de impossibilidade, alternativas devem ser criadas conjuntamente entre equipe e família.
3) Terceiro momento: reorganização familiar após o óbito	Seguro de vida em grupo ou individual Pensão por morte	

Fonte: adaptado de CARVALHO (2012)

### **Considerações finais**

Medidas de conforto, bem como de apoio espiritual e familiar são fundamentais. O mais importante é que os cuidados sejam os mais adequados ao alívio do sofrimento e que a família e os cuidadores tenham a sensação de que tudo foi feito pelo melhor bem estar possível. Que ao final se tenha uma morte digna e serena, o mais próximo possível da personalidade de quem parte e sua biografia.

## SAIBA MAIS

- Para saber mais sobre as Escalas e Avaliação da Funcionalidade Familiar consultar o CAB do envelhecimento e saúde da pessoa idosa: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>
- Saiba mais sobre o planejamento da Visita Domiciliar e cuidado paliativo em BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cad\\_vol2](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cad_vol2)
- Saiba mais sobre Cuidados Paliativos em Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos 2012. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/biblioteca>.
  - a) Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) <http://www.thewhPCA.org/>
  - b) Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>
- Saiba mais sobre a técnica de hipodermoclise:, locais de aplicação, medicamentos compatíveis em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Rita\\_Santos\\_cuidado\\_enfermagem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Rita_Santos_cuidado_enfermagem.pdf)
- Para saber mais sobre as coberturas para uso em lesões: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_do\\_pe\\_diabetico.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf)

## Referências

APOSTOLO, J.L. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Documento de apoio Maio, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA (SOBENDE), ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Parecer da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE e a Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências –SOBEST sobre a utilização de Papaína por enfermeiros**. Disponível em: <http://sobende.org.br/pronunciamento.pdf>. Acesso em: 01/10/2016.

BERGSTROM, N. et al. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline. **Quick reference Guide for Clinicians, nº 3**. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication nº 92-0050, May 1992.



BORGHARDT *et al.* Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem** jan.-fev. 2015; 23(1): 28-35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. LOPES, José Mauro Ceratti. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar. v.2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cad\\_vol2](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cad_vol2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual\\_do\\_pe\\_diabetico](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_do_pe_diabetico).

BRUNO, Vanessa Galuppo. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.13, n.1, p.122-128. Mar. 2015.

CARVALHO, R.T.et PARSONS H.A. **Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos** 2012. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/biblioteca>.

COELHO, Flávio Lúcio G e SAVASSI, Leonardo CM, Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, V.01, n.2 2004 disponível em:<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP).**Parecer 031/2014-CT PRC nº102.681/2013** ticketnº 295.806. São Paulo: COREN-SP, 2014.

CORREIA, J.F.B.L. **O Rosto de Quem Cuida**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: FMUP, 2012.

DUARTE, Y.A.O, ANDRADE C. L., LEBRAO, M.L O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos.**Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(2):317-25.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000.

GOMES, F. V; COSTA, M. R; MARIANO, L. A. A. **Avaliação e tratamento de feridas: manual de curativos**. 3.<sup>a</sup> rev. Goiás, 2005.

GÓMEZ-BATISTE, X.; MARTÍNEZ-MUÑOZ, M.; BLAY, C.; AMBLÀS, J.; VILA, L.; COSTA, X.; ESPAULELLA, J.; ESPINOSA, J.; FIGUEROLA, M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: **Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social**. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Catalunya: Institut Català d'Oncologia, 2011. Disponível em: <http://www.iconcologia.net>.

LAWTON M.P., BRODY E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist** 1969; 9:179-186.

LINO VTS et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública** 2008; 24:103-112;

MENEZES AHR, Cardelli AAM, Vieira GB, Martins JT, Fernandes MV, Marrero T, Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi – Um relato de experiência, **Cienc Cuid Saude** 2012 Jan/Mar; 11(1):190-195, disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18877>

MONTEIRO, Daiane da Rosa; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.31, n.4, p.785-793, Dec. 2010.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Disponível em: <http://sobende.org.br/pdf/Portuguese-Quick%20Reference%20Guide-Jan2015.pdf>. Acesso em: 01/10/2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, Secretaria Municipal de saúde. **Manual de assistência integral às pessoas com feridas**. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: [https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/manual-sad-feridas\\_2011.pdf](https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/manual-sad-feridas_2011.pdf)

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais. **Protocolo de feridas agudas e crônicas**. Florianópolis, 2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Úlcera de pressão**. Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. **Global atlas of palliative care**. Geneva: World Health Organization; 2014.

## Anexo 7.1 - Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

“A ESAS é uma escala que possibilita que profissionais da saúde conheçam os sintomas apresentados pelos pacientes para que possam planejar intervenções específicas e individualizadas. Observa-se que pacientes não referem certos sintomas quando não lhes é perguntado ou tendem a referir o sintoma que mais lhe incomoda. Deste modo, a ESAS por contemplar os nove sintomas mais evidentes em Cuidados Paliativos tende a amenizar esse problema, pois é possível tratá-los e acompanhar os resultados em relação à terapêutica aplicada” (MONTEIRO, 2010).

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton		
Nome do Doente: _____		Data: _____
Por favor, circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem fadiga	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior fadiga possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Boa sensação de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem-estar
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	_____

## Anexo 7.2 - Escala de performance paliativa (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> ; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

**Fonte:** HarlosM, Woelk C. Guideline for estimating length of survival in Palliative Patients. Em <http://www.palliative.info>. Traduzido e adaptado por Neto, 2006.

### Anexo 7.3 - Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) index de independência nas atividades de vida diária de KATZ

<b>NOME:</b> _____		<b>DATA DA AVALIAÇÃO:</b> ____/____/____
<b>OBJETIVO:</b> avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD.		
Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
<b>BANHO:</b> a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nesse função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo <input type="checkbox"/>
<b>VESTIR:</b> para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanece parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanecer parcial ou totalmente despido <input type="checkbox"/>
<b>BANHEIRO:</b> a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaio" ou "comadres" também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERÊNCIA:</b> a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio <input type="checkbox"/>	Não sai da cama <input type="checkbox"/>

**CONTINÊNCIA:** “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa com dependente.

Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar

Tem “acidentes” (perdas urinárias ou fecais) ocasionais

Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente

**ALIMENTAÇÃO:** a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem a ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.

Alimenta-se sem assistência

Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão

Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Fonte: BRASIL (2007)

### TIPO DE CLASSIFICAÇÃO

**A. Independente para todas as atividades.**

**B. Independente para todas as atividades menos uma.**

**C. Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.**

**D. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.**

**E. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.**

**F. Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.**

**G. Dependente para todas as atividades.**

**Outro. Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.**

Fonte: Adaptado de BRASIL (2007)

**RESULTADOS:** as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.

**O QUE FAZER:** para os mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico e plano de cuidados.

## Anexo 7.4 - Escala de Lawton-Brody

**OBJETIVO:** avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente

ATIVIDADE	SEM AJUDA	COM AJUDA PARCIAL	INCAPAZ
	3	2	1
Você é capaz de preparar as suas refeições?			
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
Você é capaz de fazer compras?			
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?			
Você é capaz de usar o telefone?			
Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos ?			
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			
TOTAL			

Fonte: Adaptado de BRASIL (2007)

**RESULTADOS:** A dependência em AVD instrumentais pode ser parcial, quando a pessoa ainda é capaz de realizar algumas tarefas; ou completa, quando a pessoa é dependente para todas as AVD instrumentais. A pontuação que pode ser obtida varia de **8 (indicando dependência)** até **24 (independente)**, servindo para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva.

**O QUE FAZER:** para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

**Anexo 7.5 - Apgar de Família**  
**Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento),**  
**Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva)**

É um eficiente teste de avaliação rápida do funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes

**OBJETIVO:** possibilita verificar indícios de disfunção familiar permitindo a elaboração de um projeto terapêutico. É uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor.

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação):				
Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo):				
Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (Desenvolvimento):				
Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar, bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			



DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0

A = Affection (Afetividade):

Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.

Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.

R = Resolve (Capacidade resolutive):

Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve, geralmente, a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, propriedade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.

Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.

**RESULTADOS:** Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídas valores que, ao final, são somados, resultando em um escore total, cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta funcionalidade).

**0 a 4 = elevada disfunção familiar**

**5 e 6 = moderada disfunção familiar**

**7 a 10 = boa funcionalidade familiar**

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.

**O QUE FAZER:** para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

## Anexo 7.6 - Escala de Zarit Reduzida - Avaliação da Sobrecarga do Cuidador

PERGUNTAS	Pontuação				
	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para si?					
2. Sente-se estressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (cuidar dos filhos, cônjuge, outros familiares e trabalhar)					
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?					
4. Sente-se exausto(a) quando tem de estar junto do seu familiar/doente?					
5. Sente que a sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida, desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?					
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
<b>RESULTADO</b>					
<b>SOBRECARGA LEVE: ATÉ 14 PONTOS</b>					
<b>SOBRECARGA MODERADA: 15-21 PONTOS</b>					
<b>SOBRECARGA GRAVE: &gt; 22 PONTOS</b>					

Fonte: adaptado de CORREIA (2012)

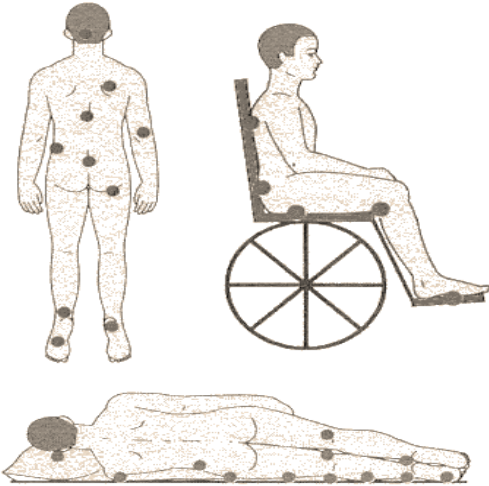
### Anexo 7.7 - Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho-Savassi

SENTINELAS PARA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	PONTUAÇÃO
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de seis meses de idade	1
Maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1 = 3
	Se igual a 1 = 2
	Se menor que 1 = 0
<b>TOTAL</b>	

ESCORE	VULNERABILIDADE FAMILIAR
< 5	R0 (RISCO HABITUAL)
5-6	R1 (RISCO MENOR)
7-8	R2 (RISCO MÉDIO)
> 9	R3 (RISCO MÁXIMO)

Fonte: adaptado de COELHO (2004)

## Anexo 7.8 - Avaliação de Lesões por Pressão

<b>ESCALA DE BRADEN (versão adaptada e validada para o Brasil)</b>				
<b>NOME DO PACIENTE:</b> _____	<b>NOME DO AVALIADOR:</b> _____		<b>DATA DA AVALIAÇÃO:</b> /    /	
				
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b>  Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	<b>1. Totalmente limitado:</b>  Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2. Muito limitado:</b>  Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Levemente limitado:</b>  Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b>  Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
<b>UMIDADE</b>  Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	<b>1. Completamente molhada:</b>  A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2. Muito molhada:</b>  A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b>  A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	<b>4. Raramente molhada:</b>  A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.

**ESCALA DE BRADEN (versão adaptada e validada para o Brasil)**

<b>NOME DO PACIENTE:</b> _____		<b>NOME DO AVALIADOR:</b> _____		<b>DATA DA AVALIAÇÃO:</b> ____/____/____
<b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> Confinado a cama.	<b>2. Confinado a cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.

**ESCALA DE BRADEN (versão adaptada e validada para o Brasil)**

<b>NOME DO PACIENTE:</b> _____		<b>NOME DO AVALIADOR:</b> _____		<b>DATA DA AVALIAÇÃO:</b> ____/____/____	
<b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.		
	<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>				

\*Copyright© Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/translations.htm>>.

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <<http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>.

**RESULTADO**

<b>RISCO MUITO ALTO</b>	<b>6 a 9</b>
<b>RISCO ALTO</b>	<b>10 a 12</b>
<b>RISCO MODERADO</b>	<b>13 a 14</b>
<b>BAIXO RISCO</b>	<b>15 a 18</b>
<b>SEM RISCO</b>	<b>19 a 23</b>

**Anexo 7.9 - Instrumento para identificação de pessoas em situação de enfermidade avançada-terminal e necessidade de cuidados paliativos em Serviços de Saúde**

**INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES**

<b>1. LA PREGUNTA SORPRESA</b> - una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	<b>NO</b>	<b>SI</b>
--	-----------	-----------

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?

<b>2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD</b> - explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

**Elección / demanda:** ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal **han solicitado**, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?

**Necesidad:** ¿considera que este paciente **requiere actualmente** medidas paliativas o tratamientos paliativos?

<b>3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN</b> - explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	<b>SI</b>	<b>NO</b>
--	-----------	-----------

**Marcadores nutricionales**, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda
- Progresión: pérdida de peso > 10%
- Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

**Marcadores funcionales**, cualquiera de los siguientes, en los **últimos 6 meses**:

- Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%)
- Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada
- Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

**Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema**, al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV)
- Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1)
- Síndrome confusional agudo
- Disfagia persistente
- Caídas (> 2)

Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo

**Factores adicionales de uso de recursos**, cualquiera de los siguientes:

- 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año
- Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio

**Comorbilidad:** ≥ 2 patologías concomitantes

**4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS** – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

SI NO

**ENFERMEDAD ONCOLÓGICA** (sólo requiere la presencia de **un criterio**)

- Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

**ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA** (presencia de **dos o más** de los siguientes criterios)

- Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)



**ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA** (presencia de **dos o más** de los siguientes criterios)

- Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS(1): AVC** (sólo requiere la presencia de **un criterio**)

- Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días
- Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS(2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON** (presencia de **dos o más** de los siguientes criterios)

- Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- Síntomas complejos y difíciles de controlar
- Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- Disfagia progresiva
- Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

**ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE** (sólo requiere la presencia de **un criterio**)

- Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE** (sólo requiere la presencia de **un criterio**)

- Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

**DEMENCIA** (presencia de **dos o más** de los siguientes criterios)

- Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)
- Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria ) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral
- Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)

**RESULTADO**

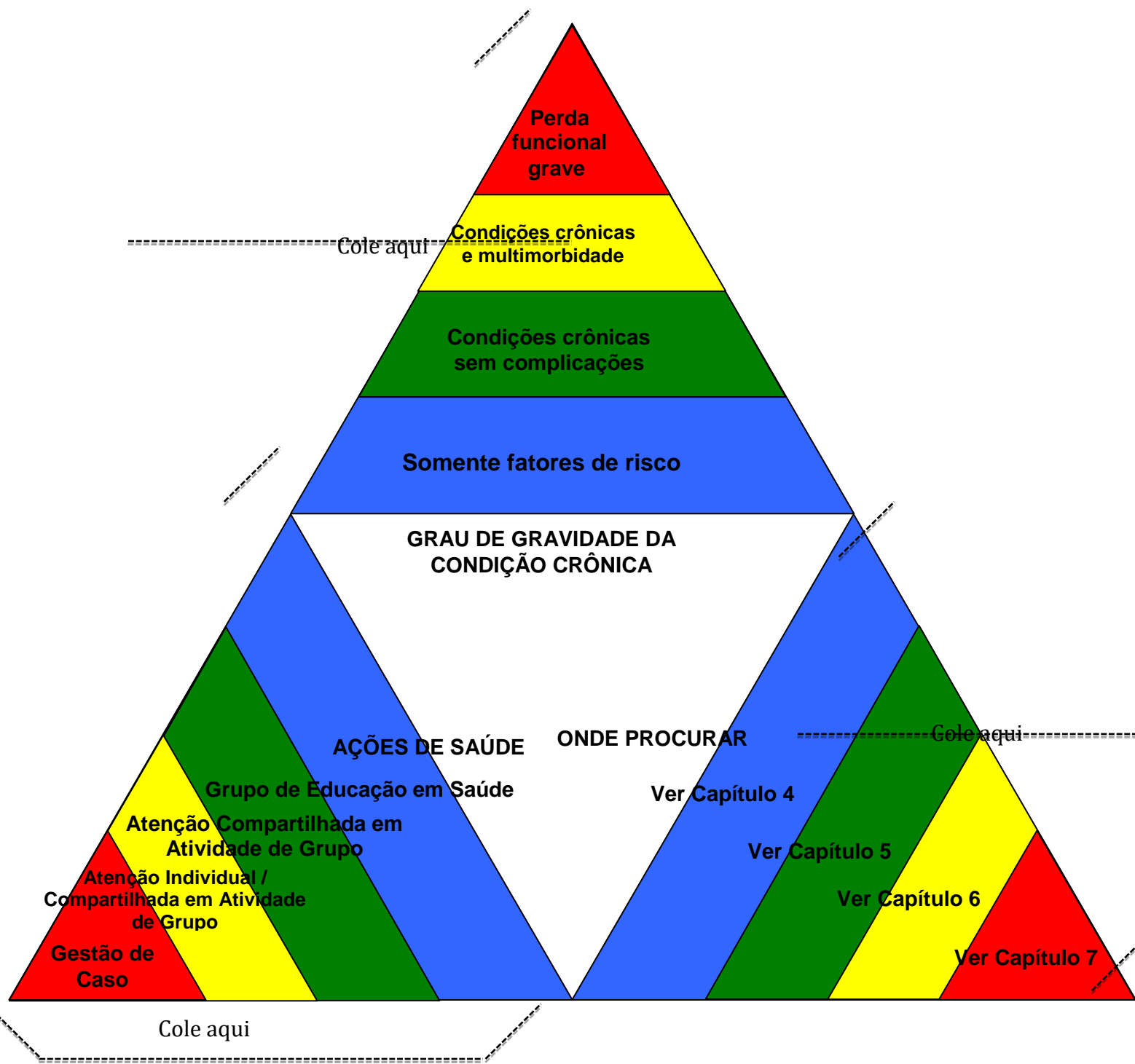
¿Qué se considera una identificación positiva?

Cualquier paciente con:

- Pregunta Sorpresa (pregunta 1) con respuesta NEGATIVA, y
- Al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta POSITIVA, de acuerdo con los criterios establecidos

Fonte: GÓMEZ-BATISTE *et al* (2011)

# Anexo A - Pirâmide das Condições Crônicas



## Anexo B - Pirâmide das Orientações nas Condições Crônicas

