



Protocolo de Enfermagem

Doenças Crônicas não Transmissíveis

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MACAÉ



COORDENAÇÃO GERAL
ENFERMAGEM



Macaé
PREFEITURA
Secretaria Executiva | ATENÇÃO BÁSICA

**Prefeitura Municipal de Macaé Secretaria
Adjunta de Atenção Básica Coordenação de Enfermagem**

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Município de Macaé

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).

Pág 174

- Hipertensão Arterial Sistêmica **Pág 175**
- Consulta de enfermagem. **Pág 178**
- Transcrição de receita realizada pelo enfermeiro **Pág 187**

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) – DIABETES MELLITUS (HAS).

Pág 192

Diabetes Mellitus.

Pág 193

- Consulta de enfermagem. **Pág 196**
- Orientações. **Pág 198**
- Transcrição de receita realizada pelo enfermeiro **Pág 203**

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
(DCNT) HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA
(HAS)

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Ocorre quando a média da pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmHg e/ou a diastólica é igual ou maior que 90 mmHg em indivíduos maiores de 18 anos. Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente se situarem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do comportamento da pressão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento dos indivíduos com hipertensão é de suma importância, já que o controle dos níveis pressóricos reduz a chance de complicações em virtude da doença.

Sabe-se que a atuação da equipe multiprofissional tem a vantagem de proporcionar ações diferenciadas, tais como: visão multidisciplinar do indivíduo, padronização do atendimento, troca de informações e conhecimentos, e com isso conseguir maior adesão dos pacientes hipertensos e melhores resultados no tratamento.

Diante das características da doença, a atuação da equipe multiprofissional no tratamento e controle da mesma tem como vantagem a atuação do enfermeiro na atenção à HAS; por sua visão e prática global das propostas de tratamento não medicamentoso e medicamentoso, pela sua atuação na abordagem individual e coletiva que, comprovadamente, tem alcançado resultados mais consistentes,

além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade.

Rastreamento

Deve acontecer através da aferição da pressão arterial para todos com mais de 18 anos, indiferentemente da queixa que levou à consulta. Para tal, a pessoa deve estar em repouso há pelo menos 05 minutos e não deve ter ingerido bebidas estimulantes (café, energético, etc.), fumado ou feito exercícios extenuantes nas duas horas anteriores. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada. Considerando as características da HAS, orienta-se a intensificação de atividades de captação dos casos de demanda espontânea, dos eventos, campanhas e ações de sensibilização da população.

Valores de pressão arterial

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Mapa = monitorização ambulatorial da PA de 24h; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.

Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

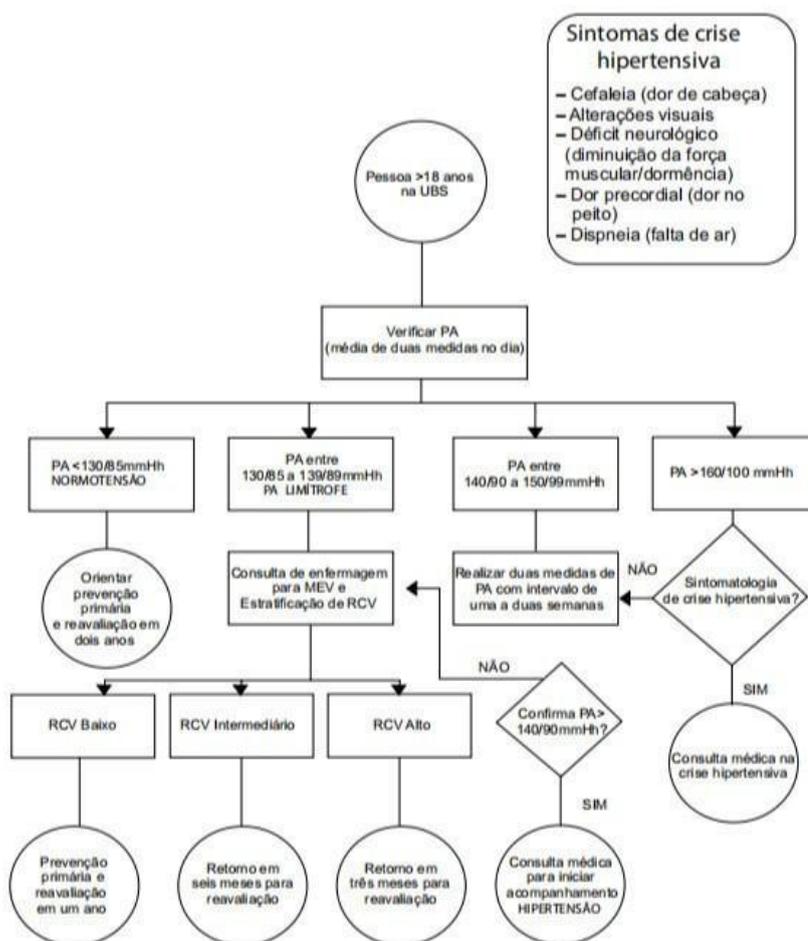
De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS



Fonte: DAB/SAS/MS.

Consulta de Enfermagem:

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Na prática, representa importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV).

Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução do peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	5 a 20
Alimentação Saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade Física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo do álcool	Aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: (Adaptado de VII Joint CHOBANIAN et al., 2003).

A consulta de enfermagem para pessoas com pressão arterial limítrofe tem o objetivo de trabalhar o processo de educação em Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares.

De acordo com as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com nutricionista, psicólogo e/ou assistente social

Coleta de dados

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações. O profissional deverá estar atento para:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais, principalmente as indicativas de lesão de órgão-alvo, tais como: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, parestesia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse).
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares:
 - Doenças cardíacas: hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca.

- Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico.
- Nefropatia.
- Doença vascular arterial periférica.
- Retinopatia hipertensiva.

Exame Físico:

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Frequência cardíaca e respiratória.
- Pulso radial e carotídeo.
- Alterações de visão.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).
- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen.
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).

Estratificação do Risco Cardiovascular

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular, recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas.

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios.

Achados do exame clínico e anamnese indicativos de risco para doença cardiovascular

Baixo risco/Intermediário	Alto Risco
Tabagismo	Acidente vascular cerebral prévio
Hipertensão	Infarto agudo do miocárdio prévio
Obesidade	
Sedentarismo	Lesão periférica-Lesão de órgão-alvo (LOA)
Sexo masculino	Ataque isquêmico transitório (AIT)
História familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos)	Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)
Idade >65 anos	Nefropatia
	Aneurisma de aorta abdominal
	Estenose de carótida sintomática
	Diabetes mellitus

FONTE: (BRASIL, 2010);

Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo risco cardiovascular (RCV). Se apresentar ao menos um fator de alto RCV também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto RCV. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário.

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco:** quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre o estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário:** quando existir 10%-20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se disponível na unidade de saúde ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde.
- **Alto Risco:** quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre o estilo de vida saudável e, se disponível na unidade de saúde ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde coletiva.

ESCORE DE FRAMINGHAM PARA HOMENS

HOMENS					
Idade			Pontos		
20 – 34			-9		
35 – 39			-4		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			11		
70 – 74			12		
75 – 79			13		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	0
200 – 239	7	5	3	1	0
240 – 279	9	6	4	2	1
≥ 280	11	8	5	3	1
Não fumante	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
	0	0	0	0	0
Fumante	8	5	3	1	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
< 40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	0		1		
130 – 139	1		2		
140 – 159	1		2		
≥ 160	2		3		

ESCORE DE FRAMINGHAM PARA MULHERES

MULHERES					
Idade			Pontos		
20 – 34			-7		
35 – 39			-3		
40 – 44			0		
45 – 49			3		
50 – 54			6		
55 – 59			8		
60 – 64			10		
65 – 69			12		
70 – 74			14		
75 – 79			16		
Colesterol Total	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
< 160	0	0	0	0	0
160 – 199	4	3	2	1	1
200 – 239	8	6	4	2	1
240 – 279	11	8	5	3	2
≥ 280	13	10	7	4	2
	Idade 20 – 39	Idade 40 – 49	Idade 50 – 59	Idade 60 – 69	Idade 70 – 79
Não fumante	0	0	0	0	0
Fumante	9	7	4	2	1
HDL			Pontos		
> 60			-1		
50 – 59			0		
40 – 49			1		
<40			2		
PA sistólica	Pontos se não tratada		Pontos se tratada		
< 120	0		0		
120 – 129	1		3		
130 – 139	2		4		
140 – 159	3		5		
≥ 160	4		6		

TABELA PARA DETERMINAÇÃO DE RISCO EM 10 ANOS DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

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

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

- Multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença coronariana;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;
- Multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC ≥ 30 kg/m²;

SUGESTÃO DE PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

Categoria	Risco de Evento Cardiovascular em 10 anos	Consulta de Enfermagem
Baixo	< 10%	Anual
Moderado	10 – 20%	Semestral
Alto	20%	Quadrimestral

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O enfermeiro tem papel fundamental no tratamento não medicamentoso dos indivíduos acometidos pela hipertensão arterial estimulando as mudanças de estilo de vida (MEV) através dos processos educativos.

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica [GRADE B] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas [GRADE D] (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS (GUPTA; GUPTA, 1999). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas

funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al, 2009; CHOBANIAN et al., 2003).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

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

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação prescrita pelo profissional médico, ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade do uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe.

MEDICAMENTOS QUE PODEM SER PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO EM PACIENTES ESTÁVEIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Classe Farmacológica	Denominação Genérica	Dose Mínima	Dose Máxima
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12,5 – 25 mg	50 mg
Diuréticos (de Alça)	Furosemida	20 mg	Variável
Agentes poupadores de potássio	Espiro lactona	25 mg	100 mg
Bloqueadores seletivos	Atenolol	25 mg	100 mg
	Succinato de Metoprolol	25 – 100 mg	200 mg
Agentes alfa e betabloqueadores	Carvedilol	12,5 mg	50 mg
Betabloqueadores não seletivos	Propranolol	40 mg	240 mg
Antiadrenérgicos de ação central	Metildopa	500 mg	1.500 mg
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio-derivados da diidropiridina	Besilato de Anlodipino	5 mg	10 mg
	Nifedipino	20 – 40 mg	60 mg
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio-derivados da fenilalquilamina	Cloridrato de verapamil	80 - 120 mg	480 mg

Agentes que atuam no músculo liso arteriolar	Cloridrato de Hidralazina	25 mg	200 mg
Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	Captopril	25 mg	150 mg
	Maleato de Enalapril	5 mg	40 mg
Inibidores da enzima conversora de angiotensina II, simples	Losartana potássica	25 mg	100 mg

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

- A última receita tenha sido emitida por **médico da atenção primária do município**;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 6 meses;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize o agendamento da próxima consulta para a reavaliação médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive mudanças de estilo de vida (MEV)
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;

- O paciente apresente o cartão de monitoramento da pressão arterial em diferentes horários do dia;
- O paciente esteja com a pressão arterial controlada.

Manter a prescrição médica, em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico. Mesmo se o paciente fizer uso de insulinas ou medicamentos para cardiopatias, o enfermeiro poderá manter a prescrição. Todo receituário deve ser assinado e carimbado pelo enfermeiro. Também é necessário o registro da conduta adotada no prontuário do paciente, com data e assinatura do profissional. O objetivo desses cuidados não é suprir a ausência do profissional médico, mas sim, dar continuidade ao acompanhamento dos usuários controlados. Estas condutas são inerentes à assistência de enfermagem e servem para resguardar o enfermeiro e evitar interpretações que possam comprometê-lo quanto ao exercício ético e legal da profissão.

ATENÇÃO: O enfermeiro NUNCA deve iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; só poderá, na consulta de enfermagem, manter uma prescrição iniciada pelo médico.

INDICAÇÕES DAS CLASSES MEDICAMENTOSAS

Indicações	Classe medicamentosa
Insuficiência cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona.
Pós-infarto do miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona.
Alto risco para doença coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio.
Diabetes	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio.
Doença renal crônica	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II.
Prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico (AVE)	Diurético, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
Hipertensão sistólica isolada em idosos	Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio.

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DAS DROGAS ANTI-HIPERTENSIVAS

Classe farmacológica	Efeitos adversos
Diuréticos	Hipopotassemia, hiperuricemia, intolerância à glicose, aumento do risco de aparecimento do diabetes mellitus, além de promover aumento de triglicerídeos em geral, dependendo da dose.
Betabloqueadores	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual.
Antiadrenérgicos de ação central	Sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual.
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio	Cefaleia, tontura, rubor facial – mais frequente com diidropiridínicos de curta duração – e edema de extremidades, sobretudo maleolar. Estes efeitos adversos, são, em geral, dose-dependentes. Mas raramente, podem induzir a hipertrofia gengival. Os diidropiridínicos de ação curta provocam importante estimulação simpática reflexa, sabidamente deletéria para o sistema cardiovascular. Verapamil pode provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular, além da obstipação intestinal.
Agentes que atuam no músculo liso arteriolar (Vasodilatadores diretos)	Pela vasodilatação arterial direta promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa.
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (Ieca)	Tosse seca, alteração de paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade, com erupção cutânea e edema angioneurótico. Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem eventualmente, agravar a hiperpotassemia. Em pessoas com hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos da ureia e creatinina. Seu uso em pessoas com função renal reduzida pode causar aumento de até 30% da creatinemia, mas, a longo prazo, preponderará seu efeito nefroprotetor.
Antagonistas de receptores de angiotensina II	Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea (Rash). As precauções para seu uso são semelhantes às descritas para os Iecas.

Fonte: (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n^o 37).

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n^o 15).

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias. Brasília, Ministério da Saúde, 2010 (Cadernos de Atenção Básica, n^o 25).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
(DCNT) – DIABETE MELLITUS (HAS)

DIABETES MELLITUS

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (BRASIL,2006).

Classificação Diabetes Mellitus

- **Diabetes tipo 1**

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose.

- **Diabetes tipo 2**

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

Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

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

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum

alterada;

- Obesidade severa, acanthosis nigricans;

- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU

Idade \geq 45 anos

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica).

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

Sinais e sintomas de Diabetes Mellitus

- Poliúria
- Polidipsia
- Polifagia
- Perda de peso involuntária
- Nictúria
- Fadiga, astenia e letargia
- Encontro causal de hiperglicemia ou glicosúria
- Redução da acuidade visual
- Proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica (complicações)
- Impotência sexual, infecções urinárias e cutâneas (complicações)

Diagnóstico de Diabetes

Classificação	Glicemia em jejum*	TTG 2h após 75g glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada
Glicemia normal	< 110	< 140	< 200	-----
Glicemia de alterada	> 110 e < 126	-----	-----	-----
Tolerância à glicose diminuída	-----	\geq 140 e < 200	-----	-----
Diabetes Mellitus	\geq 126	\geq 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

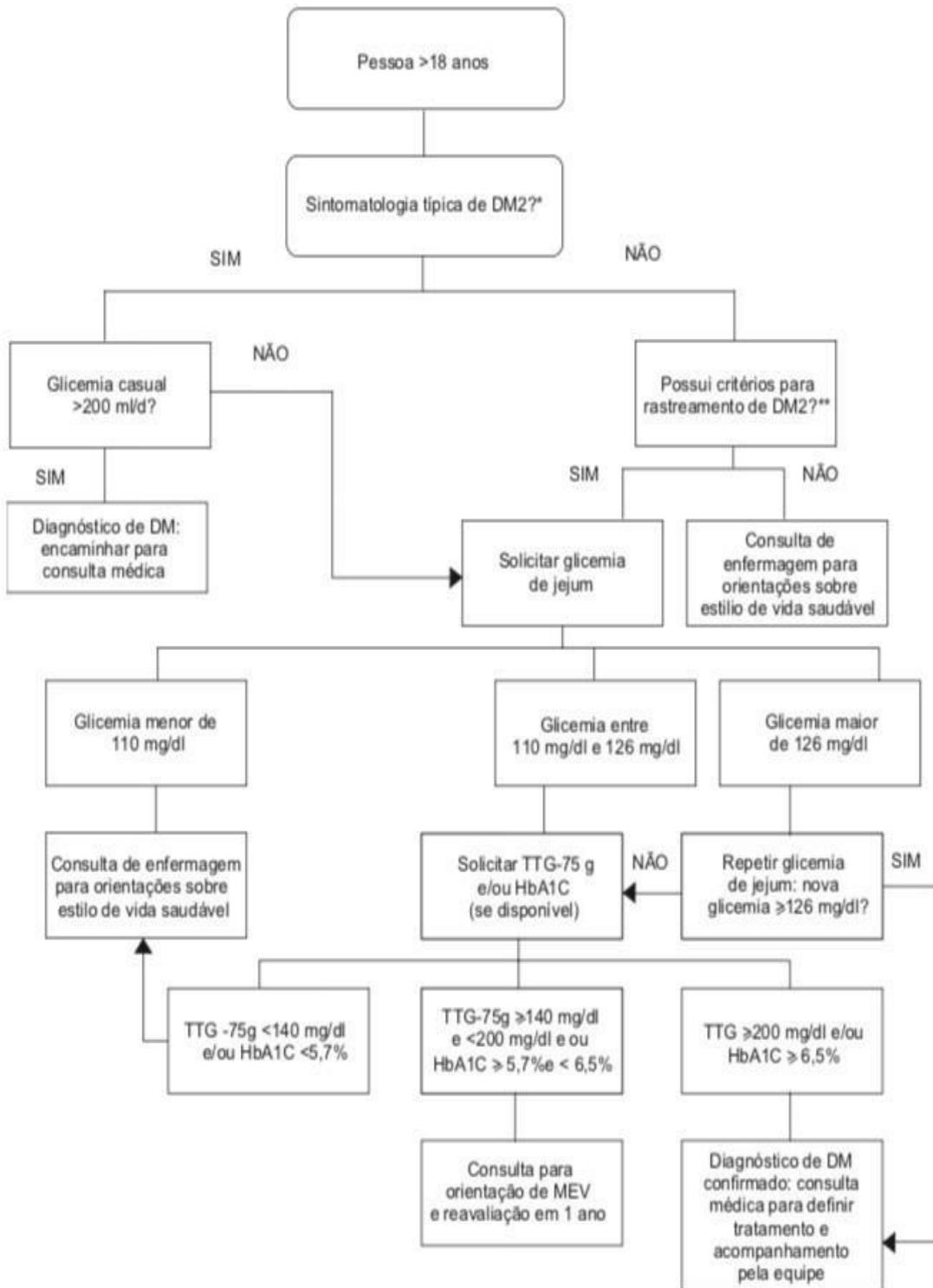
Fonte: Brasil (2013).

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso.

FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PARA O DM TIPO 2



Fonte: DAB/SAS/MS.

Consulta de enfermagem para acompanhamento do usuário com DM

A consulta de enfermagem ao portador de diabetes deve:

- Acolher e estabelecer vínculo de confiança com usuário/ família/cuidador;
- Avaliar a adesão ao tratamento e do alcance das metas instituídas;
- Investigar situação vacinal;
- Estimular o autocuidado;
- Monitorar as intercorrências;
- Verificar PA, peso e altura;
- Medir a circunferência abdominal;
- Estimular estratégias para o alcance das metas do tratamento;
- Estimular mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso;
 - Orientar sobre o tratamento medicamentoso já prescrito e prescrever subsequente;
- Orientar sobre a técnica de aplicação de insulina;
- Incentivar a participação nas atividades educativas e físicas;
- Incentivar a participação em atividades antitabagismo e desintoxicação alcoólica, se necessário.

Histórico de Enfermagem

O Histórico de Enfermagem compreende:

- História familiar;
- Situação cultural, socioeconômico, grau de instrução;
- Estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividade física, fatores de risco para estresse, lazer, vida social, tabagismo, etilismo, dependência química, etc);
- Doenças prévias; comorbidades; sinais/sintomas;

- Tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas) e condições para o autocuidado (lúcido, orientado, nível de compreensão, independente, etc).

Exame Físico:

O Exame Físico inclui:

- Avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés);
- Peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal);
- Sinais vitais;
- Sensibilidade de extremidades.

PÉ DIABÉTICO

A Síndrome do Pé diabético é consequência da insuficiência vascular (macro e microangiopatias) e neuropatias periféricas.

Fatores que predispõem ao dano tecidual do pé diabético

- Amputação prévia;
- Úlcera nos pés no passado;
- Neuropatia periférica;
- Deformidade nos pés;
- Doença vascular periférica;
- Nefropatia diabética (especialmente em diálise);
- Mau controle glicêmico;
- Tabagismo

ACHADOS ESPECÍFICOS NO EXAME DO PÉ DE PESSOAS COM DM E SUGESTÕES DE MANEJO

Achados	Sugestões de manejo
Úlcera, descoloração, edema, necrose	Avaliação médica se nova úlcera, descoloração, edema ou necrose.
Ausência de pulsos	Avaliar sinais e sintomas de isquemia e encaminhar para avaliação especializada.
Calo	Avaliar a necessidade de remoção do calo.
Infecção fúngica	Avaliação médica para tratamento com antimicótico.
Infecção bacteriana	Avaliação médica imediata para tratamento.
Unha encravada	Avaliar a necessidade de correção e orientar para que não tente corrigir o problema sozinho.

Achados	Sugestões de manejo
Deformidades em pés	Orientar calçado apropriado e considerar avaliação com ortopedista ou encaminhar para órtese.
Higiene inadequada	Escuta para identificar fatores que não permitem a higiene adequada e orientações sobre o tema.
Calçados e/ou meias inadequadas	Implementar estratégias educativas e de apoio para realizar as orientações sobre calçados e meias adequados (Veja Quadro 15).
Desconhecimento sobre autoavaliação e autocuidado	Orientar e anotar no prontuário a necessidade de avaliação frequente com reforço das orientações. Implementar estratégias para desenvolvimento do autocuidado, identificar rede de apoio e manter apoio até que a pessoa ou sua rede tenha autossuficiência.

Fonte: Adaptado de CURITIBA, 2010.

É recomendado que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente, identificando fatores de risco para úlcera e amputação. A consulta de acompanhamento de pessoas com DM deverá incluir uma rotina sistemática de avaliação da sensibilidade e da integridade dos pés com vistas a prevenir danos.

Várias condições contribuem para a ulceração nos pés da pessoa com DM, das quais a neuropatia geralmente é o evento inicial mais importante, levando à formação de úlceras. Além da neuropatia, a pressão plantar excessiva e o trauma repetitivo também são causas de úlcera nos pés.

Consulta dos pés

Investigar sintomas neuropáticos positivos (dor em queimação ou em agulhada, sensação de choque) e negativos (dormência, controle glicêmico e complicações).

Com o paciente descalço deve ser feita a avaliação dos calçados, se são apropriados, confortáveis e ajustados ao pé. É importante também observar seis características do calçado: estilo, modelo, largura, comprimento, material e redução das áreas de pressão.

É preferível que o sapato tenha cano alto, couro macio que permita a transpiração dos pés, alargamento da lateral para acomodar as deformidades como artelhos em garra e hálux valgus (PRAZERES, 2009) e caso tenha salto, é recomendado que seja no estilo Anabela. Calçados desgastados, com palmilhas deformadas, muito curtos ou apertados podem provocar vermelhidão, bolhas ou calosidades. (BOULTON et al., 2008).

Avaliação da pele

Observar a higiene dos pés e corte das unhas, pele ressecada e/ou descamativa, unhas espessadas e/ou onicomiose, intertígio micótico, pesquisando-se a presença de bolhas, ulceração ou áreas de eritema.

Diferenças na temperatura de todo o pé ou parte dele, em relação ao outro pé, podem indicar doença vascular ou ulceração (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). Nesta situação, deve-se avaliar a necessidade de encaminhamento ao cirurgião vascular.

Avaliação musculoesquelética

A avaliação musculoesquelética inclui a inspeção de eventuais deformidades. Deformidades rígidas são definidas como contraturas que não são facilmente reduzidas manualmente e, frequentemente, envolvem os dedos (BOULTON et al., 2008).

As deformidades mais comuns aumentam as pressões plantares, causam ruptura da pele e incluem a hiperextensão da articulação metarsofalangeana com flexão das interfalangeanas (dedo em garra) ou extensão da interfalangeana distal (dedo em martelo) (BOULTON et al., 2008).

A artropatia de Charcot acomete pessoas com neuropatia nos pés e se apresenta como eritema, calor, edema, perda da concavidade da região plantar causando uma grosseira deformidade. Nesta situação, a equipe deve avaliar a necessidade de encaminhamento a atenção especializada (BOULTON et al., 2008).

Avaliação vascular

A palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior deve ser registrada como presente ou ausente. Além do pulso é importante observar a temperatura, os pelos, o estado da pele e dos músculos. Ao verificar-se a ausência ou diminuição importante de pulso periférico, atrofia da pele e músculos, rarefação dos pelos, deve-se avaliar a necessidade de encaminhar a pessoa ao cirurgião vascular (BOULTON, 2008).

Avaliação neurológica

A avaliação neurológica tem como principal objetivo identificar a perda da sensibilidade protetora (PSP), que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas.

Teste de sensibilidade protetora com monofilamento 10 g

A perda da sensação de pressão usando o monofilamento de 10 g é altamente preditiva de ulceração futura. Qualquer área insensível indica PSP. Recomenda-se que quatro regiões sejam pesquisadas: hálux (superfície plantar da falange distal) e as 1º, 3º e 5º cabeças dos metatarsos de cada pé, determinando uma sensibilidade de 90% e especificidade de 80%. A técnica correta é descrita e demonstrada na Figura 3:



- A pessoa deverá ficar sentada de frente para o examinador com os pés apoiados, de forma confortável. Orientar sobre a avaliação e demonstrar o teste com o monofilamento utilizando uma área da pele com sensibilidade normal.
- Solicitar à pessoa que feche os olhos.
- O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar-se à pele da pessoa, para não produzir estímulo extra. Áreas com calosidades devem ser evitadas.
- Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considerar a resposta e repetir o teste no mesmo ponto.
- Começar o teste com o fio a uma distância de 2 cm da área a ser testada. Tocando a pele com o filamento mantendo sua curva por 2 segundos. Evitar movimentos bruscos ou muito lentos.
- Solicitar ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque ou “não” caso não sinta e perguntar onde sente a pressão (pé direito ou esquerdo).
- Repetir aplicação duas vezes no mesmo local, mas alternar com, pelo menos, uma aplicação “simulada”, quando nenhum filamento é aplicado (em um total de três perguntas em cada ponto).

Toda pessoa com DM deve ser avaliada com monofilamento anualmente, e os que tiverem perda da sensibilidade protetora devem ser incluídos em protocolos de pé diabético, com ações preventivas específicas.

O monofilamento não é de uso individual ou descartável, por isso, recomenda-se que seja realizada a limpeza do produto com uma solução de sabão líquido e água morna após cada uso. Não há necessidade de o produto passar por processo de esterilização em autoclave. É recomendado que o monofilamento fique em repouso por 24 horas a cada 10 pacientes examinados, para que mantenha a tensão de 10 g. A vida útil do produto em geral é de 18 meses.

EXAMES DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de diabetes mellitus (DM) é normalmente realizado a partir da dosagem alterada da glicemia de jejum. O enfermeiro poderá solicitar esse exame em usuários

que não possuam o diagnóstico da doença desde que tenham IMC > 25 e pelo menos um dos fatores:

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

Se valor da glicemia de jejum for < 110mg/dL, repetir rastreio a cada 3 anos. Ou se DCV e/ou hipertensão repetir rastreamento anualmente. Se valor da glicemia de jejum entre ≥ 110 verifique Fluxograma Rastreamento Diagnóstico de Diabetes. Caso o paciente não se enquadre no descrito acima não há necessidade de rastrear.

Exames a serem solicitados aos portadores de DM:

Os exames a seguir são necessários para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada paciente, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

- Glicemia de jejum e HbA1C.
- Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG). A fração LDL pode ser calculada utilizando-se a fórmula de Friedewald: $LDL = CT - HDL - TG/5$ (para triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL).
- Creatinina sérica.

- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.

A glicemia de jejum e HbA1C sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa encontra-se dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser solicitados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades individuais.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

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

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação prescrita pelo profissional médico, ou alterar a dose/posologia das medicações prescritas. Havendo questionamentos quando à necessidade do uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deverá discutir o caso com o médico da equipe.

MEDICAMENTOS QUE PODEM SER PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO EM PACIENTES ESTÁVEIS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM:

Classe Farmacológica	Denominação Genérica	Dose Mínima	Dose Máxima
Biguanidas	Cloridrato de Metformina	500 mg	2.550 mg
Derivados de ureia, sulfonamidas	Glibenclamida	2,5 mg	20 mg
	Glicazida 30 mg	30 mg	-
	Glicazida 60 mg	30 mg	-

INSULINAS DISPONÍVEIS NA REDE

Insulinas					
	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
Ação rápida					
Regular	30 – 60min	2 – 3h	8 – 10h	30 minutos antes das refeições 1– 3x/dia	crystalino
Ação Intermediária					
NPH	2 – 4h	4 – 10h	12 – 18h	recomendar dose noturna às 22h	turvo
Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100 unidades/ml.					

Fonte: BRASIL, 2010.

Atenção: Pacientes que fazem uso de insulinas devem passar por consulta médica.

PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS DOS HIPOGLICEMIANTES ORAIS E INSULINAS

Denominação genérica	Efeitos adversos
Cloridrato de Metformina	Hipotensão postural, hipertensão de rebote na retirada, sedação, distúrbio do sono, cefaleia, vertigens e tonturas, depressão, sinais e sintomas psicóticos, diminuição da libido, xerostomia, hepatotoxicidade, anemia hemolítica, febre.
Glibenclamida	Hipoglicemia, particularmente em idosos, distúrbios gastrintestinais, cefaleia, reações cutâneas, distúrbios hepáticos, alterações hematológicas, aumento de peso. Hipersensibilidade pode ocorrer nas seis primeiras semanas de tratamento.
Gliclazida	Hipoglicemia, particularmente em idosos, distúrbios gastrintestinais, reações cutâneas, distúrbios hepáticos.
Insulinas (NPH e regular)	Hipoglicemia, aumento de peso, edema, hipersensibilidade cutânea, reação no local de aplicação.

Fonte: BRASIL, 2010.

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

- A última receita tenha sido emitida por médico da atenção primária do município;
- A última receita apresentada pelo usuário (ou existente no prontuário) não esteja vencida há mais de 6 meses;
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;

- O paciente não apresente sintomas ou demandas que exijam avaliação médica imediata;
- O paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS/DM, desde a última avaliação médica na unidade.
- O enfermeiro, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize o agendamento da próxima consulta para a reavaliação médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas (exercício, dieta, cessação do tabagismo, etc.) para o controle da doença de base, quando pertinente;
- O paciente esteja presente à consulta;
- O paciente seja maior de 18 anos;
- Se o paciente possuir problemas cognitivos (mesmo que em decorrência de idade avançada), que o mesmo esteja acompanhado por responsável/cuidador;
- O paciente apresente o cartão de monitoramento da glicemia em diferentes horários do dia;
- O paciente esteja com a glicemia controlada.

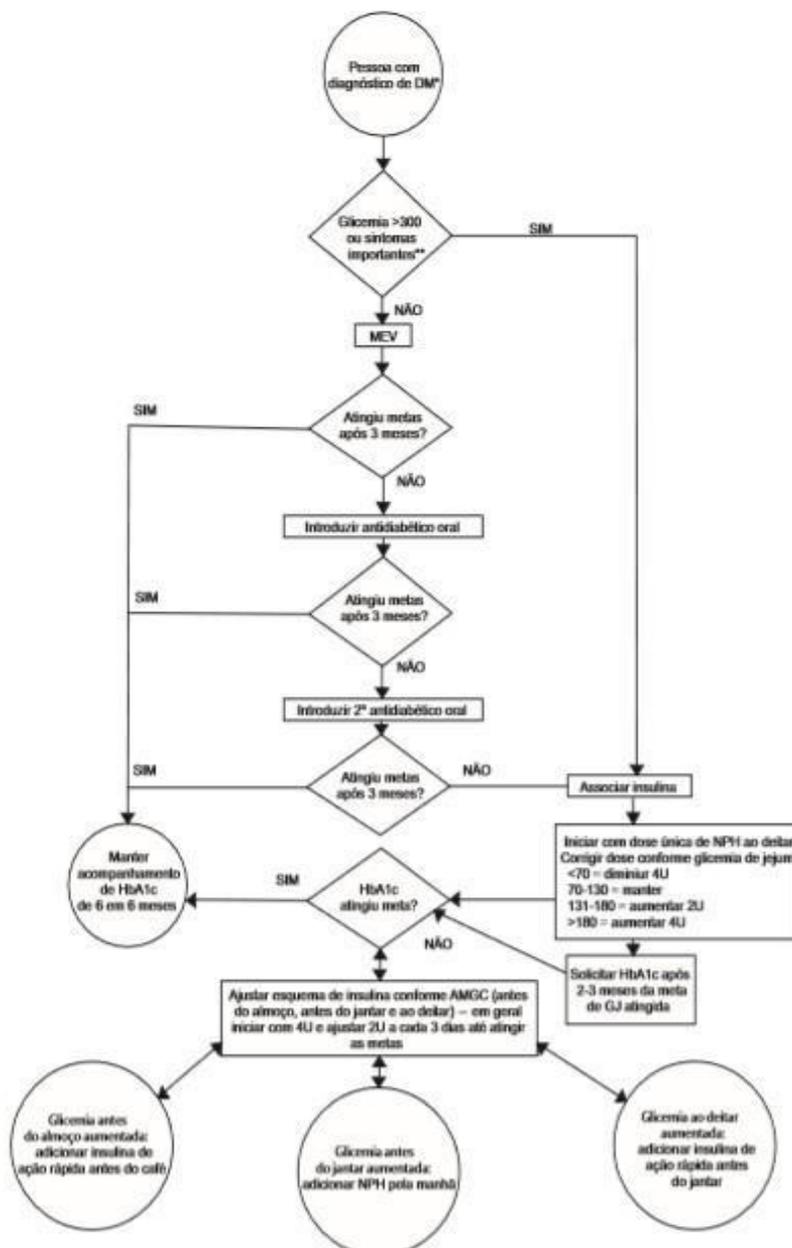
Observação: A insulina será prescrita na consulta médica.

Manter a prescrição médica, em pacientes estáveis, desde que o paciente seja reavaliado periodicamente pelo médico. Todo receituário deve ser assinado e carimbado pelo enfermeiro. Também é necessário o registro da conduta adotada no prontuário do paciente, com data e assinatura do profissional. O objetivo desses cuidados não é suprir a ausência do profissional médico, mas sim, dar continuidade ao acompanhamento dos usuários controlados. Estas condutas são inerentes à assistência de enfermagem e servem para resguardar o enfermeiro e evitar

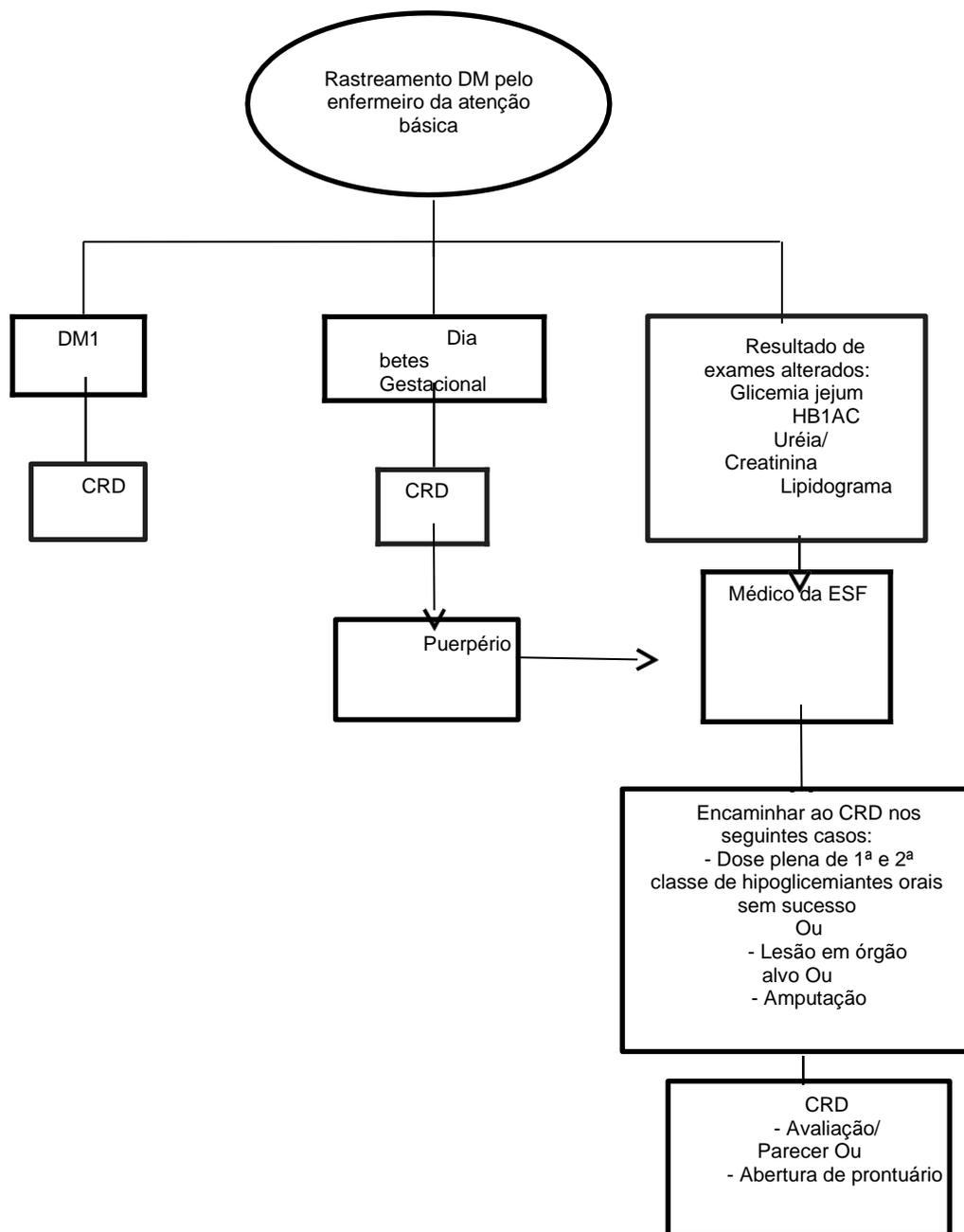
interpretações que possam compromê-lo quanto ao exercício ético e legal da profissão.

ATENÇÃO: O enfermeiro não poderá iniciar tratamento para pessoas com hipertensão e diabetes; e sim renovação da receita na consulta de enfermagem.

Figura 2 – Fluxograma de tratamento do DM tipo 2



Fluxograma de rastreamento de Diabetes Mellitus pelo enfermeiro da Atenção Básica PMM.



Obs: Casos de alta, a coordenação do CRD encaminhará o paciente para enfermeiro da ESF/UBS.

CRD: Centro de referência do Diabético

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Diabetes Mellitus tipo 2. Brasília: MS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2022.

