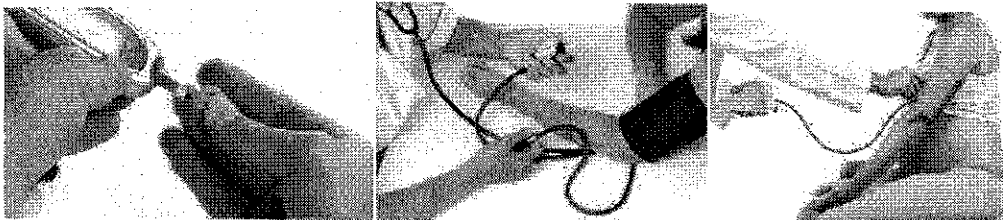
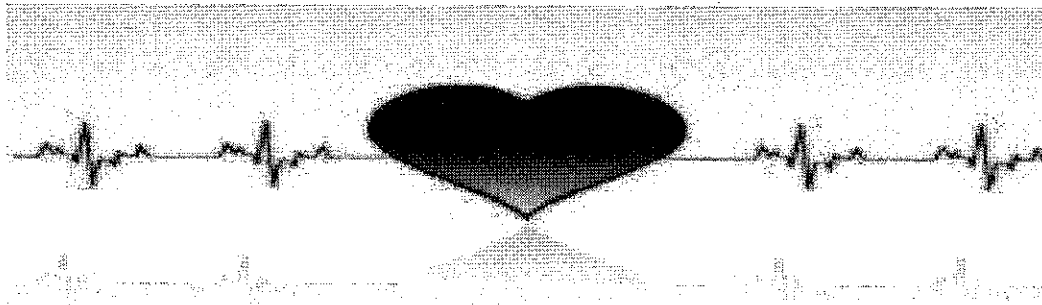


PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO
Secretaria de Saúde

PROTOCOLO MUNICIPAL

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus



JULHO DE 2020

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e gestores municipais que participaram ativamente na elaboração deste protocolo, tornando possível a estruturação da atenção ao paciente portador de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus no município de Conceição do Castelo.

Aos parceiros indispensáveis neste processo, nosso reconhecimento à permanente colaboração e apoio.

*Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores,
para fazer melhor ainda!*

Mario Sergio Cortella

6.2.1 Relação de Medicamentos Municipais	24
PARTE 2: DIABETES MELITO	26
1. OBJETIVO	26
2. EPIDEMIOLOGIA	26
3. CONCEITUAÇÃO	27
3.1 CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES	28
3.1.1 Pré – Diabetes	28
3.1.2 Diabetes Tipo 1	28
3.1.3 Diabetes Tipo 2	29
3.1.4 Diabetes Gestacional	29
4. FATORES DE RISCO PARA DIABETES TIPO 2	30
5. PREVENÇÃO E RASTREAMENTO	30
6. DIAGNÓSTICO	32
6.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA	34
7. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	35
8. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	36
8.1 TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 2	36
8.2 TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 1	38
8.3 RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS MUNICIPAIS	39
9. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E APOIO AO TRATAMENTO	39
10. GRUPOS DE ACOMPANHAMENTO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITO.....	42
11. FUNÇÃO DOS PROFISSIONAIS	44
12. REFERÊNCIA	49
ANEXOS	51
Anexo A - Tabela 1 - Classificação de Risco para portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes	51
Anexo B - Local de aplicação da insulina	52
Anexo C - Indicador PMAQ (retirar)	53
Anexo C - Termo de compromisso e responsabilidade pela guarda e uso de equipamento	54
Anexo D – Ficha de cadastro do hipertenso e/ou diabético.....	55
Anexo E – Ficha de estratificação de risco do hipertenso.....	56
Anexo F – Ficha de estratificação de risco do diabético.....	57

EPA – Eicosapentaenoico

DHA – Docosaexaenoico

ADA – Associação Americana de Diabetes

TDG – Tolerância à Glicose Diminuída

TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose

HbA1c – Hemoglobina Glicada

CT – Colesterol

Total TG – Triglicerídeos

PARTE 1: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

1. OBJETIVO, EPIDEMIOLOGIA E CONCEITUAÇÃO

1.1 OBJETIVO

Este protocolo tem por objetivo aprimorar o diagnóstico de hipertensão e tornar homogêneas as condutas terapêuticas, além de demonstrar que a detecção precoce, o tratamento e o controle da hipertensão são fundamentais para redução dos eventos cardiovasculares, oferecendo assim, à população um maior conhecimento sobre a importância do autocuidado na Hipertensão Arterial.

Foi elaborado baseado na VII Diretriz Brasileira de HAS, publicada no ano de 2016 pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; no Caderno de Atenção Básica 37 (Ministério da Saúde, 2014); Protocolo de Encaminhamento para Atenção Especializada – Hipertensão e Diabetes (SESA2017).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

A hipertensão arterial no Brasil atinge 32,5% de indivíduos adultos e mais de 60% da população idosa, contribuindo assim, direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Observa-se que as complicações da hipertensão junto com o diabetes, têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, sendo que a doença cardiovascular foi a principal causa de morte no país no ano de 2013 (SBC, 2016, p.1).

1.3.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO

Define-se HA na gestação a presença de PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, considerando-se o 5º ruído de Korotkoff. A medida deve ser realizada com a paciente sentada e alternativamente com a gestante em decúbito lateral. A hipertensão gestacional é caracterizada pela ocorrência de HA após a 20ª semana sem a presença de proteinúria. A Pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada pela presença de HA após a 20ª semana associada a proteinúria significativa ou presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal e convulsão. A eclâmpsia é descrita como a presença de convulsões do tipo grande mal em uma gestante com PE. A HA crônica é definida pela detecção de HA precedendo a gestação ou antes de 20 semanas (SBC, 2016, p.49).

Obs: Ao diagnóstico de hipertensão gestacional, seguir conduta descrita no Protocolo Municipal da Saúde da Mulher.

2. FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL

- **Idade:** prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos;
- **Sexo e Etnia:** masculino e cor preta;
- **Excesso de peso e obesidade:** A manutenção do peso corporal, redução da obesidade visceral e adoção de um padrão dietético saudável, reduzem a pressão arterial e o risco de desenvolver HAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, nº 37 p.88-89);
- **Ingestão de sal:** Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada como um dos principais fatores de risco para elevação da PA e seus eventos cardiovasculares e renais (SBC, 2016, p.5);
- **Ingestão de álcool:** A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e risco de mortalidade cardiovascular em geral;
- **Sedentarismo:** Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular (DCV);

prontuário. O paciente deve ser orientado a aferir a PA fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, nº 37, p. 29 -30).

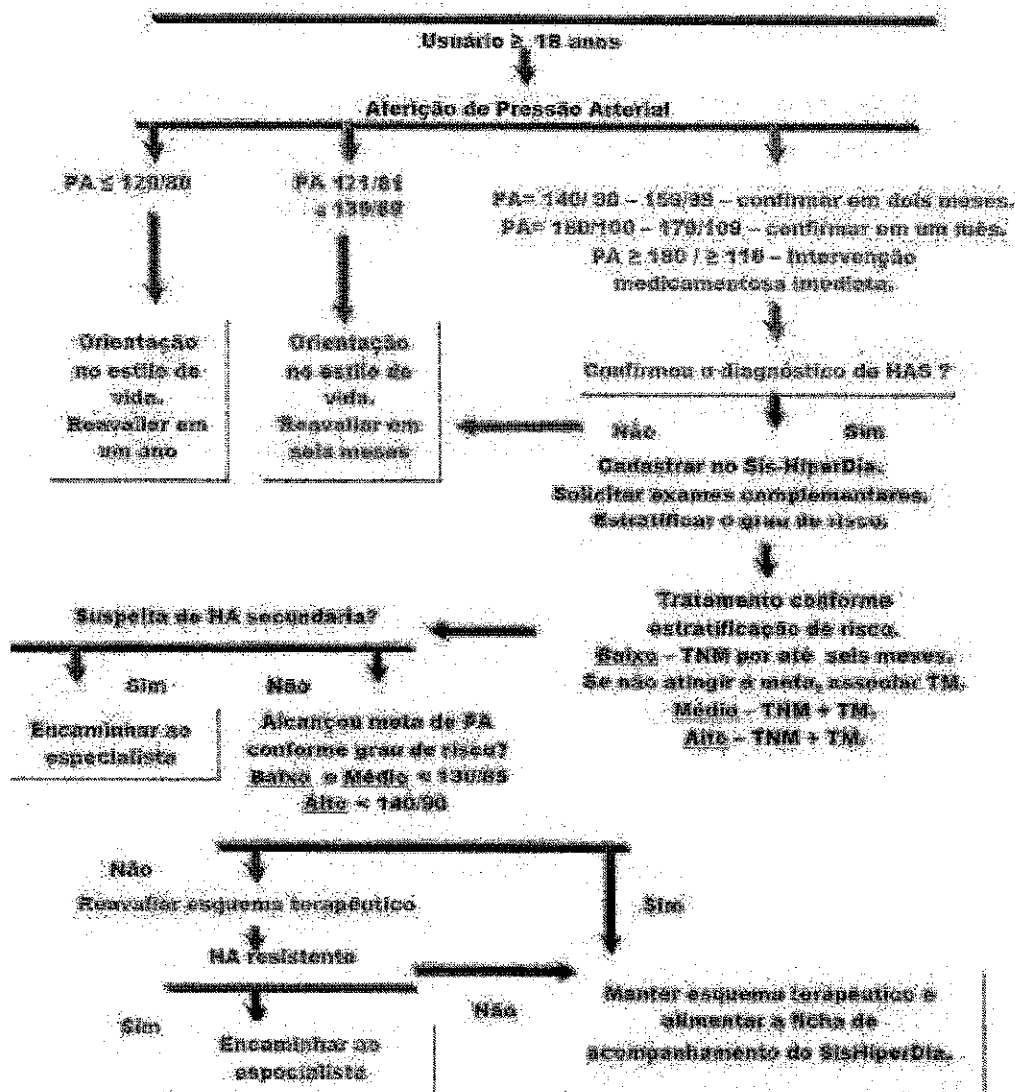
4.1 TÉCNICA PARA AFERIÇÃO DAPA

Condições padronizadas para a medida da pressão arterial¹:

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio;
- Medir após cinco minutos de repouso;
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes;
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço;
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido;
- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg);
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I);
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V)*;
- Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg);
- A média de duas aferições deve ser considerada 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).

¹Fonte: (Modificado de SBH; SBC; SBN, 2010). No caso em que se ouvirem os batimentos até zero, considerar o abafamento do som (fase IV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, nº 37, p.30)

5.1 ALGORÍTMO PARA DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL



Fonte: (Modificado de SESA, 2017).

- Hemograma;
- Sódio sérico;
- Eletrocardiograma convencional;
- Ritmo de filtração glomerular estimado*.

Fonte: (SBC, 2016, p. 15).

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes (MS, Caderno de Atenção Básica 2013).

*Obs: para o cálculo do ritmo de filtração glomerular estimado, preconiza-se a utilização da fórmula CKD-EPI, conforme equação descrita abaixo ou que está disponível em: www.nefrocalc.net

A equação CKD-EPI:

$$e\text{TGF} = 141 \times \min(\text{Cre}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(\text{Cre}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0,993^{\text{idade}} \times 1,018 \text{ [se mulher]} \\ \times 1,159 \text{ [se negro]}$$

Onde: Cre: é creatinina sérica;

κ : é 0,7 para mulheres e 0,9 para homens;

α : é 0,329 para mulheres e 0,411 para homens;

min: indica o mínimo de Cre/ κ ou 1;

max: indica o máximo de Cre / κ ou 1.

Fonte: (SBN, 2015, p. 4).

5.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

O risco cardiovascular (RCV) global deve ser avaliado criteriosamente em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia e facilita na decisão terapêutica, permitindo assim, uma análise prognóstica e a identificação de indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações CV, como o infarto do miocárdio e Acidente Vascular Encefálico (AVE). Uma vez avaliada a condição e classificado o risco do paciente, é fundamental uma orientação terapêutica mais rígida aos pacientes que

5.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULARADICIONAL

Apenas uma pequena minoria de pacientes hipertensos apresenta somente uma elevação da PA. Desejando facilitar a estratificação de risco, sugere-se aplicar o sistema de classificação indicado na Tabela 2, incluindo apenas risco baixo, moderado e alto. Deve-se frisar que a identificação de DCV prévia, doença renal ou DM, aumenta consideravelmente o risco de eventos CV futuros, independente dos valores da PA (SBC, 2016,p.18).

Tabela2–Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Muito Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: (SBC, 2016, p. 18).

Tabela 3 – Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso.

respectivamente, finalizado o tempo e permanecendo a falta de controle da PA, condicionará o início da terapia farmacológica.

Hipertensos estágios 2 e 3 e/ou de alto risco ($PA \geq 160/100$ mmhg e/ou portadores de risco cardiovascular estimado alto mesmo no estágio 1), deverá ser iniciado de imediato o tratamento medicamentoso associado a terapia não medicamentosa (SBC, 2016, p. 25).

6.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal da PA, medidas nutricionais, introdução da prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros, sendo necessário acompanhamento multiprofissional (SBC, 2016, p. 30).

Um trabalho bem elaborado da equipe multiprofissional promove melhor controle da HA e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional pode ser constituída por profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, odontólogo, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SBC, 2016, p.33).

6.1.1 Peso corporal

O ganho de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos quanto em crianças. A relação entre sobre peso e alteração da PA já pode ser observada a partir dos 8 anos. Outro fator de risco para HA é o aumento da gordura visceral. Reduzir o peso e a circunferência abdominal correlacionam-se com melhora metabólica e reduções da PA. A cada 5% de perda ponderal há uma diminuição de 20-30% PA. É recomendado manter $IMC < 25\text{kg/m}^2$ até 65 anos e

6.1.4 Ácidos graxos insaturados

Os ácidos graxos ômega-3 provenientes dos óleos de peixe (eicosapentaenóico – EPA edocosaenoico - DHA) estão associados com redução modesta da PA. Estudos recentes indicam que a ingestão $\geq 2\text{g/}$ díade EPA+DHA reduz a PA e que doses menores (1 a 2g/dia) reduzem apenas a PAS. O consumo de ácidos graxos monoinsaturados também tem sido associado à redução da PA.

6.1.5 Fibras

O consumo de fibras promove discreta diminuição da PA, destacando-se o beta glucano proveniente da aveia e da cevada. As fibras estão divididas em solúveis, representadas pelo farelo de aveia, pectina (frutas) e pelas gomas (aveia, cevada e leguminosas: feijão, grão-de-bico, lentilha e ervilha), e as insolúveis representadas pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças).

6.1.6 Álcool

A ingestão habitual de álcool eleva a PA de forma linear e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de HA. Estima-se que um aumento de 10g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo a reduz. Recomenda-se então, moderação no consumo de álcool.

6.1.7 Orientações

- Escolher alimentos que possuam pouca gordura saturada, colesterol e gordura total. Por exemplo, carne magra, aves e peixes, utilizando-os em pequena quantidade;
- Comer frutas e hortaliças diariamente;
- Incluir laticínios desnatados ou semidesnatados;
- Preferir os alimentos integrais, como pão, cereais e massas integrais ou de trigo integral. Comer oleaginosas (castanhas), sementes e grãos.

No tratamento medicamentoso são utilizadas diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n°37, p.58).

A partir do momento que exista indicação do tratamento medicamentoso, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo (conforme prescrição médica), da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associações de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos. Um medicamento para ser indicado ao uso deverá, preferencialmente:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV;
- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Poder ser usado no menor número de tomadas por dia;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas;
- Pode ser usado em associação;
- Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- Ter controle de qualidade em sua produção;
- Estar na relação municipal de medicamentos, exceto em ocasiões especiais (SBC, 2016, p.35).

6.2.1 Relação de medicamentos municipais

Medicamentos	Posologia		N° de tomadas/dia
	Mínima	Máxima	
Diuréticos			
<i>Tiazídicos</i>			
Clortalidona 25 mg	12,5	50 mg	1
Hidroclorotiazida 25 mg	12,5	50 mg	1
<i>Alça</i>			
Furosemida 40 mg	20	-variável	1 - 2
<i>Poupadores de Potássio</i>			
Espironolactona 25 mg	25	100 mg	1 - 2
Espironolactona 100 mg	50	200 mg	1 - 2
Inibidores adrenérgicos			

PARTE 2: DIABETES MELLITUS

1. OBJETIVO

Este protocolo tem por objetivo aprimorar o diagnóstico do Diabetes Mellitus e tornar homogêneas as condutas terapêuticas, além de demonstrar que a detecção precoce, o tratamento e o controle do Diabetes são fundamentais para redução dos eventos micro e macrovasculares, oferecendo assim, à população um maior conhecimento sobre a importância da redução dos fatores de risco e da participação no autocuidado no diagnóstico do Diabetes.

O protocolo foi elaborado baseado nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016); no Caderno de Atenção Básica 36 (Ministério da Saúde, 2014); Linha de Cuidado – Hipertensão e Diabetes (SESA 2017) e na 6ª edição de Endocrinologia Clínica, Lúcio Vilar 2016.

2. EPIDEMIOLOGIA

O Diabetes Mellitus se tornou um grave problema de saúde pública mundial, acometendo cada vez mais pessoas. Sua prevalência, no entanto, está vinculada ao aumento da longevidade das pessoas, consumo excessivo de gorduras saturadas, inatividade física e obesidade. As duas principais etiologias são o Diabetes tipo 2 (DM2), que é responsável por cerca de 90 a 95% dos casos, e o Diabetes tipo 1 (DM1) que responde por 5 a 10% dos casos (Vilar, 2016, p.641).

O Ministério da Saúde, em parceria com o IBGE, realizaram em 2013 a Pesquisa Nacional de Saúde, onde evidenciou que o DM atingia cerca de 9 milhões de brasileiros (6,2% da população adulta), sendo que a doença acomete 7% das mulheres e 5,4% dos homens. Os percentis de prevalência da doença por faixa etária foram de 0,6% da faixa etária entre 18 e 29 anos, 5% entre 30 a 59 anos, 14,5% entre 60 a 64 anos e 19,9% entre 65 a 74 anos, dos 75 anos e mais 19,6% (Vilar, 2016, p.642).

O DM é um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária. As evidências demonstram que o bom manejo clínico deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n°36, p.19).

3.1 CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES

A classificação do DM atual baseia-se na etiologia da doença e não na sua forma de tratamento, tal classificação é proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA – 1997).

3.1.1 Pré-diabetes

O termo pré-diabetes está sendo utilizado para indivíduos que apresentam glicemia de jejum alterada entre 100 e 125 mg/dl; tolerância a glicose diminuída (TDG) com glicemia de 2h no teste oral de tolerância a glicose (TOTG) 75g entre 140 e 199mg/dl) e, hemoglobina glicada (HbA1c) entre 5,7 e 6,4 % e que não preenche os critérios para o diagnóstico de DM. A crescente prevalência do pré-diabetes na população adulta, acarreta em risco cardiovascular aumentado e risco elevado de progressão para o diabetes mellitus tipo 2 (Vilar, 2016, p. 688 – 689, 692 –693).

3.1.2 Diabetes tipo 1

O Diabetes mellitus tipo 1 também denominado diabetes insulino dependentes ou diabetes juvenil, geralmente acontece de forma abrupta e acomete principalmente crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos). O tipo 1 refere-se ao processo de destruição das células beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina sendo necessário a administração de insulina para prevenir a cetoacidose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n°36, p. 28 –29).

4. FATORES DE RISCO PARA O DIABETES TIPO 2

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do DM tipo 2 são:

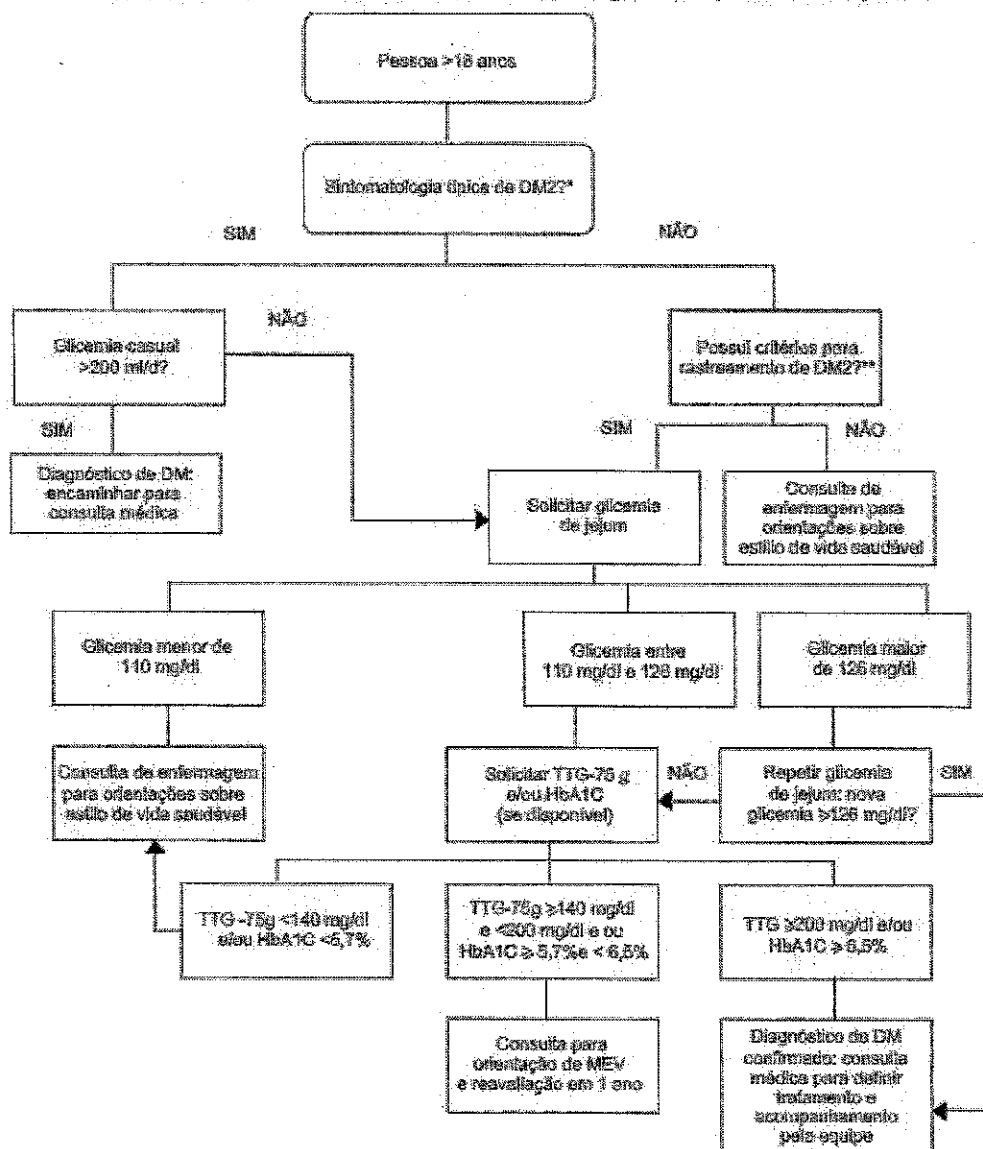
- Obesidade;
- História familiar de diabetes;
- Raça/etnia (negros e hispânicos);
- Idade (> 40anos);
- Diagnóstico prévio de intolerância à glicose;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Dislipidemia;
- História de diabetes gestacional ou macrossomia fetal;
- Tabagismo;
- Sedentarismo;
- Síndrome dos ovários policísticos.

Fonte : (Vilar, 2016, p. 645 – 646).

5. PREVENÇÃO ERASTREAMENTO

Para ser realizado uma prevenção efetiva do diabetes é necessário que as ações em saúde sejam feitas de modo eficaz. A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, apresenta orientações quanto a mudança do estilo de vida como intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída. A prevenção secundária tem a função de reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações da doença, entre as ações estão: Realizar tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia; Prevenir ulcerações nos pés e amputações de membros inferiores; Rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia; Rastreamento para microalbuminúria para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal (SESA, 2016).

Figura 1 - Diagrama de rastreamento e diagnóstico para o DM tipo 2



Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n ° 36, p. 33).

6. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico se dá através da avaliação dos sintomas clássicos do diabetes como: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso, presentes no DM tipo 1. Já no DM tipo 2, geralmente são pacientes assintomáticos ou

Em julho de 2009 foi proposta a utilização de hemoglobina glicada (HbA1c) como critério de diagnóstico para o DM sendo que as recomendações atuais são:

- Diabetes: HbA1c \geq 6,5% a ser confirmada em outra coleta. Dispensável em caso de sintomas ou glicemia \geq 200 mg%,e
- Indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes: HbA1c entre 5,7 e 6,4% (SBD, 2015 – 2016, p.12).

6.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA

Exame Físico

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

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n° 36, p.36).

	<p>Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c 7,5% a 9,0% e todas as situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> · controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas);
	<ul style="list-style-type: none"> · sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; · sem complicações crônicas; · capacidade de autocuidado suficiente ou insuficiente; <p>Obs: a capacidade de autocuidado insuficiente implica em maior vigilância no acompanhamento.</p>
A1b	<p>Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c > 9,0% e todas as situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> · controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas); · sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; · sem complicações crônicas; · capacidade de autocuidado suficiente.
	<p>Pessoa com DM diagnosticado, em qualquer nível de controle metabólico (HbA1c), com capacidade de autocuidado suficiente e pelo menos 1 das situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> · controle pressórico inadequado (hipertenso com metas terapêuticas não alcançadas); · internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; · complicações crônicas.
	<p>Pessoa com DM diagnosticado, em qualquer nível de controle metabólico (HbA1c), com capacidade de autocuidado insuficiente e pelo menos 1 das situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> · controle pressórico inadequado (hipertenso com metas terapêuticas não cumpridas); · internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; · complicações crônicas.

Fonte: (SESA, 2017).

Tabela - 3 Fase de avaliação aguda: frequências sugeridas de testes de glicemia capilar, conforme a situação clínica.

Situação Clínica	Frequência de testes
Necessidade maior de testes	Perfil glicêmico: 3 dias por semana e seis testes por dia.
Início do tratamento	Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar.
Ajuste da dose do medicamento	Testes pós-prandiais: 2 h após o café da manhã, o almoço e o jantar.
Mudança de medicação	Testes adicionais para pacientes do tipo 1 ou do tipo 2 usuários de insulina: na hora de dormir e de madrugada (3 h da manhã).

Fonte: (Adaptado SESA, 2017).

8.2 DIABETES TIPO 1

A insulinoaterapia é a base para o tratamento do DM 1. A orientação alimentar, atividade física e o monitoramento glicêmico são ações complementares para o controle e acompanhamento (Vilar, 2016, p. 695).

O objetivo do esquema terapêutico para DM 1 é possibilitar um controle metabólico dos carboidratos, lipídios e proteínas, mais próximo do adequado e sem riscos de hipoglicemia e prejuízos no bem-estar psíquico-social do paciente (Vilar, 2016, p. 698). O paciente portador do DM tipo 1, geralmente será acompanhado pela Atenção Especializada, porém, deverá ter o seu cuidado garantido na Atenção Básica, sendo assim, é de essencial importância que a equipe conheça essa população e mantenha a comunicação constante com os demais níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, nº 36, p. 47 - 48).

Nas pessoas com DM tipo 1, o controle glicêmico intensivo previne o desenvolvimento e a progressão de complicações micro e macrovasculares em comparação com o tratamento convencional e também pode reduzir a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM) não fatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, nº 36, p. 47 - 48).

proporcionar melhor qualidade de vida. Para alcançar tais objetivos, é preciso capacitar e motivar o indivíduo para as escolhas adequadas frente a diversas situações, afim de que este desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione problemas os mais comuns (SBD, 2015-2016, p.237).

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

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

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

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

- Evitar caminhar descalço;
- Procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele;
- Não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de Saúde;

Quanto ao atendimento do paciente, sugere-se que aquele indivíduo que estiver dentro da meta terapêutica estabelecida pela equipe, após sua participação na atividade educativa e o qual não possuir queixas no momento, deverá ser anotado no Cartão de HIPERDIA, e em prontuário físico e/ou eletrônico a manutenção do método terapêutico pré-estabelecido, e agendar o retorno para o próximo grupo.

Caso haja queixas, exames de rotina a serem solicitados ou avaliados seus resultados, receitas a serem renovadas, o paciente deverá seguir a ordem de atendimento, respeitando o critério do quadro acima para consulta médica, de enfermagem e odontológica.

11. FUNÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS*

Apesar da definição bastante clara do papel exercido pelos diferentes profissionais, haverá circunstâncias em que as funções serão interdisciplinares, e isso deverá acontecer de maneira natural e progressiva. Tal naturalidade somente será possível se for adotado uma perfeita uniformidade de linguagem na construção dos grupos pelos envolvidos, evitando que ideias ou terminologias conflitantes, possam dificultar o processo educativo do paciente.

PARTICIPAÇÃO DO MÉDICO:

Consulta médica:

- Rastreamento e confirmação do diagnóstico de HAS e DM;
- Inserção dos hipertensos e diabéticos recém-diagnosticados no programa do HIPERDIA;
- Estratificação de risco individual;
- Identificação de comorbidades;
- Solicitação de exames complementares de rotina e outros, a critério clínico;
- Decisão terapêutica, de acordo com a estratificação de risco individual;
- Orientações higiênico-dietéticas;

10. GRUPOS DE ACOMPANHAMENTO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Sugere-se que durante a consulta de rastreamento do paciente com suspeita de hipertensão ou diabetes, seja verificada semanalmente da PA e/ou a glicemia capilar até a primeira consulta médica de reavaliação para o início do tratamento. Neste período, a pessoa deverá aferir a PA e/ou a glicemia capilar na sala de “enfermagem/triagem/acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado para registro do monitoramento. A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n° 37,p.72).

Tabela - 4 Classificação de risco cardiovascular e sugestão de periodicidade de acompanhamento em consulta médica, de enfermagem e odontológica.

Categoria	Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica
Risco Baixo	Semestral*	Semestral*	Anual
Risco Moderado	Quadrimestral**	Quadrimestral**	Anual

*A Periodicidade dos acompanhamentos serão de 6/6 meses intercalando entre os profissionais;

**A Periodicidade dos acompanhamentos serão de 4/4 meses intercalando entre os profissionais;

***A Periodicidade dos acompanhamentos serão de 3/3 meses intercalando entre os

profissionais. Fonte: (Adaptado MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, n° 37, p. 74).

PARTICIPAÇÃO DO NUTRICIONISTA:

Consulta de nutrição:

- Anamnese alimentar, avaliando frequência, quantidade e qualidade de alimentos, intolerâncias e alergias alimentares;
- Diagnóstico nutricional, estabelecido após anamnese alimentar, e levantamento de dados antropométricos, bioquímicos e identificação de sinais clínicos nutricionais;
- Prescrição e orientação específica da dieta, considerando aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais, que possibilitem a implantação dos conhecimentos alimentares e nutricionais, traduzidos em preparações alimentares saborosas, práticas, atrativas e saudáveis;
- Avaliação da interação de alimentos e/ou nutrientes com medicamentos;
- Seguimento da evolução nutricional;
- Educação nutricional individual e em grupo;
- Estratificação do risco individual.

PARTICIPAÇÃO DO PSICÓLOGO:

Consulta de psicologia:

- Avaliação e tratamento de aspectos emocionais que interfiram na qualidade de vida do paciente, seu nível de estresse e adesão ao tratamento global da hipertensão arterial e do diabetes mellitus;
- Avaliação de como o paciente processa a informação quanto à sua saúde, para que o método de comunicação com ele seja devidamente individualizado, e o plano de mudanças de hábitos de vida seja mantido;
- Atendimento a familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida do paciente e a adesão ao tratamento;
- Assessoria a outros profissionais, para esclarecer a melhor abordagem do paciente;
- Condução de grupo de apoio para maior harmonia da equipe;
- Atendimento a grupos de pacientes, possibilitando a inovação e a adequação de modelos que viabilizem melhor adesão ao tratamento instituído;

parentes diretos com diabetes;

- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão e diabetes;
- Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde e aos grupos de HIPERDIA;
- Perguntar sempre ao paciente hipertenso e/ou diabético se o mesmo está tomando com regularidade os medicamentos, se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.

*Fonte: (Adaptado SMS – 2007).

Anexos

Anexo A - Tabela 1 - Classificação de Risco para portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE HAS/DM				
Equipe: _____		ACS: _____		Microárea: _____
Nº	NOME	CLASSIFICAÇÃO DO HAS/DM		
		Baixo	Médio	Muito alto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Anexo C – Indicador de qualidade:**Indicadores do PMAQ para controle de DM e HAS****Indicadores de desempenho**

1. Proporção de diabéticos cadastrados
2. Proporção de hipertensos cadastrados
3. Média de atendimentos por diabético
4. Média de atendimentos por hipertenso

Indicadores de monitoramento

1. Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio
2. Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio

Anexo F – FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO DIABÉTICO

Quadro 1. Estratificação de risco em Diabetes Mellitus Tipo II	
Baixo	<p>Pessoa com Pré-diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia de jejum de 100 a 125mg/dl • Glicemia entre 140 a 199 mg/dl no TTG • HbA1c entre 5,7 e 6,4%
	<p>Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c <7,5% e todas as situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • sem complicações crônicas • capacidade de autocuidado suficiente
Médio	<p>Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c <7,5% e todas as situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • sem complicações crônicas • capacidade de autocuidado insuficiente
	<p>Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c 7,5% a 9,0% e todas as situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • sem complicações crônicas • capacidade de autocuidado suficiente ou insuficiente <p>Obs: a capacidade de autocuidado insuficiente implica em maior vigilância no acompanhamento</p>
	<p>Pessoa com DM diagnosticado, HbA1c > 9,0% e todas as situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas) • sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • sem complicações crônicas • capacidade de autocuidado suficiente
Alto	<p>Pessoa com DM diagnosticado, em qualquer nível de controle metabólico (HbA1c), com capacidade de autocuidado suficiente e pelo menos 1 das situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle pressórico inadequado (hipertenso com metas terapêuticas não alcançadas) • internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • complicações crônicas
	<p>Pessoa com DM diagnosticado, em qualquer nível de controle metabólico (HbA1c), com capacidade de autocuidado insuficiente e pelo menos 1 das situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle pressórico inadequado (hipertenso com metas terapêuticas não cumpridas) • internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • complicações crônicas