

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO DO PACIENTE ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/ OU DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Protocolo singularizado para o
Município de Jundiá – 2023
Versão I



Prefeitura
de Jundiá



Unidade de Gestão de Promoção da Saúde
Departamento de Regulação em Saúde
Departamento de Atenção Básica em Saúde

Organizadores:

Carolina Viscovini de Carvalho Sallas - Coordenadora Médica do Núcleo Técnico das Estratégias de Saúde da Família.

Maria Gabriela Bortotto - Enfermeira Apoiadora Técnica

Patrícia Ledo Martins Costa - Médica Apoiadora Técnica em Saúde do Adulto e Idoso.

Selônia Patricia Oliveira Sousa Caballero - Enfermeira UGPS

Diretoria de Regulação da Saúde: Fabiana Barrete de Alcântara

Diretoria de Atenção Básica à Saúde: Ana Paula Rodrigues Rosa



Grupo de Trabalho

Adriana Carvalho Pinto - Psicóloga Apoiadora Técnica em Saúde Mental.

Ana Claudia Crepaldi Rochel - Farmacêutica Coordenadora das Práticas Integrativas e Complementares de Jundiaí-SP

Andressa Loiola da Silva - Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Daniel Abade- Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Danieli Cristina dos Santos Moreira - Médica Apoiadora Institucional do Departamento da Atenção Básica (DABS) de Jundiaí-SP

Evely Sartori da Silva Morgan - Apoio Técnico em Saúde Bucal

Gerson Aparecido Hoehne - Odontólogo UGPS

Gerusa de Oliveira Moura Cardoso - Odontóloga UGPS

Iorrane Cunha da Silva - Assistente Social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Juliana Pessotti Gomes Rubinho - Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Ludmilla Brisque - Enfermeira Apoiadora Técnica

Mayara dos Reis Santos - Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Patrícia Rosa - Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Tiago Mendonça Dias - Apoio Técnico em Saúde Bucal



SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introdução | 05 |
| 2 | Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) | 06 |
| | 2.1) Diagnóstico | 06 |
| | 2.2) Hipertensão do avental branco | 07 |
| | 2.3) Avaliação médica e de enfermagem | 07 |
| | 2.4) Classificação de risco | 09 |
| | 2.5) Medidas Farmacológicas | 12 |
| | 2.6) Renovação de prescrição médica pela enfermagem | 16 |
| 3 | Crise Hipertensiva | 17 |
| 4 | Diabetes Mellitus | 19 |
| | 3.1) Diabetes mellitus tipo 1 | 19 |
| | 3.2) Diabetes mellitus gestacional | 20 |
| | 3.3) Diabetes mellitus tipo 2 | 21 |
| | 3.3.1) Conduta em pacientes com pré-diabetes | 23 |
| | 3.3.2) Classificação de risco | 24 |
| | 3.3.3) Tratamento | 25 |
| | 3.3.4) Consulta de enfermagem para insulinização | 30 |
| | 3.3.5) Renovação da prescrição médica pelo enfermeiro | 31 |
| | 3.3.6) Automonitorização | 32 |
| | 3.3.7) Acompanhamento do paciente diabético | 33 |
| | 3.3.8) Pé diabético | 36 |
| 5 | Atuação da equipe multiprofissional na Atenção Básica | 46 |
| | Atuação do profissional médico | 47 |
| | Atuação do profissional enfermeiro | 48 |
| | Atuação do profissional odontólogo | 49 |
| | Atuação do profissional educador físico | 57 |
| | Atuação do profissional nutricionista | 59 |
| | Atuação do profissional psicólogo | 61 |



| | | |
|-----------|--|-----------|
| | Atuação do profissional terapeuta ocupacional | 62 |
| | Atuação do profissional fisioterapeuta | 62 |
| | Atuação do profissional farmacêutico | 63 |
| | Atuação do profissional assistente social | 65 |
| | Papel da Práticas Integrativas | 66 |
| 6 | Regularidade de Consultas na atenção básica | 70 |
| 7 | Quando encaminhar ao especialista | 71 |
| 8 | Imunização | 72 |
| 9 | Referências Bibliográficas | 73 |
| 10 | Anexos | 76 |

1. INTRODUÇÃO

São três as principais Condições Crônicas não Transmissíveis que têm alto impacto sobre a morbidade e mortalidade da população. São elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM) e a obesidade. É importante que todos os profissionais de saúde estejam atentos ao momento de rastrear para que seja realizado o diagnóstico o mais precoce possível. O acompanhamento adequado é essencial para controle da doença e prevenção de complicações das patologias.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).



2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica definida por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes. É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da PA (MAPA) ou da Monitorização Residencial da PA (MRPA).

2.1) Diagnóstico

O diagnóstico pode ser realizado com medidas da pressão arterial tanto em consulta médica e/ou enfermagem quanto em casa:

- No consultório: duas consultas com medidas de PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg (se HAS estágio 3 - PAS \geq 180 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg - fechar diagnóstico já na primeira consulta)
- Em casa: Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA), onde deve-se medir e anotar a pressão arterial de manhã e à noite por 7 dias. O diagnóstico é dado quando a média é igual ou superior a 135 mmHg de pressão sistólica e/ou 85 mmHg de diastólica.

Todo adulto com mais de 18 anos, mesmo que assintomático, deve ter sua pressão arterial aferida pelo menos uma vez ao ano. A PA deve ser inicialmente medida nos dois braços e caso haja uma diferença $>$ 15 mmHg da PAS entre os dois braços existe alta probabilidade de doença vascular ateromatosa e, portanto, aumento do risco cardiovascular. Em pacientes idosos, diabéticos, disautônômicos e em uso de anti hipertensivos a PA também deve ser aferida após 1 e 3 minutos em pé para a pesquisa de hipotensão ortostática. Neste caso, haverá redução das PAS \geq 20 mmHg e/ou na PAD \geq 10 mmHg no 3º minuto de pé. Esta condição está relacionada a aumento de risco cardiovascular e, portanto, aumento da mortalidade.

Recomendações para técnica correta de aferição da PA:

- A medida deve ocorrer após 5 minutos de repouso em ambiente calmo;
- Instruir o paciente para não conversar durante a aferição;



- O paciente deve estar sentado e relaxado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão e dorso recostado na cadeira;
- Ficar atento ao tipo de blusa do paciente para não interferir na aferição de PA. Preferencialmente, o manguito do esfigmomanômetro deve estar em contato com a pele do paciente
- O braço do paciente deve estar na altura do coração

Certifique-se de que o paciente NÃO:

- Está com a bexiga cheia;
- Praticou exercícios físicos na última hora;
- Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Fumou nos 30 minutos anteriores;

2.2) Hipertensão do Avental Branco:

Valores anormais de pressão arterial no consultório, mas normais no MRPA. Pacientes que sempre apresentam pressão arterial alta na consulta é interessante pedir que realize MRPA para descartar Hipertensão do Avental Branco.

2.3) Avaliação médica e de enfermagem

A avaliação clínica do paciente hipertenso deve ser composta de anamnese, exame físico e exames complementares.

a) Anamnese

Como toda anamnese, é importante avaliar a história do paciente e medicações que faz uso. Além disso, saber sobre queixas atuais.

É fundamental a observação e o questionamento ativo dos seguintes fatores de risco:

- Não modificáveis: Genética, Etnia (negros e asiáticos maior incidência), Idade
- Modificáveis: Tabagismo, Sedentarismo, Dieta rica em sódio, Estresse, Uso abusivo de bebida alcoólica, Fatores Socioeconômicos

b) Exame físico



É importante que sejam avaliados:

- Pressão arterial
- Peso e Estatura para cálculo IMC (tabela 1)
- Circunferência Abdominal (tabela 2)
- Ausculta cardíaca e pulmonar
- Ausculta de carótidas observando se há sopros
- Verificação dos pulsos periféricos (relação com doença aterosclerótica)

Tabela 1

| Pontos de corte IMC (Kg/m ²) | | | | |
|--|------------|-------------|-----------|-----------|
| | Baixo peso | Peso normal | Sobrepeso | Obesidade |
| População geral | < 18,5 | 18,5-24,9 | 25-29,9 | >= 30 |
| Idosos | < 22 | 22-26,9 | 27-29,9 | >= 30 |
| Asiáticos | <18,5 | 18,5-22,9 | 23-24,9 | >=25 |

Fonte <https://www.endocrinepractice.org/action/showPdf?pii=S1530-891X%2820%2944630-0> (p37)

Tabela 2

| Ponto de corte da circunferência abdominal segundo o NCEP-ATPIII | |
|--|-----------------|
| Homem >= 102 cm | Mulher >= 88 cm |

Fonte <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf> (P61-62)

c) Exames complementares

Têm por objetivo detectar lesões clínicas ou subclínicas em órgão alvo para melhor estratificação de risco e otimizar o manejo desse paciente. A seguinte avaliação laboratorial básica deve fazer parte da rotina inicial e no mínimo anual do paciente hipertenso e deverá ser solicitada por profissional médico ou enfermeiro:

- Laboratório: Hemograma, sódio, potássio, Uréia e creatinina, Glicemia de jejum e hemoglobina glicada, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, Ácido úrico, TSH (se normal só repetir após um ano, solicitar T4L apenas se TSH alterado), Urina I (para avaliação de proteinúria),



- Microalbuminúria em amostra isolada de urina para: Hipertensos diabéticos, Hipertensos com síndrome metabólica, Hipertensos com dois ou mais fatores de risco cardiovascular
- ECG convencional
- Fundoscopia (encaminhar a oftalmologia anualmente para avaliação - apenas pelo médico)

Critérios para Síndrome metabólica:

| Componentes da síndrome metabólica segundo o NCEP-ATP III (necessário a presença de 3 ou mais itens para fechar diagnóstico) | |
|--|--|
| Obesidade Abdominal | Circunferência abdominal >102 cm para homens e > 88 cm para mulheres |
| Triglicérides | >= 150 mg/dL ou em tratamento para dislipidemia |
| HDL-colesterol | H<40 mg/dL, M<50mg/dL ou em tratamento para dislipidemia |
| Pressão Arterial | >= 130x85 mmHg ou tratamento para HAS |
| Glicemia de jejum | >= 100 |

2.4) Classificação de risco

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

1) PRIMEIRO PASSO - AVALIAR OS FATORES DE RISCO ALTO

Caso o paciente possua pelo menos um fator de risco alto ele será classificado como ALTO RISCO CARDIOVASCULAR

FATORES DE RISCO ALTO:

- História de Acidente Vascular Cerebral ou Ataque Isquêmico Transitório
- História de Infarto Agudo do Miocárdio ou Revascularização
- Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo
- Insuficiência Cardíaca
- Doença Renal crônica estágio 3
- Retinopatia
- Diabetes Mellitus mal controlada (Internação no último ano, hemoglobina



glicada acima do alvo)

- Diabetes em uso de insulina
- Lesão arterial sintomática em membros inferiores ou Placa aterosclerótica > 50% em qualquer território
- HAS mal controlada
- Estenose de carótida sintomática
- Obesidade com IMC > 40Kg/m²
- Aneurisma de aorta abdominal
- Hipercolesterolemia Familiar (geralmente o paciente terá um colesterol total > 320 e a relação colesterol total/HDL >8)

2) SEGUNDO PASSO

Avaliar os outros fatores de risco

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR:

- Mulheres > 65 anos
 - Homens > 55 anos
 - Tabagismo
 - HIV positivo em uso de TARV
 - Obesidade (IMC entre 30 e 40 Kg/m²)
 - Sedentarismo
 - Dislipidemia
 - Circunferência Abdominal ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres
 - História familiar de evento cardiovascular em homens < 55 e mulheres < 65 anos
 - Hipertensão com níveis pressóricos controlados
 - Diabetes Mellitus controlado que não faz uso de insulina
-
- ❖ Pacientes com três ou mais fatores de risco cardiovascular serão classificados como **ALTO RISCO**.
 - ❖ Paciente com apenas um fator de risco cardiovascular, exceto diabetes mellitus, será considerado **BAIXO RISCO**
 - ❖ Paciente com pelo menos 2 fatores de risco, calcular o Escore de Framingham.



- ❖ Paciente diabético não insulino dependente já é no mínimo **MÉDIO RISCO**. Deve seguir avaliação da estratificação de risco do paciente diabético.

| PACIENTE | FATORES DE RISCO |
|-------------|--|
| ALTO RISCO | <ul style="list-style-type: none"> - Pelo menos 1 fator de risco alto ou - Três ou mais fatores de risco cardiovascular ou - Dois fatores de risco cardiovascular + Escore de Framingham indicando risco alto |
| MÉDIO RISCO | <ul style="list-style-type: none"> - Dois fatores de risco cardiovascular + Escore de Framingham indicando risco moderado |
| BAIXO RISCO | <ul style="list-style-type: none"> - Apenas 1 fator de risco cardiovascular, que não seja DM |

Escore de Framingham para classificação de risco cardiovascular para médicos e enfermeiros.

| 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 | PASSO 4 – PRESSÃO ARTERIAL | | | | | | | | |
| 60-64 | 11 | 9 | | | | | | | | | |
| 65-69 | 12 | 10 | | | | | | | | | |
| 70-74 | 14 | 11 | | | | | | | | | |
| ≥75 | 15 | 12 | | | | | | | | | |
| PASSO 5 – PRESENÇA DE DIABETES | | | | | | | | | PASSO 6 – TABAGISMO | | |
| DM | HOMEM | MULHER | | | | | | | PAS NÃO TRATADA | HOMEM | MULHER |
| SIM | 3 | 3 | <120 | -2 | -3 | <120 | 0 | -1 | | | |
| NÃO | 0 | 0 | 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 | | | |
| | | | | | | FUMO | HOMEM | MULHER | | | |
| | | | | | | SIM | 4 | 2 | | | |
| | | | | | | 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 |
| | | 20 | 28,5 |
| | | ≥21 | >30 |

| CATEGORIA | EVENTO CARDIOVASCULAR MAIOR |
|-----------|-----------------------------|
| BAIXO | < 10% em 10 anos |
| MODERADO | 10 a 20% em 10 anos |
| ALTO | > 20% em 10 anos |

Fonte: https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/DCNT/Manual_recomend_CCNT_SMS_2020.pdf

2.5) Medidas Farmacológicas

Medicações Disponíveis na Rede:

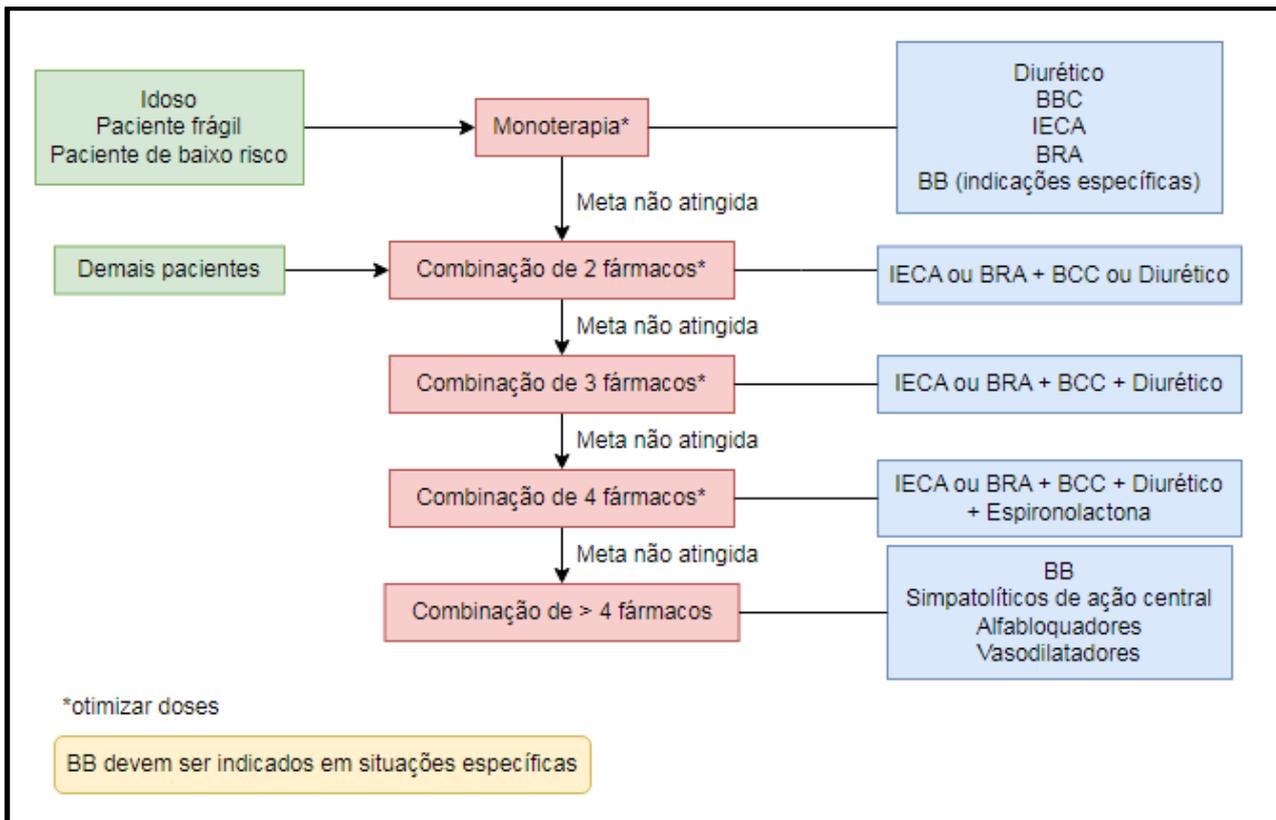
| Classe | Medicamento | Dose habitual diária |
|---|--|--|
| Diurético tiazídico | Hidroclorotiazida 25mg | 20 a 50 mg |
| Diurético de alça | Furosemida 40 mg | 20 a 240 mg |
| Inibidores Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) | Captopril 25 mg Enalapril 5 mg, 10 mg (Farmácia Popular), 20 mg | 25 a 150 mg 5 a 40 mg |
| Bloqueador do Receptor de Angiotensina II (BRA) | Losartana 50 mg | 50 a 100 |
| Bloqueador de Canal de Cálcio (BCC) | Anlodipina 5 mg Verapamil 80 mg | 2,5 a 10 mg 120 a 360 mg |
| Betabloqueador (BB) | Atenolol 25 mg (Farmácia Popular), 50 mg Carvedilol 12,5 mg Metoprolol 50 mg | 50 a 100 mg 12,5 a 50 mg 50 a 200 mg |



| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | Propranolol 40 mg | 80 a 320 mg |
| Vasodilatador periférico | Hidralazina 25 mg | 50 a 200 mg |
| Simpatolítico de ação central | Metildopa 250 mg Metildopa 500 mg | 500 a 2000 mg |
| Antagonista da aldosterona | Espironolactona 25 mg | 25 a 100 mg |
| Alfabloqueadores | Doxazosina 2mg | 1 a 16 mg |

Medidas farmacológicas para adulto e idoso:

- Os BB são úteis quando há certas condições clínicas específicas: pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina do peito, IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr), para o controle da frequência cardíaca (FC) e em mulheres com potencial de engravidar
- Nos idosos, pacientes frágeis e pacientes de baixo risco pode-se iniciar o tratamento com monoterapia. Nesse caso, os medicamentos de escolha podem ser: diurético tiazídico, IECA, BRA, BCC, BB nas situações específicas descritas acima.
- Para os demais pacientes, preferencialmente, inicia-se a terapia com dois fármacos anti hipertensivos com mecanismos de ação distintos: IECA ou BRA + diurético tiazídico ou BCC
- Se após início de terapia dupla a meta pressórica não for atingida deve-se adicionar um terceiro fármaco: IECA ou BRA + diurético tiazídico + BCC
- Se após início de terapia tripla a meta pressórica não for atingida deve-se adicionar um quarto fármaco: IECA ou BRA + diurético tiazídico + BCC + espironolactona.
- Medicamentos que podem ser associados posteriormente: BB, simpatolíticos de ação central (metildopa), alfabloqueadores (doxazosina) e vasodilatadores (hidralazina)
- Pacientes que não tem sua meta pressórica atingida com a terapia quádrupla, devem ser encaminhados ao cardiologista (preferencialmente em tele interconsulta).



Metas pressóricas:

- Paciente de baixo risco ou médio risco cardiovascular a meta são valores menores que 140 x 90mmHg
- Pacientes alto risco a meta são valores menores que 130 x 80 mmHg
- Coronariopatia evitar diastólica menor 70 mmHg
- Idade avançada + coronariopatia evitar valores menores que 120 x 70 mmHg
- Diabéticos o ideal é que os valores fiquem entre 130x80-120x70 mmHg
- Para idosos considerando a condição global e a medida PA no consultório:

Idosos hígidos ou com fragilidade leve:

- Tratar a partir de 140x90mmHg
- Meta: 130x70-139x79 mmHg

Idosos com fragilidade moderada ou mais/ idosos acima de 80 anos:

- Tratar a partir de 160x90 mmHg
- Meta: 140x70-149x79 mmHg

--- Evitar PAD<65-70 mmHG em portadores de DAC clinicamente manifesta



Medidas Farmacológicas em hipertensos com Proteinúria/albuminúria:

- Albuminúria ou proteinúria (idealmente expressa em mg/g de creatinina) foi categorizada em A1, A2 e A3, terminologia que substitui as nomenclaturas normoalbuminúria, microalbuminúria e macroalbuminúria, anteriormente adotadas.

| CATEGORIAS | DOSAGEM | TERMOS |
|------------|-------------|-----------------------|
| A1 | <30MG/G | NORMAL/POUCO ELEVADO |
| A2 | 30-300 MG/G | MODERADAMENTE ELEVADO |
| A3 | >300MG/G | SEVERAMENTE ELEVADO |

- A progressão da doença renal crônica (DRC), definida pela redução da taxa de filtração glomerular (TFG), ocorre a uma taxa variável, variando de menos de 1 a mais de 12 mL/min por 1,73 m² por ano, dependendo do nível de controle da pressão arterial, do grau de proteinúria, da taxa prévia de declínio da TFG e da doença renal subjacente, incluindo diabetes
- Os inibidores da ECA geralmente reduzem a excreção de proteínas em aproximadamente 30 a 35% em pacientes com DRC não diabética ou diabética
- Os antagonistas dos receptores mineralocorticoides, espironolactona (geralmente 25 mg/dia), reduzem ainda mais a excreção proteica quando adicionados a um inibidor da ECA e/ou BRA.
- Pacientes com microalbuminúria A2 e A3 ou proteinúria devem fazer uso de anti-proteinúrico (iECA ou BRA e/ou espironolactona) por 6 meses para ver se houve diminuição da perda proteica. Não se deve associar IECA com BRA
- Após iniciar a medicação, deve-se observar a função renal, se ocorrer piora importante da função renal (maior que 20%), deve-se suspender o iECA ou BRA e encaminhar ao nefrologista.



- Observação: Atenção aos pacientes acima de 70 anos uma vez que são mais propensos a ter efeitos adversos da terapia, incluindo lesão renal aguda (IRA) e hipercalemia. Maior cuidado na associação de iECA/BRA com espironolactona.
- Metas da pressão arterial:
 - Pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg estão associadas a melhores desfechos renais em pacientes com DRC proteinúrica

Medidas farmacológicas na gestação e puerpério:

- Na **gestação** está contra-indicado IECA/BRA, atenolol e prazosin, além disso, a hidroclorotiazida não é recomendada. A furosemida 40 mg pode ser usada em casos de insuficiência renal aguda ou edema pulmonar. A Metildopa, bloqueadores de canal de cálcio, outros betabloqueadores, a hidralazina e podem ser usados com segurança;
- **Gestantes** hipertensas crônicas não complicadas devem ter níveis pressóricos menores que 150 x 100 mmHg e a diastólica não inferior a 80 mmHg. Se presente lesão de órgão alvo deve-se manter pressão menor que 140x90 mmHg
- No puerpério manter pressão menor que 140x90 mmHg e dar preferência a medicações seguras na amamentação: hidroclorotiazida, espironolactona, amilorida, metildopa, propranolol, hidralazina, bloqueadores de canais de cálcio, iECA

2.6) Renovação de prescrição médica pela enfermagem

Segundo parecer nº 280/2022 do Conselho Federal de Enfermagem, a prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares pelo enfermeiro são atribuições previstas pela legislação vigente, quando estabelecidas em protocolos e incluídas em programas de saúde pública.

A renovação da prescrição médica de medicamentos anti-hipertensivos pelo enfermeiro poderá ser feita por um período de até 6 meses, desde que as seguintes situações sejam contempladas:



- Paciente possua receita médica no último ano;
- Paciente não apresente sinais/sintomas de agravamento de suas condições, ou qualquer outra complicação que exija avaliação médica imediata;
- Paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado a HAS desde a última avaliação médica na Atenção Básica;
- Paciente esteja presente na consulta. Em casos de pessoas com problemas cognitivos, mesmo em decorrência da idade avançada, que estejam acompanhadas por um responsável/cuidador.

A renovação de receita nunca deve ser um ato isolado, ou seja, deve estar atrelada à consulta de enfermagem, contemplando anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares (quando indicados) e orientações. Deve ser avaliada a adesão ao tratamento medicamentoso atual, conhecimento sobre a doença, e estimulados os hábitos de vida saudáveis.

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

CRISE HIPERTENSIVA

É a situação na qual há aumento agudo da pressão arterial, arbitrariamente definida como superior ou igual a 180 mmHg de sistólica e/ou 120 mmHg de diastólica, geralmente sintomática, que pode ou não resultar em risco ou em deterioração de órgãos-alvo. É dividida em **urgência** e **emergência** hipertensiva.

Urgência Hipertensiva: Não há risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo. O controle da pressão deve ser feito com medicações orais e em até 24 horas;

Emergência Hipertensiva: Há risco iminente de morte ou de dano agudo a órgãos-alvo. Geralmente a pressão está acima de 180 x 120 mmHg e o tratamento é hospitalar. A elevação da pressão arterial está associada a sintomas como: dispneia, dor torácica, náusea e vômitos, déficit motor novo, embaçamento ou turvação visual,



confusão mental aguda, convulsão, alteração do nível de consciência, hematúria, edema, hemorragias.

Em caso de uma crise hipertensiva deve-se colocar o paciente de forma confortável e proceder a aferição dos outros sinais vitais e exame físico completo.

O manejo terapêutico das **urgências hipertensivas** deve ser feito com agentes anti-hipertensivos administrados por via oral, que tenham início de ação e tempo de duração da ação relativamente curtos. Em geral, o paciente deve ser observado por algumas horas em ambiente calmo, com o objetivo de reduzir a pressão e de controlar os sintomas. Deve-se avaliar sintomas de dor e ansiedade.

Medicação antihipertensiva:

- Captopril 25mg via oral repetir após 1h se necessário
- Hidralazina 25mg se não houver resposta ao captopril ou se paciente tem alergia

Medicação para dor:

- Dipirona 40 gotas ou comprimido 500mg
- Paracetamol 40 gotas ou comprimido 500mg

Medicação para ansiedade (se medidas não farmacológicas como escuta e ambiente calmo não tiver resposta):

- Diazepam 10 mg meio comprimido

----- Não deve-se baixar a pressão abruptamente, ou seja, paciente que está com 180 mmHg de sistólica não deve baixar para 120 mmHg nas próximas horas. Se baixar para 160 mmHg - 150 mmHg está adequado.

Para alta, o alvo é pressão arterial 160x100 mmHg. Orientar na alta dieta pobre em sal, fazer uso regular das medicações anti hipertensivas e procurar pronto atendimento caso apresente sinais de alerta como dor torácica, sangramento, dispneia e mal estar. Retornar no dia seguinte para medir a pressão arterial ou medir em casa.

Caso seja uma **emergência hipertensiva**, deve-se acionar o socorro médico de imediato. Se associado a dor torácica seguir o protocolo de DOR TORÁCICA (protocolo de cardiologia).



3. DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação. Está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento da morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. A classificação do DM baseia-se em sua etiologia.

3.1) Diabetes mellitus tipo 1

O DM1 é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina.

O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora clinicamente semelhante ao diabetes tipo 1 autoimune, muitas vezes é, erroneamente, classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

Pela maior complexidade do cuidado, esses pacientes são em geral acompanhados por especialista endocrinologista. O encaminhamento deve ser imediato, com o cuidado de evitar demora no atendimento, pois, eles apresentam risco elevado de descompensação metabólica.

- Todos os casos devem ser encaminhados ao endocrinologista.
- Exames complementares sugeridos: glicemia de jejum, hemoglobina glicada, potássio, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicérides
- Encaminhar anualmente ao oftalmologista para exame de fundo de olho a partir do 5º ano de diagnóstico
- Realizar avaliação anual dos pés.



3.2) Diabetes mellitus gestacional

É definido como uma intolerância aos carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação porém não preenche critérios diagnósticos de DM fora da gestação. A pesquisa do diabetes nas consultas de pré-natal com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância oral à glicose fornece oportunidade de reduzir o risco de anomalias congênitas, além de alertar para a necessidade de rastreamento e tratamento das complicações crônicas do DM em mulheres que desconheciam o diagnóstico.

Considera-se valores normais de glicemia de jejum durante a gestação valores menores que 92 mg/dl. No teste de tolerância oral à glicose, o valor de jejum deve ser inferior a 92 mg/dl, o valor após 1 hora deve ser inferior a 180 mg/dl, e o valor após 2 horas deve ser inferior a 153 mg/dl.

Caso a glicemia esteja entre 92 mg/dl e 99 mg/dl, é feito o diagnóstico de diabetes gestacional, mas essa paciente pode ser acompanhada na Atenção Básica. Caso a glicemia esteja superior a 100 mg/dl, é feito o diagnóstico de diabetes gestacional e é necessário o encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). Nos casos de glicemia acima de 120 mg/dl, é recomendada a discussão do caso com a equipe do PNAR para a introdução de insulina imediata (pelo médico da Atenção Básica).

As orientações para todos os casos de DMG incluem seguir uma dieta adequada para a condição diagnosticada e praticar atividade física regularmente. Deve-se ainda solicitar um glicosímetro e orientar a paciente a realizar o controle da glicemia três vezes por semana. Nos casos encaminhados ao PNAR devemos garantir pelo menos duas semanas de controle antes da consulta no alto risco. A meta para a glicemia é ter valores de jejum inferiores a 95 mg/dl e pós-prandiais (1 hora após as refeições) inferiores a 140 mg/dl.



3.3) Diabetes mellitus tipo 2

O (DM2) possui etiologia complexa e multifatorial. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais, sobretudo hábitos dietéticos e inatividade física. Geralmente, acomete indivíduos a partir da quarta década de vida. Na maioria dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica, sendo assintomática ou oligossintomática por longo período. Seu diagnóstico é realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas.

No indivíduo assintomático, é recomendado utilizar como critério de diagnóstico de DM a glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl ou a glicemia duas horas após uma sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dl ou a HbA1c $\geq 6,5\%$. É necessário que dois exames estejam alterados. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação.

Deve ser considerado estabelecer o diagnóstico de DM na presença de glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl e HbA1c $\geq 6,5\%$ em uma mesma amostra de sangue.

Na presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia, é recomendado que o diagnóstico seja realizado por meio de glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl.

| Critérios | Normal | Pré-DM | DM2 |
|---|--------|-------------|------------|
| Glicemia de jejum (mg/dl)* | < 100 | 100 a < 126 | ≥ 126 |
| Glicemia ao acaso (mg/dl) | - | - | ≥ 200 |
| Glicemia duas horas após TOTG (mg/dl)** | < 140 | 140 a < 200 | ≥ 200 |
| HbA1c (%) | < 5,7 | 5,7 a < 6,5 | $\geq 6,5$ |

Os seguintes grupos de pacientes devem realizar **TRIAGEM** para diabetes:



Critérios para o rastreamento

1. Todos os indivíduos com sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) e com fatores de risco adicionais:
 - Sedentarismo
 - Presença de familiar em primeiro grau com DM2
 - Mulheres com gestação prévia com feto $\geq 4 \text{ kg}$ ou com diagnóstico de diabetes gestacional
 - Hipertensão arterial sistêmica ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$ ou uso de anti-hipertensivo)
 - Colesterol HDL $\leq 35 \text{ mg/dL}$ e/ou triglicérides $\geq 250 \text{ mg/dL}$
 - Mulheres com síndrome dos ovários policísticos
 - Condições clínicas associadas à resistência à insulina
 - Obesidade grau III
 - acantose nigricans
 - História de doença cardiovascular.
2. Na ausência dos critérios acima, o rastreamento do DM2 deve ser iniciado a partir dos 45 anos.
3. Se os resultados forem normais, o rastreamento deve ser repetido a cada 3 anos considerando maior frequência dependendo dos fatores de risco iniciais.
4. Em pacientes com pré-diabetes, os exames devem ser repetidos anualmente.

A meta ideal de hemoglobina glicada para pessoas adultas com diabetes e na ausência de gravidez continua sendo ao redor de 7,0%. No entanto, um controle mais flexível aproximando-se de 7,5% para idosos saudáveis e 8,0% para idosos frágeis pode ser apropriado.

Alvos glicêmicos menos rígidos devem ser considerados em paciente com menor expectativa de vida, comorbidades limitantes (ex: neoplasia avançada), risco de hipoglicemia, função cognitiva e/ou capacidade funcional comprometidas.



| | Pacientes DM1 ou DM2 | Idoso Saudável* | Idoso Comprometido (Frágil)* | Idoso Muito Comprometido* |
|----------------------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|--|
| HbA1c % | <7,0 | <7,5 | <8,0 | Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia |
| Glicemia de Jejum e Pré Prandial | 80-130 | 80-130 | 90-150 | 100-180 |
| Glicemia 2h Pós-Prandial | <180 | <180 | <180 | - |
| Glicemia ao deitar | 90-150 | 90-150 | 100-180 | 110-200 |

| IDOSO | | |
|---|---|---|
| Saudável | Comprometido | Muito Comprometido |
| Poucas comorbidade crônicas Estado funcional preservado Estado cognitivo preservado | Múltiplas comorbidades crônicas* Comprometimento funcional leve a moderado Comprometimento cognitivo moderado | Doença terminal** Comprometimento funcional grave Comprometimento cognitivo grave |

O teste de glicemia capilar é um recurso simples e de baixo custo, com grande importância para o rastreamento de diabetes. Valores de glicemia capilar ao acaso (a qualquer hora do dia) possibilitam diagnóstico precoce de DM. Portanto, o teste deve ser ofertado em todas as unidades de saúde, sem limitação de horário e para todo o público, independente de já ter o diagnóstico de diabetes ou não.

3.3.1) Conduta em pacientes com pré-diabetes:

- Esses pacientes devem modificar seu estilo de vida, com mudança dos hábitos alimentares, perda ponderal (pelo menos 5% do peso corporal) caso apresentem sobrepeso ou obesidade, bem como aumento da atividade física. Recomenda-se exercício aeróbico moderado (tipicamente, caminhar rápido) por 150 minutos/semana, distribuída em pelo menos três sessões. Cada sessão de exercício deve durar mais de 10 minutos e não passar de



75 minutos.

- Além das medidas de estilo de vida, considerar o uso da metformina nas seguintes situações: idade menor que 60 anos, obesos com IMC acima de 35 kg/m², mulheres com história de diabetes gestacional, na presença de síndrome metabólica, com hipertensão ou quando a glicemia de jejum for maior que 110 mg/dL.

3.3.2) Classificação de Risco no paciente com diabetes:

| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE INDIVÍDUOS COM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS | |
|---|---|
| RISCO | Controle da A1C + comorbidades |
| Baixo | Glicemia de jejum alterada e intolerância a sobrecarga de glicose |
| Médio | Controle metabólico e pressórico adequado . A1C < 7,5 % Sem internação por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopática) |
| Alto | Controle metabólico ou pressórico inadequado. (7,5 % < A1C > 9,0%) internação por complicações agudas nos últimos 12 meses. e/ou Complicações crônicas (micro ou macroangiopática) Pé Diabético de risco avançado |
| Muito alto | Mau controle metabólico ou pressórico inadequado. (A1C > 9,0%) Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Síndrome arterial aguda, AVC, AIT, DAOP com intervenção cirúrgica, angina instável, Complicações crônicas severas ,renal estágio 4 e 5,câncer, doença neurológica degenerativa. Pé diabético ulcerado , infectado, com necrose, |

Parâmetros SUS – Brasília 2015



3.3.3) Tratamento:

- O sucesso no tratamento do diabetes depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas e gestão do autocuidado com automonitorização da glicemia conforme terapêutica instituída.
- O atendimento aos diabéticos deve ter a participação de uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas.
- Conduta inicial conforme a condição clínica atual:

| | | |
|--|--|--|
| Manifestações leves + A1C <7,5% | Glicemia <200 mg/dL e Ausência de outras doenças agudas concomitantes | Modificações do estilo de vida + Metformina em monoterapia |
| Manifestações moderadas + A1C entre 7,5 e 9,0% | Glicemia entre 200 mg/dL e 299 mg/dL + Ausência de critérios para manifestação grave | Modificação do estilo de vida + metformina em terapia combinada com sulfoniluréia |
| Manifestações graves + A1C >9,0% | Glicemia >300mg/dL e/ou Perda significativa de peso e/ou Sintomas graves e significantes | Modificação do estilo de vida + insulino terapia parcial ou intensiva, conforme o caso |
| Hospitalização | Nas seguintes condições: Cetoacidose diabética e estado hiperosmolar e/ou Doença grave intercorrente ou comorbidade. | Insulino terapia na internação e após a alta iniciar a terapia ambulatorial |

- Para a maioria dos pacientes a metformina é a droga de primeira escolha. A dose deve ser ajustada gradualmente de acordo com a hemoglobina glicada e glicemia de jejum. Em média, a metformina reduz a HbA1c em 1,5 a 2%, mas pode promover intolerância gastrointestinal e é contraindicada na insuficiência renal. Lembrando que a metformina XR traz menor intolerância gastrointestinal.
- No caso de intolerância à metformina sugere-se iniciar sulfonilureia como alternativa. Das sulfoniluréias, a preferência é pela glicazida devido ao menor risco de hipoglicemia que a glibenclamida. Além disso, a glibenclamida está



associada ao aumento do risco de mortalidade cardiovascular.

- Primeiro retorno após 3 meses, dependendo das condições clínicas e laboratoriais do paciente.
- Se a meta glicêmica não for atingida com um único agente, associa os dois, metformina com sulfoniluréia. E se mesmo após doses máximas das medicações não houver controle adequado, indica-se o início da insulina NPH.
- Em todo paciente diabético é importante a avaliação dos pés para detecção precoce de lesões ou alterações sensitivas. Essa avaliação pode ser realizada tanto pelo médico, quanto pelo enfermeiro ou outros profissionais de saúde.

Orientações sobre o uso das medicações:

| Medicações orais | Biguanidas (Metformina) | Sulfoniluréias (Glicazida) |
|-------------------------|---|--|
| Ação | Redução da produção hepática de glicose | Aumentam a secreção de insulina |
| Dose | Metformina XR 500 a 2000 mg por dia (dose única após jantar ou 2x ao dia) Metformina 850 a 2550 mg por dia (1 a 3x ao dia) | Glicazida MR 30 a 120mg por dia (dose única pela manhã). |
| Ajuste Função Renal | Taxa Filtração Glomerular entre 30-45 ml/min: dose máxima 1.000mg/dia | |
| Comentários | Menores complicações cardiovasculares Baixo risco de hipoglicemia, Melhora o perfil lipídico. Redução da HbA1c: 1,5-2,0% | Redução da HbA1c: 1,5- 2,0 % |
| Efeitos colaterais: | Náuseas e diarreia, além de perda ponderal, acidose láctica. | Hipoglicemia e ganho de peso |



| | | |
|-----------------|---|--|
| Contraindicação | Insuficiência renal (<30ml/min), hepática e acidose grave | Insuficiência renal (<30ml/min) e hepática |
|-----------------|---|--|

Medicações fornecidas pela prefeitura: metformina 850mg, glicazida 30 mg,
Medicações fornecidas pela farmácia popular: metformina 850 mg,
metformina 500 mg, metformina XR 500 mg.

* **Importante:** pacientes que fazem uso de metformina devem dosar vitamina B12, especialmente se apresentarem anemia e neuropatia periférica.

Observação: **Dapagliflozina**

Mecanismo de ação: Os inibidores de SGLT2 atuam bloqueando a reabsorção de glicose no túbulo proximal através do SGLT2, o que reduz o limiar renal de glicose e leva a glicosúria substancial. A glicosúria é dependente da função renal e, portanto, a magnitude da glicosúria e da redução da glicemia é menor entre os indivíduos com função renal reduzida.

Posologia: 10 mg 1x/dia independentemente das refeições

Contra-indicação: não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência renal moderada ou grave (TFG) < 45 mL/min/1,73m²

Medicação fornecida pela Farmácia de Alto Custo e Popular

Protocolo para prescrever (precisa atender a todos os critérios):

- 1) DM tipo 2
- 2) Idade mínima de 65 anos
- 3) Doença cardiovascular estabelecida: IAM prévio e/ou cirurgia de revascularização do miocárdio e/ou angioplastia das coronárias prévia e/ou angina estável ou instável e/ou AVC isquêmico e/ou AIT e/ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%.
- 4) Não se conseguiu controle adequado com tratamento otimizado com metformina e sulfonilureia.



5) Taxa de filtração glomerular maior que 45 ml/min/1,73m²

No estudo Dapagliflozina e Prevenção de Resultados Adversos na Doença Renal Crônica (DAPA-DRC), a dapagliflozina reduziu a mortalidade por todas as causas, bem como a incidência de DRC Terminal (grau V), e também reduziu o risco de um declínio de 50% ou mais na Taxa de Filtração Glomerular. O efeito benéfico da dapagliflozina foi semelhante em pacientes com Doença Renal Diabética e em pacientes com outras formas de doença renal, reforçando o conceito de que os efeitos benéficos são independentes do controle glicêmico.

- Insulinização no Diabetes tipo 2:

A insulina é indicada para o tratamento da hiperglicemia quando houver falha no controle glicêmico com o tratamento farmacológico por meio de agentes antidiabéticos orais, caso haja hiperglicemia marcada (HbA1c > 10% ou glicemia jejum ≥ 300), sintomas de hiperglicemia aguda (poliúria, polidipsia, perda ponderal) ou na presença de intercorrências médicas e internações hospitalares.

A insulinoterapia no DM2 deve ser intensificada de forma progressiva e adequada, para facilitar a adesão e evitar reações hipoglicêmicas que podem ser uma barreira para alcançar o bom controle metabólico. Ela pode ser necessária a qualquer tempo durante a evolução natural do DM2, sempre que se constatar um descontrole glicêmico acentuado com o tratamento em vigor.

Algumas condições clínicas já requerem o tratamento insulínico desde o diagnóstico: emagrecimento rápido e inexplicado, hiperglicemia grave + cetonemia/cetonúria, doença renal (TFG < 30 ml/min) ou hepática, gravidez, infecção, cirurgia, pós-IAM ou AVC.

Etapa 1:

Em pacientes ambulatoriais, sugere-se iniciar o uso de insulina NPH à noite, com uma dose inicial de 10 UI de insulina NPH, ou 0,2U/kg, ajustando-se em 2U a 4U a cada 3 dias até atingir a meta estabelecida para a glicemia de jejum. Orienta-se realizar glicemia capilar antes do café da manhã para ajuste da dose. Se a glicemia em jejum estiver acima de 130mg/dL aumenta-se 2U até atingir a meta glicêmica; se



a glicemia estiver menor que 70mg/dL, diminui-se 4U ou 10% (o que implicar em maior redução da dose).

Ao atingir o alvo terapêutico para a glicemia de jejum (entre 70 e 130), devemos avaliar a hemoglobina glicada. Caso esteja adequada, mantemos o paciente com insulina à noite e antidiabéticos orais, com reavaliações a cada 3 meses. Caso a A1c esteja elevada apesar da glicemia de jejum estar no alvo, devemos iniciar a insulinização pela manhã, ao acordar.

Doses de insulina noturna superiores a 30 U e a falta de controle adequado com a insulina noturna usada em associação com hipoglicemiante oral, podem requerer esquemas mais complexos de insulinização.

- Hipoglicemia: glicemia <70mg/dl
- Hipoglicemia severa: glicemia < 50mg/dl
- Sintomas de Hipoglicemia: produzidos pelos hormônios contrarreguladores: tremores, tonturas, palidez, suor frio, nervosismo, palpitações, taquicardia, náuseas, vômitos, fome. Produzidos pela diminuição da glicose cerebral: confusão mental, alterações do nível de consciência, perturbações visuais e de comportamento que podem ser confundidas com embriaguez, cansaço, fraqueza, sensação de desmaio e convulsões.

Etapa 2:

Associar insulina NPH da manhã. Deve-se dividir a dose aplicando 2/3 pela manhã e 1/3 ao deitar. Os ajustes na NPH ao deitar são baseados na glicemia de jejum e os ajustes na NPH da manhã são baseados na glicemia após 2 horas do café, almoço e jantar.

Se após NPH fracionada 2 vezes ao dia (Dose total > 1U/Kg) não houver controle adequado deve-se **encaminhar ao endocrinologista**.

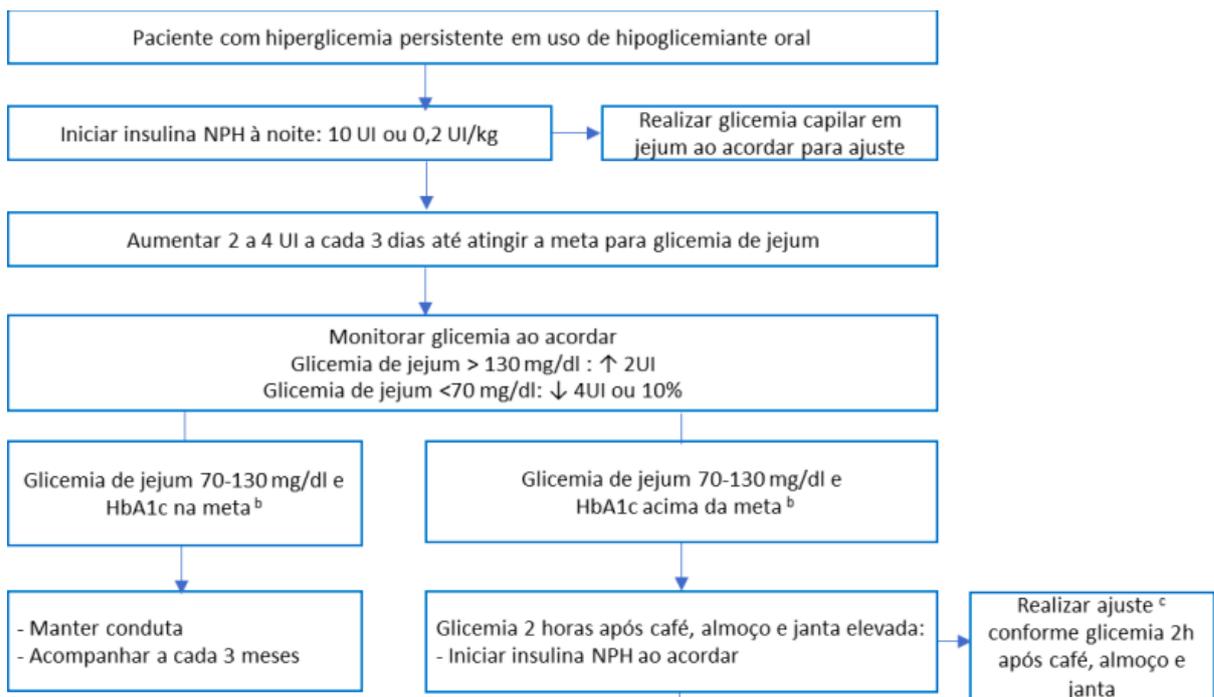
* **Importante**: ao iniciar a terapia de combinação injetável, o tratamento com metformina deve ser mantido. Dependendo do risco de hipoglicemia deve-se suspender a sulfonilureia.

* Ao iniciar o uso de insulina, o paciente deve já ter acesso aos insumos para



automonitorização glicêmica. Preencher a ficha de inclusão no Programa de Insumos para Diabetes e fazer a receita médica em duas vias, contendo dose e horários de aplicação de insulina, e frequência para realização dos testes de glicemia capilar (de acordo com protocolo descrito abaixo).

A aplicação de insulina subcutânea pode ser realizada nos braços, no abdômen, nas coxas e nádegas. A velocidade de absorção varia conforme o local de aplicação, sendo mais rápida no abdômen, intermediária nos braços e mais lenta nas coxas e nádegas. Há variações da cinética da insulina se injetada em segmentos envolvidos na prática de atividades e/ou de exercícios, como nos membros superiores e inferiores.



3.3.4) Consulta de enfermagem para insulinização

Ao iniciar o uso de insulina, o paciente e/ou cuidador deve passar por consultas com o enfermeiro para treinamento do uso da medicação. Contemplando as etapas: HISTÓRICO - EXAME FÍSICO - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - INTERVENÇÕES (seguir roteiro da ficha do prontuário eletrônico).

As orientações devem contemplar: importância do bom controle do diabetes; cuidados com a insulina - tempo de ação, conservação e transporte; técnica de aplicação, uso da caneta descartável; locais de aplicação e rodízio; descarte correto dos insumos pérfuro-cortantes. O enfermeiro deve individualizar o tempo necessário para o treinamento, assegurando que a insulina seja dispensada para



administração em domicílio quando o paciente e/ou cuidador demonstrar que assimilou o conhecimento necessário para uma aplicação segura.

Em relação à automonitorização glicêmica, o paciente deve ser orientado quanto ao manuseio do glicosímetro; técnica de punção digital com o lancetador; registro dos resultados e metas do bom controle; descarte correto das lancetas.

No anexo 1 encontra-se folder de orientações para aplicação de insulina em caneta, elaborado pela Assistência Farmacêutica.

3.3.5) Renovação da prescrição médica pelo enfermeiro

Segundo parecer nº 280/2022 do Conselho Federal de Enfermagem, a prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares pelo enfermeiro são atribuições previstas pela legislação vigente, quando estabelecidas em protocolos e incluídas em programas de saúde pública.

A renovação da prescrição médica de medicamentos hipoglicemiantes pelo enfermeiro poderá ser feita por um período de até 6 meses, desde que as seguintes situações sejam contempladas:

- o paciente possua receita médica no último ano;
- o paciente não apresente sinais/sintomas de agravamento de suas condições, ou qualquer outra complicação que exija avaliação médica imediata;
- o paciente não tenha recebido atendimento de urgência por quadro relacionado ao diabetes desde a última avaliação médica na Atenção Básica;
- o paciente esteja presente na consulta. Em casos de pessoas com problemas cognitivos, mesmo em decorrência da idade avançada, que estejam acompanhadas por um responsável/cuidador.

A renovação de receita nunca deve ser um ato isolado, ou seja, deve estar atrelada à consulta de enfermagem, contemplando anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares (quando indicados) e orientações. Deve ser avaliada a adesão ao tratamento medicamentoso atual, conhecimento sobre a doença, e estimulados os hábitos de vida saudáveis.

O enfermeiro não deve remover da receita uma medicação de uso contínuo prescrita por profissional médico ou alterar a dose/posologia das medicações



contínuas prescritas. Havendo questionamentos quanto à necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o profissional deverá discutir o caso com o médico da equipe.

3.3.6) Automonitorização:

É uma ferramenta útil para orientar a terapia e a atividade física, prevenindo hipoglicemia e facilitando o ajuste de medicamentos. A frequência que os testes devem ser feitos dependem da condição clínica do paciente.

O Programa de Automonitorização glicêmica da Unidade de Gestão de Promoção de Saúde (UGPS), fornece glicosímetro, tiras de glicemia, lancetas e lancetadores para todo diabético em uso de insulina conforme portaria 2583 (Protocolo de Dispensação de insumos para diabéticos).

Critérios de inclusão no programa:

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia.

1. Os usuários deverão residir em Jundiaí
2. Possuir cadastro na Unidade de Gestão e Promoção da Saúde: Sistema Integrado de Informações Municipais (SIIM)
3. Possuir Cartão Nacional de Saúde (CNS)
4. Apresentar receita médica, contendo prescrição de insulina (posologia) e controle glicêmico (frequência / horário). Receita válida por 6 meses. (Modelo disponível em todas Unidades de Saúde).
5. Apresentar relatório médico de inclusão, devidamente preenchido pelo médico responsável pelo acompanhamento do paciente, SUS ou não. (Modelo disponível em todas Unidades de Saúde).
6. Assinar termo de responsabilidade ao receber o glicosímetro e devolvê-lo em caso de óbito ou suspensão da insulina (Modelo disponível em todas Unidades de Saúde).



Frequência dos Testes:

A frequência dos testes deve ser individualizada, dependendo do esquema terapêutico, das condições clínicas do paciente, da motivação e disponibilidade para fazê-lo, assim como da conduta a ser tomada diante do resultado, respeitando-se a quantidade de até 50 tiras/mês para paciente em uso de insulina NPH e até 200 tiras/mês para pacientes em uso insulina NPH e Regular.

Sugestão de dextro para paciente em uso de insulina NPH (50 tiras/mês)

- Dias alternados; jejum e pós-prandial (almoço e jantar).
- 2 testes ao dia em horários alternados: jejum e pós almoço ou jejum e pós jantar ou pré e pós a mesma refeição.

Sugestão de dextro para paciente em uso de insulina NPH e Regular (200 tiras/mês)

- 4 testes ao dia: pré prandial (café, almoço e jantar) e ao deitar;
- 5 testes ao dia: pré prandial (café, almoço e jantar), 1 pós prandial (alternado as refeições) e ao deitar.
- 6 a 7 testes ao dia: pré e pós refeição e um ou dois testes semanais na madrugada.

Local de entrega de glicosímetros: Farmácia Marechal (Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 836 / 2o andar). Primeira vez: das 8h às 11hs, mediante senha.

3.3.7) Acompanhamento do paciente diabético:

Em recém diagnosticados, solicitar:

- Laboratório: Hemograma, sódio, potássio, Uréia e creatinina, Glicemia de jejum e hemoglobina glicada, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, Ácido úrico, TSH (se normal só repetir após um ano, solicitar T4L apenas se TSH alterado), Urina 1 (infecção urinária,



proteinúria, corpos cetônicos, sedimento); se proteinúria negativa, solicitar microalbuminúria em amostra isolada

- ECG convencional
- Fundoscopia (encaminhar a oftalmologia anualmente para avaliação - apenas pelo médico)

Metas de Controle Metabólico:

- LDL a depender do cálculo de risco cardiovascular (<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2017/etapa1.html>);
- HDL > 40mg/dl no homem, > 50mg/dl na mulher;
- Colesterol total < de 200 mg/dl;
- Triglicérides: < 150mg/dl.

Controle da Pressão Arterial: Manter < 130/80

Exame oftalmológico:

- Para DM1, após 5 anos de diagnóstico.
- Para DM2, no momento do diagnóstico.

| Período | Situações |
|---------------------------------------|---|
| Imediatamente | Perda súbita de visão uni ou bilateral, Dor importante nos olhos Suspeita de descolamento de retina com percepção de flashes de luz, “moscas volantes” ou sombras e escotomas |
| Semestralmente ou em período inferior | Suspeita de glaucoma Por indicação do serviço de oftalmologia |
| Anualmente | Para os demais casos |

Exames para prevenir e detectar doença renal diabética:

Urina I (jato médio): para identificação de proteinúria nas pessoas com DM2 no momento do diagnóstico. Nos casos com proteinúria presente ao exame, deve-se afastar outras causas como infecção urinária e repetir o exame em outra



oportunidade. Na ausência de proteinúria, indica-se a pesquisa de microalbuminúria anual.

- Albuminúria ou proteinúria (idealmente expressa em mg/g de creatinina) foi categorizada em A1, A2 e A3, terminologia que substitui as nomenclaturas normoalbuminúria, microalbuminúria e macroalbuminúria, anteriormente adotadas.

| CATEGORIAS | DOSAGEM | TERMOS |
|------------|-------------|-----------------------|
| A1 | <30MG/G | NORMAL/POUCO ELEVADO |
| A2 | 30-300 MG/G | MODERADAMENTE ELEVADO |
| A3 | >300MG/G | SEVERAMENTE ELEVADO |

- A progressão da doença renal crônica (DRC), definida pela redução da taxa de filtração glomerular (TFG), ocorre a uma taxa variável, variando de menos de 1 a mais de 12 mL/min por 1,73 m² por ano, dependendo do nível de controle da pressão arterial, do grau de proteinúria, da taxa prévia de declínio da TFG e da doença renal subjacente, incluindo diabetes
- Os inibidores da ECA geralmente reduzem a excreção de proteínas em aproximadamente 30 a 35%
- Os antagonistas dos receptores mineralocorticoides, espironolactona (geralmente 25 mg/dia), reduzem ainda mais a excreção proteica quando adicionados a um inibidor da ECA e/ou BRA.
- Pacientes com microalbuminúria A2 e A3 ou proteinúria devem fazer uso de anti-proteinúrico (iECA ou BRA e/ou espironolactona) por 6 meses para rever se houve diminuição da perda proteica. Não se deve associar IECA com BRA
- Observação: Atenção aos pacientes acima de 70 anos uma vez que são mais propensos a ter efeitos adversos da terapia, incluindo lesão renal aguda (IRA) e hipercalemia. Maior cuidado na associação de iECA/BRA com espironolactona.



Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco

| Exames | Risco Baixo | Risco Médio | Risco Alto |
|--|------------------|-------------|---------------|
| Dosagem de glicose (em jejum) | Anual | Semestral | Quadrimestral |
| Dosagem de glicose (pós-prandial) | Anual | Semestral | Quadrimestral |
| Hemoglobina glicada | Anual | Semestral | Semestral |
| Creatinina | Anual | Anual | Anual |
| Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa ¹) | Anual | Anual | Anual |
| Colesterol Total | Anual | Anual | Anual |
| LDL-Colesterol (cálculo ²) | Anual | Anual | Anual |
| HDL-Colesterol | Anual | Anual | Anual |
| Triglicerídeos | Anual | Anual | Anual |
| Potássio | Anual | Anual | Anual |
| Rotina de urina | Anual | Anual | Anual |
| Microalbuminúria em urina de 24 hs ou Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina | Anual | Anual | Anual |
| Fundoscopia | Anual | Anual | Anual |
| Eletrocardiograma | A cada dois anos | Anual | Anual |

1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI
2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicerídeos <400 mg/dL pela fórmula: LDL-colesterol = colesterol total - HDL-colesterol - triglicerídeos/5
Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração

3.3.8) Pé diabético:

Condições de risco:

| | |
|--|--|
| Relacionados ao diabetes | Mau controle glicêmico Duração superior a 10 anos do DM Presença de microangiopatia, neuropatia, retinopatia e doença renal |
| Outros fatores maiores de risco Cardiovascular | Tabagismo, Dislipidemia; HAS |
| Riscos Sociais | Baixa renda Calçados inadequados ou de má qualidade Más condições de higiene, Isolamento social Instituições de longa permanência |
| Outros | Gênero masculino, Idade maior de 63 anos Baixa acuidade visual Limitações físicas para o cuidado dos pés Limitações no entendimento das orientações |



O rastreamento do pé diabético deve ser realizado em todas as pessoas com DM2 no momento do diagnóstico e repetir no mínimo 1 vez por ano, se não houver fatores de risco. **Toda equipe de saúde pode realizar a avaliação dos pés.** Pacientes com DM tipo 2 devem ser avaliados a partir do diagnóstico.

Se o usuário não apresenta história de úlceras ou amputação, tem sensibilidade protetora plantar (monofilamento 10g) e vibratória (diapasão 128 Hz) presentes em todos os pontos do teste, pulsos palpáveis em ambos os pés e não tem deformidades ósseas, o pé é classificado como de **BAIXO RISCO** e a avaliação pode ser repetida em 1 ano.

Na presença de UPD (úlceras em pé diabético), história de úlceras e amputações, perda de sensibilidade protetora associada a deformidades ósseas ou pulsos ausentes ou diminuídos, com suspeita de DAP (doença arterial periférica) o pé é classificado como de **RISCO MODERADO OU ALTO** e o usuário deve ser encaminhado para ambulatório de especialidades no Núcleo Integrado de Saúde (NIS) – para AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO, para avaliação e condutas.

ETAPAS DA AVALIAÇÃO DO PÉ

1) Avaliação dermatológica

A neuropatia autonômica (disfunção simpática causada pela lesão dos nervos, resultando em redução da sudorese e alteração da microcirculação) causa alterações como ressecamento, fissuras/rachaduras, em decorrência da diminuição da lubrificação da pele. Distrofias ungueais (alterações do aspecto, da forma, da cor e/ou da espessura da unha, com ou sem perda da integridade) devem levantar suspeita de onicomicose. Também deve ser observada a presença de onicocriptose e avaliado se o corte de unhas está adequado.

Anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxeadada), pele fria e rarefação de pelos são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos.

Calosidades (espessamento epidérmico causado por traumatismos locais recorrentes) são mais comuns em áreas de alta pressão na região



plantar. São frequentemente predispostos por uso de calçado inadequado, associados à deformidade dos pés e perda de sensibilidade. Devem ser relacionadas aos achados na avaliação osteomuscular.

2) Avaliação circulatória

Deve contemplar a palpação de pulsos pedioso e tibial posterior, correlacionando com achados na avaliação de pele (coloração, temperatura, distribuição dos pelos) e unhas (trofismo). A angiopatia do pé diabético (lesões estenosantes por aterosclerose) reduz o fluxo sanguíneo para os membros inferiores, é inicialmente assintomática, podendo levar à claudicação intermitente (interrupção da marcha pelo surgimento de dor no membro). A evolução da doença vascular pode ocasionar dor em repouso, e em níveis mais avançados resultar no aparecimento de gangrena. Outro sinal de isquemia é a palidez à elevação do membro e rubor ao declive. Na suspeita de doença arterial periférica, o paciente deve ser encaminhado para avaliação com vascular (pode-se encaminhar também para Avaliação de Pé Diabético no NIS para avaliação do ITB).

A avaliação de sinais de insuficiência venosa também deve fazer parte da consulta, uma vez que é uma condição frequente em pacientes com DM. Manifesta-se com edema, hiperpigmentação da pele (dermatite ocre), dermatolipoesclerose (fibrose e atrofia da pele e subcutâneo), podendo existir úlcera.

3) Avaliação osteomuscular

A neuropatia afeta o componente motor, causando alteração na arquitetura do pé, pelo deslocamento dos sítios de pressão plantar, e alterando o coxim adiposo. As fibras motoras grossas danificadas causam fraqueza muscular e posteriormente a atrofia da musculatura intrínseca do pé, causando desequilíbrio entre extensores e flexores, desencadeando deformidades (dedos em garra ou em martelo, sobrepostos, proeminências das cabeças de



metatarsos, hálux valgo, pé cavo). As deformidades modificam o padrão da marcha e predisõem às calosidades.

A osteoartropatia de Charcot é considerada a complicação mais devastadora do pé diabético. É caracterizada por alterações ósseas e articulares neuropáticas, resultantes de fraturas agudas, subluxações e deslocamentos que geram deformidades permanentes do pé.

A limitação da mobilidade articular (LMA) ocorre pelo processo de glicosilação em fibras de colágeno e articulações. As articulações tornam-se mais rígidas, sobretudo na região subtalar, levando a alterações na biomecânica dos pés. Um exame para avaliação da LMA é o “sinal da prece”. Pede-se para o paciente unir as mãos em posição de prece; se a sobreposição dos dedos não for total, indica uma importante limitação da mobilidade articular.

4) Pesquisa de sintomas neuropáticos

A neuropatia sensitiva pode ocasionar sintomas como dormência, parestesia, hiperestesia, formigamento, sensação de queimação e dor, começando nos dedos e ascendendo proximalmente, de forma simétrica (padrão “botas” ou “luvas”), com piora no período noturno e melhora ao movimento. Estes sintomas são consequência da degeneração das fibras nervosas, que fazem surgir brotamentos mal mielinizados responsáveis por esses estímulos.

É importante diferenciar a dor de origem neuropática da dor isquêmica que ocorre em pacientes com doença arterial periférica (na dor isquêmica, ocorre piora ao caminhar), e também avaliar a intensidade dos sintomas relatados e impactos na qualidade de vida.

5) Avaliação neurológica sensorial

- Avaliação da sensibilidade dolorosa

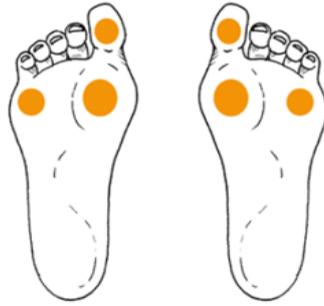


Utilizar palito de dente e aplicar pressão no dorso do hálux, bilateralmente, questionando a percepção de sensação dolorosa. Pode-se usar o palito japonês (que tem uma extremidade pontiaguda e outra reta) para avaliar a diferenciação da sensação de dor da sensação de pressão.



- Avaliação da sensibilidade tátil

Feita com a utilização do monofilamento de 10g de Semmes-Weinstein. O paciente deve ser orientado quanto à realização do teste, devendo-se primeiramente mostrar para ele a sensação do toque no monofilamento no braço ou na testa, para que perceba a sensação que queremos identificar se ele percebe na região plantar. O monofilamento deve ser aplicado em 4 pontos em cada pé (falange distal do hálux, primeiro, terceiro e quinto metatarsos), de forma perpendicular à superfície da pele, exercendo pressão suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele (evitar áreas com calosidades ou hiperqueratose). O paciente deve estar com os olhos fechados e não deve ser questionado a cada toque se ele sente ou não – orientar para que ele diga “sim” a cada toque que perceber. Se tiver dúvida se o paciente sentiu ou não, repetir cada ponto até 3 vezes. Um ponto ausente já sinaliza alteração na sensibilidade tátil.



IWGDF, 2019

Pontos para realização do teste de sensibilidade tátil e técnica de aplicação do monofilamento.

(Imagens: Consenso Internacional do Pé Diabético, 2019)

- Avaliação da sensibilidade térmica

O método mais exequível é utilizando o cabo do diapásio, encostando no dorso do pé e questionando o paciente se a sensação da temperatura é mais para o frio ou mais para o quente.



(Imagens: https://www.enfermagempiaui.com.br/post/pe_diabetico.html)

- Avaliação da sensibilidade vibratória

É avaliada com o uso de um diapásio de 128 Hz. O local de escolha para o teste é a parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado. O



paciente deve ser orientado sobre o teste, pedindo para que ele informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração. O cabo do diapasão deve ser segurado com uma mão, aplicando sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores. A ponta do cabo deve então ser posicionada na região dorsal do hálux sem que o paciente veja, e mantido com pressão constante até que o mesmo informe que parou de sentir a vibração. A sensibilidade vibratória preservada é quando o paciente percebe a vibração do início até o fim, e pode estar diminuída ou ausente.



(Imagens: https://www.enfermagempiaui.com.br/post/pe_diabetico.html)

1.1.7. Avaliação do autocuidado

Verificar a qualidade dos cuidados realizados, capacidade para autocuidado (acuidade visual, obesidade, limitações osteoarticulares), bem como o tipo de calçado que o paciente usa a maior parte do tempo. Grande parte das complicações relacionadas aos pés são evitáveis através do cuidado diário adequado e inspeção para identificação precoce de alterações.

1.1.8. Classificação do grau de risco



| Categoria | Risco de ulceração | Características | Frequência* |
|-----------|--------------------|--|---------------------------|
| 0 | Muito baixo | Sem PSP e Sem DAP | Uma vez ao ano |
| 1 | Baixo | PSP ou DAP | Uma vez a cada 6-12 meses |
| 2 | Moderado | PSP + DAP, ou PSP + deformidade no pé ou DAP + deformidade no pé | Uma vez a cada 3-6 meses |
| 3 | Alto | PSP ou DAP, e um ou mais dos seguintes: - Histórico de úlcera no pé - Uma amputação de membro inferior (menor ou maior) - Doença renal em estágio terminal (DRET) | Uma vez a cada 1-3 meses |

Pontos para realização do teste de sensibilidade tátil e técnica de aplicação do monofilamento.

(Tabela: Consenso Internacional do Pé Diabético, 2019)

6) Condutas frente aos achados na Avaliação dos Pés

- Achados na avaliação dermatológica

Pele seca: orientar uso de hidratante comum diariamente, ao deitar, poupando os espaços interdigitais.

Corte de unhas: devem ser cortadas sempre retas, com cortador adequado (evitar alicatinhos e tesouras com ponta). Caso já tenha onicriptose, solicitar avaliação médica caso haja infecção, para prescrição de antibioticoterapia.

Micose interdigital (tinea pedis): são frequentemente portas de entrada para infecção bacteriana, devendo sempre ser buscadas e tratadas. Conduta: o paciente deve ser orientado quanto à importância da higiene adequada dos pés, sempre secando bem entre os dedos, usar meias de algodão, lavar com frequência calçados, palmilhas e chinelos. O tratamento tópico geralmente é suficiente, com Cetoconazol 2%, creme, aplicado 2x/dia, por dez dias, após completa resolução do quadro, a fim de evitar recorrência (pode ser prescrito pelo enfermeiro).

Calosidades: aparecem com mais frequência em cabeças de metatarsos



e falanges distais, mas podem estar presentes também em outras áreas. Avaliar a adequação do calçado e deformidades que estejam causando aumento das áreas de pressão. O desbastamento de calosidade reduz até 30% da pressão na área afetada. Atentar para a presença de hematomas, que são indicativos de lesão pré ulcerativa. Caso o enfermeiro não se sinta habilitado para realizar o desbastamento, encaminhar ao nível secundário (Agenda SIIM – Nível Superior – Avaliação de Pé Diabético).

Fissuras/rachaduras: pode ser realizado o desbastamento das áreas de hiperqueratose. Orientar o paciente a realizar esfoliação suave e hidratação da área afetada, podendo envolver com um filme transparente para potencializar a hidratação.

- Achados na avaliação circulatória

Caso não consiga palpar pulsos e existam sinais sugestivos de doença arterial periférica, encaminhar para nível secundário (avaliação Angiologia) (Agenda SIIM – Nível Superior – Avaliação de Pé Diabético).

- Achados na avaliação osteomuscular

As deformidades devem ser identificadas, verificando se estão causando áreas com aumento de pressão, calosidades e risco de ulceração. Observar a marcha, equilíbrio, e orientar sobre dispositivos para apoio e redistribuição de carga (bengalas, andadores, muletas) se necessário.

Deve ser orientado uso de calçado adequado dentro e fora de casa. Orientar que uso de chinelos não é recomendado (saem do pé com facilidade, não protegem adequadamente e estão frequentemente associados a complicações nos pés, como calos e bolhas). Os tênis são os calçados mais indicados, pois acomodam todo o pé e amortecem a pisada, devem ser



comprados no tamanho certo e pode ser optado pelo fechamento em velcro caso o paciente tenha dificuldade em amarrar cadarços). As sandálias tipo papete também podem ser indicadas, desde que tenham solado rígido, com fechamento em velcro no antepé e tornozelo.

Pacientes com perda de sensibilidade e deformidades ósseas devem ser avaliados no NAPD para verificar se tem indicação de calçados/palmilhas sob molde. Fazer guia de referência e fazer contato telefônico com o NAPD para agendamento de acolhimento (enfermeiro/médico).

1.1. Condutas após classificação de risco

Grau de risco 0: manter acompanhamento com retornos anuais na UBS, fazer todas as orientações de autocuidado e orientar a procurar a UBS caso perceba qualquer anormalidade nos pés.

Grau de risco 1: perda de sensibilidade protetora sem deformidades – orientar quanto ao risco aumentado de ulceração, calçado adequado e demais cuidados.

Doença arterial periférica – encaminhar para avaliação do angiologista

Devem ser reavaliados entre 6 meses a 1 ano

Grau de risco 2: deve ser encaminhado ao nível secundário (NAPD para pacientes com PSP + deformidades e Angiologia para pacientes com suspeita de DAP). Pode ser feito acompanhamento conjunto entre ambulatório e UBS, e as reavaliações devem ser entre 3 a 6 meses.

Grau de risco 3: devem ser encaminhados para acompanhamento no nível secundário e as reavaliações devem ser entre 1 a 3 meses.



ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O sucesso no tratamento das condições crônicas depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo como pilar o interesse ao autocuidado levando a mudança no estilo de vida. Essas mudanças incluem a reeducação alimentar, o combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Os pacientes serão acompanhados com consultas médicas, de enfermagem, de odontologia e multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Alguns pontos são importante ressaltar

- Caso apresentem sobrepeso ou obesidade é recomendada perda ponderal (redução de, ao menos, 5% a 10% do peso corporal);
- Orientação e estímulo à atividade física. Recomenda-se exercício aeróbico moderado (tipicamente caminhar rápido) por 150 minutos/semana, distribuída em pelo menos três sessões. Cada sessão de exercício deve durar mais de 10 minutos e não passar de 75 minutos;
- Caso o paciente seja tabagista será ofertado o Programa de Assistência Intensiva ao Tabagista (PAIT);
- Os pacientes que apresentam dificuldade de entendimento da tomada de medicação devem passar por uma consulta farmacêutica para melhor compreensão e organização das medicações.
- Consulta, no mínimo, anual com odontologia

Atuação da equipe multiprofissional

- Promover o acolhimento dos pacientes, identificando conjuntamente com o usuário os diversos obstáculos e barreiras presentes no cotidiano.
- Capacitar as pessoas para aumentar seu controle sobre os determinantes que influenciam o autocuidado e, assim, melhorar sua saúde.
- Incentivar o autocuidado.
- Planejar estratégias para promover e avaliar a adesão dos pacientes às condutas prescritas com técnicas educacionais, motivacionais, cognitivas e uso das tecnologias
- Visitas domiciliares visando verificar a rede de apoio familiar e reforçar a utilização da medicação e colaborar no gerenciar de cuidados e/ou de



tecnologia para promover o uso correto, como ajudar o usuário a criar rotinas e hábitos para a tomada da medicação

Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente

| Estratégias | Descrição | Exemplos | Membro da Equipe |
|---|---|---|---|
| Educação do paciente | Abordagem didática ou interativa para informar e educar os pacientes | Sessões educativas presenciais ³⁸⁹ Materiais impressos presenciais ^{389, 390} Materiais impressos via correio ³⁹⁰ Meios audiovisuais e Educação a distância ³⁹¹ | MED, ENF, FARM, NUT, PSI, ACS |
| Apoio social | Envolvimento de familiares, amigos ou outros indivíduos para ajudar os pacientes a utilizarem os fármacos, conforme prescrito | Reuniões de grupos de apoio ^{347, 350} Educação familiar ³⁴⁸ | FAM, AM, CD, ACS, ASS |
| Letramento e motivação do paciente | Motivar os pacientes a tomar a medicação, conforme prescrito, e remover obstáculos que prejudiquem sua motivação | Intervenções motivacionais ^{386, 389} Implantar ações de letramento em saúde ^{362, 392, 393} | MED, ENF, NUT, PSI EF, FIS, AM, CD, FAM |
| Automonitoramento da PA e uso de tecnologias | Envolver os pacientes a monitorar a PA e a adesão ao tratamento | Automedidas da PA ³⁹¹ Monitorização residencial da PA ^{394, 395} Telemonitoramento da PA ^{343, 390, 396, 397} | MED, ENF, PAC, FAM, CD, ACS |
| Comunicação ou interação com os prestadores de serviços e entre membros da equipe | Melhorar a comunicação entre os pacientes e a equipe multiprofissional e outros prestadores e entre membros da equipe | Treinamento de habilidades de comunicação entre pacientes e a equipe multiprofissional e entre membros da equipe ³⁹⁰ Intervenções digitais interativas ^{350, 358, 359, 398} | MED, ENF, NUT, EF, FIS, PSI, ASS, ACS |
| Facilitar o acesso aos serviços de saúde | Facilitar o agendamento de consultas em horários compatíveis com as necessidades dos pacientes | Pacientes de outros municípios Idosos dependentes de acompanhamento de terceiros ^{345, 399} | ACS, ASS |

AM: Amigo; ACS: agentes comunitários de saúde; ASS: assistente social; CD: cuidadores; ENF: enfermeiro; EF: profissional de educação física; FAM: familiar; FARM: farmacêutico; FIS: fisioterapia; MED: médico; NUT: nutricionista; PAC: paciente; PS: psicólogo.

Fonte: Barroso *et. al.*, 2021.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

As ações específicas do médico são as seguintes:

- Consulta médica;
- Diagnóstico, estratificação de risco e orientação das condutas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas;
- Avaliação clínica dos pacientes de acordo com a classificação de risco cardiovascular;
- Referência e contra referência dentro do sistema de saúde;
- Coordenação do cuidado dentro da RAS (Rede de Atenção à Saúde).

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Profissional Enfermeiro – Ações Específicas



- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.
- Realizar consulta de enfermagem e procedimentos,
- Solicitar exames complementares e renovar receita médica dos medicamentos descritos neste protocolo com exceção da Dapagliflozina e Diazepam. A sinvastatina se estiver presente na receita também poderá ser renovada.
- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com este protocolo estabelecido.
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local.
- Avaliar situação vacinal - além das vacinas de rotina, indicadas para a faixa etária, pacientes com diabetes têm indicação de receber vacina contra pneumonia (Pneumo 23): 2 doses, com intervalo de 5 anos entre elas (fazer solicitação via CRIE).
- Realizar avaliação dos pés e rastreamento de risco, com encaminhamentos recomendados em casos de alterações. Todos os pacientes devem ter os pés avaliados no mínimo uma vez ao ano, a partir do diagnóstico de diabetes.
- Realizar consulta de enfermagem para insulinização e orientações para monitorização glicêmica em domicílio.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ODONTÓLOGO

1) Atendimento ao paciente hipertenso

Valores da pressão arterial:



- Até 159 x 99 mmHg em pacientes assintomáticos pode-se realizar o atendimento odontológico.
- A partir de 160 x 100 mmHg ou paciente sintomático encaminhar para acolhimento na unidade com clínico

| | | | |
|-----------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Estágio 1 | 140 a 159 e 90 a 99 | Assintomático | Atendimento Odontológico |
| Estágio 1 | 140 a 159 e 90 a 99 | Sintomático | Atendimento Médico |
| Estágio 2 | 160-171 e 100-109 mmHg | Assintomático ou sintomático | Atendimento Médico |
| Estágio 3 | 180/110 mmHg | Assintomático ou sintomático | Atendimento Médico |

Como o estresse pode desencadear crise hipertensiva, crise de dor torácica, dentre outras, as consultas devem ter curta duração e o controle do estresse pode ser realizado utilizando-se benzodiazepínicos no pré e trans-operatório e boa analgesia no pós-operatório, ou sedação consciente com óxido nitroso.

O uso de anti-inflamatórios não esteróides em pacientes hipertensos deve ser evitado uma vez que estes podem interferir na ação de alguns agentes anti-hipertensivos (propranolol, hidroclorotiazida, enalapril, captopril), provocando elevação da pressão arterial.

Em cirurgias, a avaliação profissional é de suma importância. Cirurgias simples podem ser realizadas em consultório odontológico. Cirurgias intermediárias ou extensas, deve-se atentar ao estágio de hipertensão do paciente. Se moderada ou grave, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

Algumas medicações utilizadas por pacientes cardiopatas podem trazer alterações na cavidade bucal, sendo a mais comum a xerostomia.

A utilização de bloqueadores de canais de cálcio (anlodipino, diltiazem, nifedipina) podem causar hiperplasia gengival.

Medicamentos classificados como iECA (inibidores da enzima conversora da angiotensina – captopril, enalapril) podem provocar alteração do paladar.

Medicamentos como hidroclorotiazida, furosemida, propranolol, metildopa, podem provocar reações liquenóides (lesão com características semelhantes ao



líquen plano). Doses muito elevadas de anti-hipertensivos estão associadas ao aparecimento de lesões ulcerosas em cavidade oral.

| GRUPOS DE MEDICAMENTO | ALTERAÇÕES BUCAIS |
|--|--|
| Diuréticos | Boca seca, reações liquenoides |
| Betabloqueadores | Alterações de paladar, reações liquenoides |
| α e β bloqueadores associados | Alterações de paladar |
| Inibidores da enzima conversora e angiotensina (IECAs) | Angioedema de lábios, face, língua e alterações de paladar |
| Bloqueadores do receptor de angiotensina (BRAs) | Angioedema de lábios, face e língua |
| Bloqueadores dos canais de cálcio | Hipertrofia gengival |
| α -bloqueadores | Boca seca, alterações de paladar |
| α -agonistas centrais e outras drogas de ação central | Boca seca, alterações no paladar |
| Vasodilatadores diretos | Lesões bucais e cutâneas semelhantes ao lúpus |

Fonte: FONSECA, F.A.H.; FENELON, G.D. (Coord.). I Manual SOCESP de condutas multidisciplinares no paciente grave. *Rev Soc Cardiol do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 25, n. 2, supl. A, p. 13-58, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br/upload/suplemento/2015/SUPLEMENTO-DA-REVISTA-SOCESP-V25-N2A-DIRETRIZ.pdf>>.

Crise hipertensiva

Em caso de uma crise hipertensiva deve-se suspender imediatamente o atendimento, colocar o paciente de forma confortável e proceder a aferição dos outros sinais vitais. Deve-se acalmar o paciente e encaminhá-lo ao médico ou enfermeiro.

2) Atendimento ao paciente diabético

O Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado pela hiperglicemia, que tem como principais sintomas a polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento do volume urinário), polifagia (fome excessiva) e perda de peso. Estima-se que 3 a 4% dos pacientes adultos que procuram tratamento odontológico são diabéticos, e a sua maioria desconhece ter a doença.

É fato reconhecido que as doenças periodontais são mais prevalentes e apresentam maior severidade em portadores de diabetes, os quais apresentam maior perda de inserção, maior reabsorção óssea e maior sangramento gengival à sondagem que pacientes não diabéticos. Além da periodontite, a candidose oral representa uma das manifestações orais mais observadas em diabéticos descompensados, frequentemente nas formas clínicas: eritematosa (estomatite por dentadura), queilite angular e glossite romboidal mediana. Salienta-se ainda que a



hipossalivação, juntamente com a alta concentração de glicose na saliva, também contribuem como fatores de risco para a cárie dentária.

Anamnese

Na primeira consulta odontológica, o cirurgião dentista deve obter informações a respeito do tipo de DM, tratamentos prévios e medicações utilizadas pelo paciente, bem como classificá-lo de acordo com o grau de risco para os procedimentos clínicos. Também devem ser investigados quadros infecciosos, uso de antibióticos e de outros medicamentos para complicações relacionadas à referida doença. É importante ressaltar que pacientes submetidos à insulinoterapia apresentam suscetibilidade aumentada à hipoglicemia durante o procedimento odontológico.

Nos casos ainda não diagnosticados, o cirurgião dentista deve estar atento a possíveis sinais e sintomas como perda de peso e polifagia, que são sugestivos de diabetes tipo I, ou ainda hipertensão e obesidade, os quais sugerem diabetes tipo II. No exame intraoral, devem ser avaliados diversos parâmetros periodontais, a exemplo da presença de biofilme e/ou cálculo dentário, sangramento gengival, profundidade de sondagem, recessão gengival, mobilidade dentária, lesões de furca, bem como a presença de cáries, restaurações defeituosas, infecções e hálito cetônico.

Condutas preventivas em pacientes com DM são essenciais, principalmente tendo em vista o aumento do risco de doença periodontal em pacientes diabéticos. Torna-se necessário, portanto, incluir na conduta clínica uma criteriosa avaliação da saúde do periodonto, além de profilaxias frequentes, em associação a orientações de higiene oral. Embora existam vários estudos que apontam esta relação entre a doença periodontal e o DM, ainda há um desconhecimento por parte dos indivíduos doentes a respeito da importância de manter a saúde bucal. Alguns estudos apontam que pacientes diabéticos, em comparação a indivíduos saudáveis, têm maiores riscos de desenvolvimento de doenças periodontais, comumente apresentando reabsorção óssea alveolar, inflamação gengival e abscessos do periodonto. A presença de inflamação nos tecidos periodontais aumenta a resistência insulínica, sendo assim, é fundamental o controle da doença periodontal para que haja controle glicêmico.



Nos quadros de diabetes descompensado, tendem a ocorrer complicações que dificultam os procedimentos cirúrgicos mais invasivos, a exemplo de dor e infecções, tornando necessário o adiamento das sessões clínicas, até que o quadro metabólico do paciente se estabilize. A ansiedade e o medo dos pacientes devem ser controlados, uma vez que esses sintomas levam à liberação de adrenalina e, por conseguinte, ao aumento da glicemia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

BAIXO RISCO: A hemoglobina glicada encontra-se abaixo de 7% ou, na sua ausência, a glicemia em jejum encontra-se abaixo de 200 mg/dL.

Pacientes com bom controle metabólico, assintomáticos, ausência de história de cetoacidose e hipoglicemia e sem complicações. Podem ser executados todos os procedimentos odontológicos, da mesma forma que uma pessoa sem DM. No caso das urgências o atendimento deve ser realizado. Antibioticoterapia e profilaxia antibiótica só devem ser prescritas quando existirem sinais ou sintomas de infecção, risco de endocardite bacteriana ou outras comorbidades.

MODERADO RISCO: Paciente com hemoglobina glicada entre de 7 a 9% ou, na sua ausência, cuja glicemia em jejum encontra-se entre 200 e 250 mg/dL.

Pacientes que apresentam sintomas ocasionais, mas sem história recente de hipoglicemia ou cetoacidose e poucas complicações do DM sendo, portanto, de risco moderado para intervenções dentárias. Pode-se realizar procedimentos odontológicos invasivos e não invasivos. Os procedimentos invasivos devem ser realizados sempre com profilaxia antibiótica. No caso das urgências o atendimento não pode ser adiado.

ALTO RISCO: hemoglobina glicada acima de 9% ou, na ausência desse exame, glicemia em jejum acima de 250 mg/dL.

Incluem nesta categoria pacientes que apresentam múltiplas complicações do DM, frequente história de hipoglicemia ou cetoacidose e, usualmente, necessitam de ajuste na dosagem de insulina sendo, portanto, de alto risco para intervenções odontológicas. Esses pacientes podem ser submetidos a exames bucais, mas os



procedimentos eletivos devem ser adiados até que o controle metabólico esteja estabilizado, sendo o tratamento apenas paliativo. Faz-se necessária a interlocução com o médico assistente para que seja viabilizada a execução de procedimentos invasivos de forma segura. No caso das urgências o atendimento não pode ser adiado. Após a realização da glicemia capilar, o cirurgião dentista deve solicitar uma avaliação médica de urgência com objetivo de controlar a glicemia para níveis abaixo de 250 mg/dl. Depois da glicemia estabilizada realiza-se o procedimento clínico de urgência com profilaxia antibiótica. Após o atendimento de urgência, orientar o paciente a agendar consulta com o médico de sua equipe para melhor controle da DM. Atenção também deve ser dada ao pós-operatório, pois a hiperglicemia tende a produzir um aumento no sangramento devido a uma dissolução excessiva do coágulo.

Horário das Consultas

O melhor horário para consultas dos referidos pacientes é no período da manhã, em que a insulina atinge seu nível máximo de secreção. Adicionalmente, durante a manhã, os níveis endógenos de corticosteróides estão mais elevados, permitindo uma maior tolerância do paciente ao aumento da adrenalina e da glicemia, que resultam de situações de estresse. Consultas longas devem ser evitadas, pois podem levar o paciente a quadros de ansiedade. Além disso, o paciente deve se alimentar normalmente antes das consultas. O cirurgião-dentista deve esclarecê-lo sobre a adequada dieta e higiene bucal, bem como aferir a pressão arterial antes das consultas. Nos casos em que o atendimento necessitar de tempo maior que o previsto e o paciente apresentar sinais de hipoglicemia, o cirurgião dentista deverá interromper o procedimento clínico e oferecer ao paciente algum alimento leve, no intuito de reverter o quadro de hipoglicemia.

Anestésicos Locais

O anestésico mepivacaína a 3% sem vasoconstritor, bem como a prilocaína associada à felipressina, podem ser administrados em pacientes diabéticos. A felipressina pode ser utilizada com estabilidade em pacientes compensados através de dieta, em pacientes insulino dependentes ou que fazem uso de medicamentos hipoglicemiantes orais.



Em relação ao uso da epinefrina, os conhecimentos atuais mostram que este vasoconstritor exerce um efeito farmacológico oposto ao da insulina, contribuindo para o aumento da glicemia, particularmente em quadros de diabetes descompensado. Sendo assim, admite-se o uso desses vasoconstritores em pacientes com o diabetes controlado, restringindo o uso destes fármacos a 3 a 4 tubetes por sessão.

CONDUTA TERAPÊUTICA: URGÊNCIA / EMERGÊNCIA EM PACIENTES COM CHOQUE INSULÍNICO (HIPOGLICEMIA) NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

O choque insulínico resulta do aumento proporcional da insulina em relação à glicose. A hipoglicemia é a queda súbita dos níveis séricos de glicose. Podemos constatar a hipoglicemia quando o valor sanguíneo de glicose estiver abaixo de 40 miligramas por decilitro de sangue, acompanhado de sinais e sintomas característicos.

A crise hipoglicêmica é uma complicação que representa 2,91% das urgências nos consultórios odontológicos, caracterizando-se por sinais e sintomas diversos, a exemplo de palidez, tremores, taquicardia, sudorese, tontura, sonolência, confusão mental, fraqueza, cefaléia e visão turva. Na presença de alguma dessas manifestações, o cirurgião- dentista deve suspender o procedimento e oferecer ao paciente um alimento rico em carboidratos, tal como suco de frutas ou mel. Em seguida, deve-se monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos, até que haja a sua normalização. Caso não haja recuperação, deve-se acionar o socorro médico, prosseguindo com o monitoramento dos sinais vitais.



RESUMO

QUADRO 1 - Correspondência entre hemoglobina glicada (HbA1c) e glicemia.

| HbA1c | Média da Glicemia (mg/dl) | Varição da Glicemia |
|-------|---------------------------|---------------------|
| 5% | 97 | 76-120 |
| 6% | 126 | 100-152 |
| 7% | 154 | 123-185 |
| 8% | 183 | 147-217 |
| 9% | 212 | 170-249 |
| 10% | 240 | 193-282 |
| 11% | 269 | 217-314 |
| 12% | 298 | 240-347 |

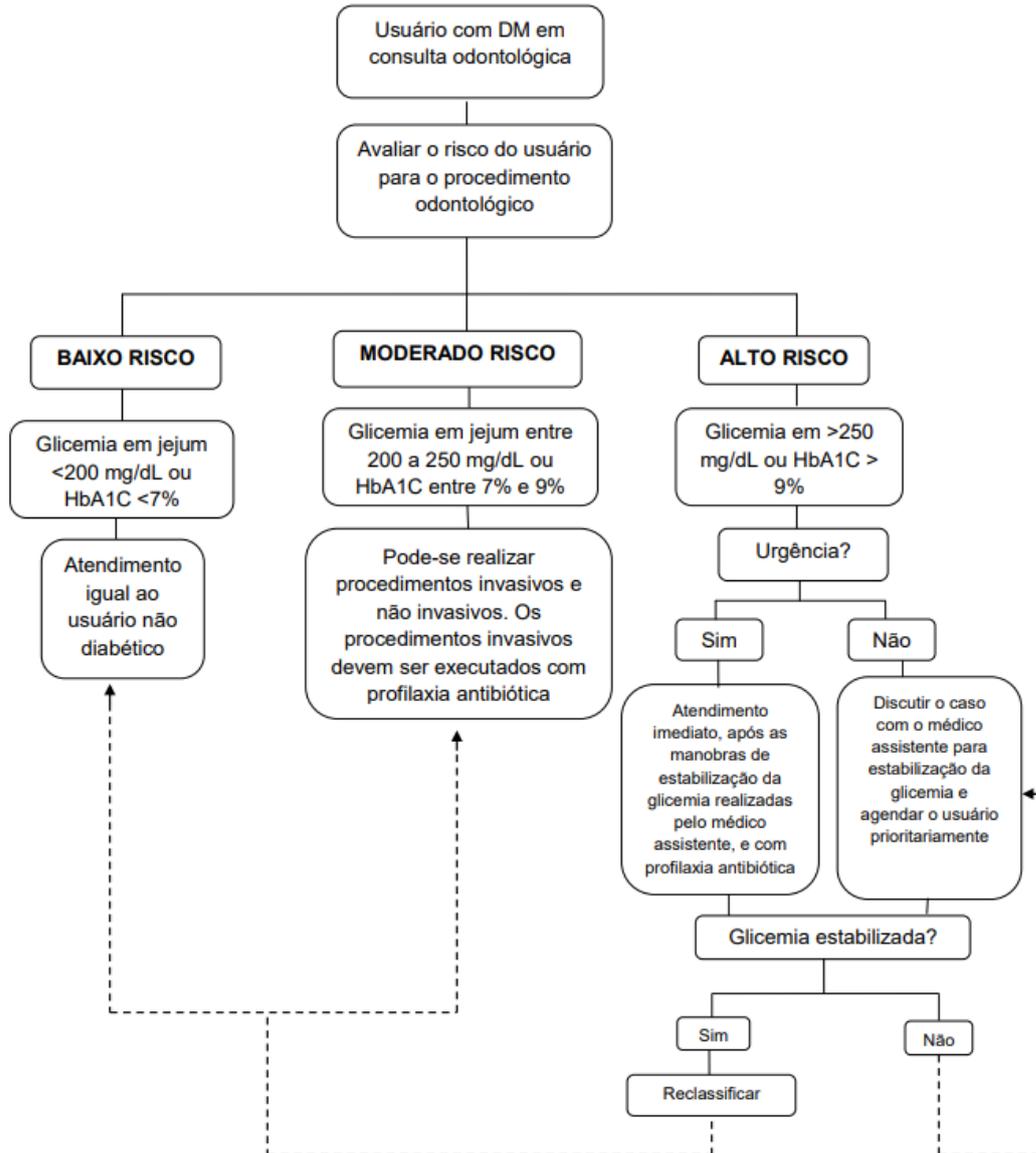
Fonte: NOTA TÉCNICA: CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/nota-tecnica-diabetes-sb.pdf>

Quadro 2 - Classificação de Risco para atendimento odontológico.

| |
|--|
| PACIENTES DE BAIXO RISCO |
| Bom controle metabólico em um regime médico estável. Ausência de história de cetoacidose ou hipoglicemia. Ausência de complicações do diabetes. Nível de glicemia em jejum, menor do que 200mg/dL Taxa de hemoglobina glicada A1c < 7% |
| PACIENTES DE MODERADO RISCO |
| Controle metabólico razoável em regime médico estável Ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia Poucas complicações do diabetes Taxa de glicemia, em jejum, abaixo de 250 mg/dL Nível de hemoglobina glicada A1c entre 7% e 9% |
| PACIENTES DE ALTO RISCO |
| Controle metabólico deficiente Sintomas frequentes Problemas freqüentes envolvendo cetoacidose e hipoglicemia Múltiplas complicações do diabetes Taxa de glicemia, em jejum, acima de 250 mg/dL Nível de hemoglobina glicada A1c > 9% |

Fonte: NOTA TÉCNICA: CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/nota-tecnica-diabetes-sb.pdf>

Fluxograma do atendimento odontológico a pessoas com DM.



Fonte: NOTA TÉCNICA: CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/nota-tecnica-diabetes-sb.pdf>

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL EDUCADOR FÍSICO

O profissional deve:



- Recomendar a redução do comportamento sedentário nas populações adulta e adolescente.
- Incentivar o cumprimento das recomendações mínimas de atividades físicas (AF) para toda a população por meio de ações coletivas detalhadas a seguir. A prática dessas atividades contribui para reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares, mesmo quando há comportamento sedentário.
- Programar, ministrar e supervisionar programas de exercícios físicos (EF), presenciais ou à distância, individuais ou em grupo, adequados às realidades locais e às características específicas de cada pessoa. Convém fazer uso de recursos tecnológicos (celular, internet, games, vídeos etc.) para motivar a participação, controlar a frequência e a intensidade de execução e dar dicas de como aumentar a atividade física regular diária;
- Realizar avaliações pré-participação, indicar a avaliação médica prévia nos casos recomendados e fazer reavaliações regulares para verificar a efetividade da prática e ajustar sua progressão.

Recomendações para a prática de atividade física segura:

- Comece devagar;
- Aumente gradativamente a intensidade;
- Mantenha-se hidratado – beba água antes, durante e após os exercícios;
- Mantenha a rotina de atividade física, mesmo que sejam necessárias algumas adaptações quanto aos locais de prática;
- Aguarde pelo menos uma hora após as refeições para iniciar os exercícios;
- Mantenha uma alimentação equilibrada e saudável
- Pratique exercícios aeróbios (caminhar, correr, pular corda, subir escadas, dançar);
- Use roupas leves e calçados confortáveis;
- Se for atividade ao ar livre, evite horários muito quentes e secos.

A pessoa deve praticar, pelo menos, **150 minutos de atividade física moderada por semana, distribuída** em pelo menos três sessões. Cada sessão de



exercício deve durar mais de 10 minutos e não passar de 75 minutos. Atividades moderadas são aquelas que vai conseguir conversar com dificuldade enquanto se movimenta e não vai conseguir cantar. A respiração e os batimentos do coração vão aumentar moderadamente.

Orientações para a Prática de Atividade Física

QUAIS ATIVIDADES FÍSICAS VOCÊ PODE FAZER?

No seu tempo livre: reserve algum tempo para fazer atividade física, fazendo preferencialmente aquilo de que você gosta. Você pode caminhar, correr, dançar, nadar, pedalar, surfar, jogar futebol, vôlei, basquete, bocha, tênis, peteca ou frescobol, fazer ginástica, musculação, hidroginástica, yoga ou artes marciais, entre outras.

No seu deslocamento: sempre que possível, faça seus deslocamentos a pé ou de bicicleta. Você pode fazer esses deslocamentos na sua ida e volta para o local onde estuda, para o trabalho, para a casa de amigos, para o mercado, para a Unidade Básica de Saúde... Procure fazer esses deslocamentos da forma mais segura e agradável possível.

No local de trabalho ou onde você estuda: tornar seu dia a dia mais ativo também é uma forma de atividade física. Nesse caso, você pode optar por subir escadas ao invés de usar o elevador. Se o local em que você trabalha ou estuda oferece atividade física, participe de alguma ou procure locais próximos onde seja possível praticar atividade física.

Nas tarefas domésticas: contribuindo com as tarefas da casa, você também faz atividade física. Participe de tarefas da sua casa, como fazer jardinagem, varrer, passar pano, recolher o lixo e cortar a grama. Além disso, você pode passear ou dar banho no seu animal de estimação. Passear com o bebê e realizar brincadeiras ativas com as crianças também pode ser uma opção.

Ser fisicamente ativo é seguro, mas, em raros casos, precisamos ficar atentos! Fique atento a alguns sinais e sintomas: ao sentir náuseas, dores, tonturas, suor excessivo ou outros desconfortos pare a atividade física. Procure um profissional de saúde para verificar se está tudo bem. Respeite seus limites!



Na consulta com o nutricionista, devem ser contemplados os seguintes pontos:

- Anamnese alimentar com avaliação da rotina de consumo, número de refeições, horários, alimentos ingeridos e quantidades, além da frequência de consumo de alimentos cardioprotetores.
- Avaliação antropométrica: medida de peso e altura, medida da circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal.
- Prescrição e orientação da dieta com base no diagnóstico médico e exames laboratoriais.
- Acompanhamento das mudanças dietéticas e evolução antropométrica.
- Participação em ações com a população.

Orientação Nutricional: Reeducação Alimentar A reeducação alimentar é um processo de aprendizagem, que envolve a alimentação saudável e a mudança comportamental

- Coma devagar, mastigue bem os alimentos e evite consumo de líquidos junto às refeições.
- Procure se alimentar em horários semelhantes todos os dias, evite comer em frente à televisão e “beliscar” entre as refeições (prefira frutas entre o café da manhã, almoço e jantar).
- Sempre que possível, faça as refeições em companhia de familiares ou amigos.
- A água pode ser saborizada com limão, laranja, gengibre, capim cidreira, hortelã, entre outros.
- Açúcar: utilize em pequena quantidade, independente do tipo de açúcar (cristal, demerara, mascavo, etc).
- Sal: utilize com moderação e troque os temperos industrializados por ervas aromáticas e temperos naturais.
- Consumo de óleo vegetal: para uma família de 04 pessoas a recomendação é consumir no máximo uma embalagem de 900ml/mês ou 01 colher de sopa/dia de óleo vegetal. Use azeite extra virgem para temperar saladas e na finalização de preparações.
- Prefira alimentos in natura e minimamente processados, limite o consumo de alimentos processados e evite os ultraprocessados.



Alimentos in natura

Obtidos diretamente de plantas ou de animais para o consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração.



Alimentos processados

Fabricados pela indústria com a adição de sal, açúcar ou outro produto que torne o alimento mais durável, palatável e atraente.



Alimentos minimamente processados

Submetidos a algum processo, mas que não envolvam agregação de substâncias ao alimento original, como limpeza, moagem e pasteurização.



Alimentos ultraprocessados

Formulações industriais, em geral, com pouco ou nenhum alimento inteiro, sempre contém aditivo.

Alimentos in natura e minimamente processados:

frutas, legumes, verduras, arroz, feijão, fubá, aveia, castanhas, ovos, peixe, carnes em geral.

Alimentos processados: queijos, sardinha em lata, milho em conserva, abacaxi em calda, entre outros.

Evitar Alimentos ultraprocessados: salgadinhos, macarrão instantâneo, sopa em pó pronta, batata congelada, embutidos (linguiça, salsicha, presunto, apresuntado, mortadela, salame, peito de peru), bolacha recheada, achocolatado, refrigerante, refresco em pó, suco a base de soja, bebidas lácteas, iogurtes saborizados, gelatina, cereal matinal, sorvete, bolinhos prontos, mistura para bolo, empanados de frango, molhos prontos, temperos prontos, entre outros.





ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO

O cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, dado, especialmente seu caráter etiológico complexo, pode se beneficiar de intervenções da equipe multidisciplinar, dentre estas, as intervenções do psicólogo. Este profissional visa, por meio de ações individuais ou coletivas, desenvolver as habilidades do indivíduo a fim de proporcionar a ele autonomia do cuidado em relação à sua doença. Dentre as possibilidades de atuação do psicólogo, estão:

- Atuar junto à comunidade, difundindo informações sobre saúde mental e fazendo uma identificação das pessoas portadoras de diabetes e hipertensão arterial com comprometimentos emocionais que demandem assistência psicológica;
- Possibilitar um espaço terapêutico para que as pessoas possam trocar experiências e desenvolver suas potencialidades, a fim de usá-las da forma mais adequada no atendimento de suas necessidades;
- Atuar junto às equipes da Atenção Básica, colaborando com outros profissionais da saúde, visando a integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica;
- Facilitar a capacidade de pensar e agir criticamente de forma autônoma em relação ao seu tratamento;
- Promover a troca de experiências entre os usuários gerando uma reflexão sobre o estilo de vida, o que auxilia na busca de sua própria autonomia;
- Identificar fatores de risco nos hábitos da vida cotidiana e assumindo atitudes que favoreçam a qualidade de vida e o desenvolvimento da consciência para o autocuidado

Ao cuidar de um paciente com doença crônica não transmissível, é sempre importante lembrar que os fatores emocionais disfuncionais interferem na baixa adesão ao tratamento das doenças crônicas. Sendo assim, avaliar as necessidades em saúde mental é essencial neste processo de cuidado, de forma a identificar as determinações sociais que as influenciam é essencial para traçar o plano de cuidado



do indivíduo e ajudá-lo a se comprometer com seu autocuidado. O psicólogo tem papel de grande valia no planejamento e ações junto às equipes de saúde que atendem esse público.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL TERAPEUTA OCUPACIONAL

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis podem gerar alterações no desempenho ocupacional dos sujeitos, a terapia ocupacional pode contribuir, em conjunto com a equipe multiprofissional, através de grupos ou individualmente.

Sendo assim, são de competência do terapeuta ocupacional:

- A estruturação e reorganização da rotina; reconhecendo a complexidade dos fatores que perpassam o autocuidado.
- O Auxílio nas mudanças de hábitos prejudiciais à saúde, de forma significativa, compreendendo cada indivíduo em sua singularidade, bem como potencializando suas habilidades e o empoderando para sua responsabilidade no processo saúde-doença.
- A contribuição na análise das Atividades de vida diária e as Atividades instrumentais de vida prática, identificando as dificuldades e sofrimentos que vão além dos diagnósticos.
- A importância de avaliar o contexto/ambiente que os sujeitos estão inseridos e os seus valores diante das ocupações humanas.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPÊUTA

- Avaliação fisioterapêutica / Exames funcionais: Coleta da história da queixa do usuário, avaliação do movimento através de exames funcionais que são os instrumentos que irão auxiliar na construção do diagnóstico fisioterapêutico, podendo ser realizados através de testes funcionais e físicos, escalas, questionários, e outros métodos que fazem parte da



semiologia fisioterapêutica, bem como auxiliam na definição do prognóstico fisioterapêutico.

- Diagnosticar, prognosticar e planejar o tratamento em reabilitação.
- Executar estratégias no âmbito da reabilitação através de grupos de educação em saúde e práticas terapêuticas voltadas às doenças em questão.
- Atuar juntamente com as equipes da APS nas discussões de caso, matriciamentos e elaboração do PTS (projeto terapêutico singular).
- Referência e contra referência aos serviços da atenção secundária no âmbito da reabilitação.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

A atuação do farmacêutico junto aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos através da prática do Cuidado Farmacêutico/Atenção Farmacêutica busca alcançar resultados concretos na terapia farmacológica por meio da utilização racional e segura dos medicamentos, a partir de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a fim de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos usuários.

A adesão ao tratamento é um dos fatores preponderantes para o sucesso terapêutico. O trabalho do farmacêutico contribui para a promoção, efetividade e segurança da farmacoterapia, atuando contra a incidência de efeitos adversos, erros de administração de medicamentos e promovendo o uso racional de medicamentos.

Na consulta farmacêutica, o profissional deverá:

- Oferecer informações gerais sobre cuidados com a saúde;
- Orientar sobre a patologia (natureza, causa e consequências), a importância do tratamento não-medicamentoso e do tratamento medicamentoso;
- Colher informações sobre o paciente, seus hábitos, estilo de vida, situação familiar, condições de trabalho e sua doença para avaliação e identificação de problemas relacionados a medicamentos;



- Orientar sobre a farmacoterapia com a finalidade de contribuir para a compreensão e autonomia do paciente. Vale destacar que a falta de informação sobre os medicamentos e um baixo entendimento da farmacoterapia compreendem os principais problemas de não cumprimento adequado do tratamento pelos usuários;
- Realizar o treinamento inicial dos pacientes diabéticos que necessitam de insulinição para as técnicas de preparo e administração da insulina;
- Dispensar os medicamentos mediante a prescrição médica e legislação pertinente;
- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso com o objetivo de detectar, prevenir e solucionar falhas na farmacoterapia;
- Quando necessário, utilizar de múltiplas estratégias de orientação ao usuário, como pictogramas, caixa organizadora de medicamentos, fracionamento de medicamentos para administração supervisionada e outros materiais educativos, que podem ser utilizados de forma combinada para favorecer o entendimento e a adesão ao tratamento;
- Avaliar a polifarmácia pois muitas vezes o paciente passa por vários médicos ou sai de alta com prescrições diferentes. O farmacêutico auxilia na conciliação das prescrições norteando de forma clara e mais prática possível, a fim de evitar problemas relacionados ao medicamento;
- Identificar efeitos adversos, orientando os pacientes sobre como identificá-los, minimizá-los ou até preveni-los;
- Orientar sobre o acesso aos medicamentos disponíveis no SUS (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Resolução SS-54, Programa Farmácia Popular, fornecimento de glicosímetro e insumos);



- Participar dos grupos educativos de hipertensos e/ou diabéticos;
- Realizar visitas domiciliares, quando necessário, ofertando orientações ao usuário em conjunto com a equipe;
- Discutir com os profissionais da equipe de saúde, estratégias para um trabalho articulado visando contribuir na melhoria dos resultados com a farmacoterapia.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL

A atuação do assistente social no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis compreende a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência do indivíduo. Diante disso, as ações deste profissional terão como proposta a promoção da cidadania e a construção de estratégias que propiciem e fortaleçam as redes de suporte social. Dentre as contribuições do assistente social, na perspectiva de intervenção multiprofissional, destacam-se:

- Atendimento individual e/ou familiar a fim de ofertar uma escuta qualificada e compreender quais são as possíveis barreiras que limitam o usuário no seu processo de promoção de saúde. Desta forma, visa incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos ativos no processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Ações socioeducativas realizadas por meio de abordagens individuais e/ou grupais, que auxiliem com orientações reflexivas e socialização de informações, contribuindo para o conhecimento, a participação e o envolvimento dos usuários junto aos acessos disponíveis na rede pública, estimulando, assim, a construção da autonomia no cuidado à saúde;
- Ações em conjunto com a equipe de saúde por meio de atividades como discussões de caso, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, grupos de apoio, entre outras intervenções. Essa abordagem visa facilitar a adesão do usuário ao plano terapêutico elaborado de forma conjunta, proporcionando



uma abordagem integrada e abrangente no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis.

Em conjunto com outros profissionais, o assistente social desempenha um importante papel na promoção da saúde e no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis, reconhecendo que a saúde é algo complexo que transcende o âmbito puramente biológico. Suas ações têm como objetivo fortalecer a cidadania e auxiliar os usuários a desenvolverem estratégias que promovam autonomia e bem-estar, considerando tanto o indivíduo quanto seu contexto social como elementos centrais.

PAPEL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, sua ênfase é na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. A presença das práticas integrativas na Atenção Primária possui grande potencial de atuação. Uma das abordagens desse campo são a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado, estimulando principalmente, o autocuidado. As indicações são embasadas com foco no indivíduo e não na doença, considerando-o em todos os aspectos: físico, psíquico, emocional e social.

Uma das principais diretrizes das Práticas Integrativas está no aumento da resolutividade dos serviços de saúde, que ocorre a partir da integração ao modelo convencional de cuidado, agindo de forma integrada e/ou complementar no diagnóstico, na avaliação e no cuidado.

Ofertas das práticas integrativas:



- **Medicina Tradicional Chinesa:**

- **Acupuntura:** Compreende em um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio de inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.
- **Auriculoterapia:** Caracteriza-se por utilizar o pavilhão auricular como um microsistema, ou seja, uma intervenção sobre uma parte do corpo que atua, por sua vez, no corpo inteiro. A prática se dá pela estimulação de pontos específicos do pavilhão auricular, com uso de apalpadores e aplicação de sementes de mostarda fixadas na pele com fita micropore.
- **Lian Gong:** É uma prática corporal chinesa que proporciona benefícios diretos para a saúde física e emocional dos praticantes, além de prover capacidade de concentração, aumento da percepção dos próprios limites físicos na realização dos exercícios, fortalecimento da capacidade de determinação ou da vontade na realização dos mesmos, como preparo do corpo para a superação gradativa das limitações físicas e emocionais, visto que coordena respiração e movimento. A prática consiste por 54 movimentos divididos em três séries de 18 movimentos: anterior, posterior e Qi Gong. A atividade tem duração de 30 a 60 minutos, é executada em pé e não depende de equipamentos, indicada para todas as idades, com restrição para pacientes gestantes.
- **Homeopatia:** Terapia iniciada pelo alemão Samuel Hahnemann (1755-1843) em 1796. Baseia-se no princípio semelhante pelo semelhante se cura, ou seja, o tratamento se dá a partir da diluição e dinamização da mesma substância que produz o sintoma em um indivíduo saudável. Na terapêutica Homeopática, utilizam-se substâncias do reino vegetal, animal e mineral, sendo os medicamentos preparados por farmacotécnica homeopática apropriada. Na homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas



diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde. Fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo. Atua em diversas situações clínicas do adoecimento, por exemplo, nas doenças crônicas não transmissíveis, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais e contribuindo para o uso racional de medicamentos.

- **Plantas Medicinais e Fitoterapia:** é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações.
- **Dança Circular:** é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea. Tem origem de diferentes culturas, o que favorece a aprendizagem e a conexão entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos. O enfoque não é a técnica, e sim o sentimento de união de grupo, de comunidade. A prática trabalha integração e socialização, promovendo benefícios psicológicos, na autoestima, diminuição dos sintomas de depressão e estresse. A dança é aberta a todas as idades.
- **Meditação:** definida como uma prática milenar de integração corpo-mente baseada na consciência do momento presente com atenção plena e não julgadora a cada instante. Conjunto de técnicas que treina o foco, podendo ser chamada de processo auto-regulatório da atenção.
- **Reiki:** técnica terapêutica que trabalha a cura holística através da imposição de mãos. De origem oriental e não atrelada a credos, é avaliada como uma



prática segura visto que sua aplicação não confere riscos à pessoa que o recebe.

- **Yoga:** de origem indiana, trabalha aspectos do corpo, da mente e do espírito. As posturas equilibram secreções glandulares, tonificam os músculos e acalmam o sistema nervoso, ativando a circulação e restaurando movimentos articulares, estabelecendo flexibilidade dos ligamentos e tendões e massageando órgãos, induzindo ao relaxamento e a concentração da mente. Quando realizados em conjunto com a respiração proporcionam um domínio dos processos vitais do corpo, mantendo o controle das funções fisiológicas e psíquicas.
- **Aromaterapia:** Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental.



REGULARIDADE DE CONSULTAS NA ATENÇÃO BÁSICA

| ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE DE ACORDO COM O RISCO | | |
|--|---|---|
| RISCO BAIXO | RISCO MÉDIO | RISCO ALTO |
| <p align="center">Consulta médica anual</p> <p align="center">+</p> <p>Consulta de enfermagem no intervalo</p> <p align="center">+</p> <p>Consulta Odontológica Anual</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Orientação Nutricional, Atividade Física e Orientação Psicossocial</p> <p align="center">+</p> <p>Oferta de práticas integrativas</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Orientação Farmacêutica</p> | <p align="center">Consulta médica semestral</p> <p align="center">+</p> <p>Consulta de enfermagem no intervalo (após 3 meses)</p> <p align="center">+</p> <p>Consulta Odontológica Anual</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Orientação Nutricional, Atividade Física e Orientação Psicossocial</p> <p align="center">+</p> <p>Oferta de práticas integrativas</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Orientação Farmacêutica</p> | <p align="center">Consulta médica semestral</p> <p align="center">+</p> <p>Consulta de enfermagem no intervalo (após 3 meses)</p> <p align="center">+</p> <p>Consulta Odontológica Anual</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Orientação Nutricional, Atividade Física e Orientação Psicossocial</p> <p align="center">+</p> <p>Oferta de Práticas Integrativas</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Orientação Farmacêutica</p> <p align="center">+</p> <p align="center">Visita Domiciliar Agente Comunitário Mensal</p> |

| MONITORAMENTO DE ACORDO COM O RISCO | | |
|--|---|--|
| RISCO BAIXO | RISCO MÉDIO | RISCO ALTO |
| <p><u>Hipertensos</u>: medir a pressão mensal.</p> <p><u>Pré-diabéticos</u>: glicemia de jejum e HbA1c anual</p> | <p><u>Hipertensos</u>: medir a pressão quinzenal.</p> <p><u>Diabéticos</u>: glicemia de jejum e HbA1c semestral</p> | <p><u>Hipertensos</u>: medir a pressão semanal.</p> <p><u>Diabéticos</u>: glicemia de jejum e HbA1c quadrimestral. Glicemia capilar conforme esquema</p> |



Essa é uma orientação geral, os casos devem ser individualizados de acordo com a avaliação médica e de enfermagem. Em pacientes que estejam em período de ajuste de medicação pode ser necessário monitorar e acompanhar com maior frequência, pacientes de médio ou alto risco que estão estáveis há alguns anos podem por alguns períodos ser avaliados com uma frequência menor.

A capacidade de autocuidado é um fator a ser considerado. 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.

QUANDO ENCAMINHAR AO ESPECIALISTA

A. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (CARDIOLOGIA)

- Hipertensão arterial sistêmica de difícil controle que é pressão arterial não controlada em uso de, pelo menos, três drogas anti-hipertensivas em dose plena, sendo um diurético.

B. DIABETES MELLITUS (ENDOCRINOLOGIA)

- Hemoglobina glicada ≥ 9 em pacientes com tratamento já otimizado (Insulina mais de 1U/Kg);
- Pacientes em tratamento com grande variabilidade glicêmica, episódios frequentes de hiperglicemia e hipoglicemia;
- Presença de comorbidades ou complicações relacionadas ao diabetes como nefropatia, neuropatia, retinopatia e doenças cardiovascular instalada;
- Múltiplas internações por descompensação do Diabetes.



C. OBESIDADE (ENDOCRINOLOGIA) (P2)

- IMC maior ou igual a 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose).
- IMC maior ou igual a 40 com ou sem comorbidades.
- Suspeita de obesidade secundária (causada por distúrbio endocrinológico)

D. ALTERAÇÃO RENAL OU PROTEINÚRIA (NEFROLOGISTA)

- Pacientes hipertensos, com função renal preservada, com albuminúria de 30-300 mg/g (em amostra isolada) que não responderam ao uso de anti-proteinúrico em 6 meses de tratamento (BRA ou IECA) (P2).
- Pacientes hipertensos, com albuminúria > 300 mg/g em amostra isolada e/ou disfunção renal associada (P1)

IMUNIZAÇÃO

Vacinas recomendadas para adultos/idosos (rotina):

| Vacinas para o adulto e idoso | | | | |
|--|----------------------------|---|--|---|
| Vacina | Proteção Contra | Composição | Número de Doses | |
| | | | Esquema Básico | Reforço |
| Hepatite B recombinante | Hepatite B | Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado | 3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal) | - |
| Difteria e Tétano (dT) | Difteria e Tétano | Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada | 3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal) | A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos |
| Febre Amarela (Atenuada) | Febre Amarela | Vírus vivo atenuado | Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação | Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade até 59 anos de idade. |
| Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2) | Sarampo, Caxumba e Rubéola | Vírus vivo atenuado | 2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 59 anos) (verificar situação vacinal anterior) | - |

Fonte: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/anexo-calendario-de-vacinacao-do-adulto-e-idoso_atualizado_-final-20-09-2022.pdf

Além do esquema vacinal básico, pacientes com hipertensão e diabetes estão contemplados nos grupos de comorbidades para receber a vacina contra



influenza anual e esquema preconizado para COVID-19. A correlação entre as doenças crônicas descompensadas com a evolução para quadros graves de COVID-19 é evidente. Estes indivíduos apresentaram risco de doença grave e hospitalização três a quatro vezes maior do que a população geral; e algumas características clínicas como obesidade, doença cardiovascular, doença renal ou respiratória associadas a níveis de glicemia elevados têm maior correlação com a gravidade da COVID-19 e óbitos.

A influenza e as doenças pneumocócicas são doenças infecciosas potencialmente evitáveis que estão relacionadas a várias complicações, incluindo hospitalização e morte, em pacientes com DM. Quanto à infecção pneumocócica, estudo mostra que pacientes com DM hospitalizados têm risco quase duas vezes maior de desenvolver infecção pneumocócica quando comparados àqueles sem registro da doença. Deste modo, pessoas com diabetes têm indicação de receber a vacina Pneumo 23 (2 doses, com intervalo de 5 anos entre elas). A solicitação deve ser feita ao CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais), via Vigilância Epidemiológica.

Desta forma, todos os profissionais de saúde devem estar engajados na ampliação das coberturas vacinais, especialmente dos pacientes com hipertensão e diabetes, oferecendo e estimulando a vacinação, esclarecendo dúvidas e reforçando a importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, Alexandria, v.27, p.S5- S10, 2004.

ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA. Actualidades en el Manejo Dental del Paciente Diabético. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, México, v. 44, n. 1, p. 18-26, enero/marzo. 1999.

Barroso *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658.



BRANDÃO, Dayse Francis LMO; SILVA, Ana Paula Guimarães; PENTEADO, Luiz Alexandre Moura. Relação bidirecional entre a doença periodontal e a diabetes mellitus. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 10, n. 2, p. 117-120, 2011.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica Brasília: Ministério da Saúde, 2013

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPINAS. Manual de recomendações para o cuidado às condições crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. Secretaria Municipal de Campinas. Campinas, 2020.

FANG, L.; FAZIO, R. C.; SONIS, S. T. **Princípios e Prática de Medicina Oral**. São Paulo: Guanabara Koogan; 2006.

Gregory JM, Slaughter JC, Duffus SH, Smith JT, LeSturgeon LM, Erin R. Giovannetti, Schafer Boeder, Pettus JH, Moore DJ. Severity Is Tripled in the Diabetes Community: A Prospective Analysis of the Pandemic's Impact in Type 1 and Type 2 Diabetes. COVID-19 Severity Is Tripled in the Diabetes Community: A Prospective Analysis of the Pandemic's Impact in Type 1 and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2021 Feb; 44(2): 526-532. <https://doi.org/10.2337/dc20-2260>

https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/DCNT/Manual_recomend_CCNT_SMS_2020.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/especializacao/trabalho_beta_inaterra_mh_e.pdf

IWGDF – The International Working Group on the Diabetic Foot. Practical guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease. Sem local, 2019.



MAIA, Francisco Rodrigues; SILVA, Antonio Alfredo Rodrigues e; CARVALHO, Quelciane Regina Magalhães de. **Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica.** 2005.

NOTA TÉCNICA: CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/nota-tecnica-diabetes-sb.pdf>

OLIVEIRA, Thais Fernandes de, et al . **CONDUTA ODONTOLÓGICA EM PACIENTES DIABÉTICOS: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS.** Odontol. Clín.-Cient. (Online), Recife , v. 15, n. 1, março de 2016.

PNPIC no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mar. 2018. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57493373/do1-2018-12-31-portaria-n-1-988-de-20-de-dezembro-de-2018-57493196

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática. 2 ed., São Paulo: COREN-SP, 2021.

SAÚDE, Ministério. Saúde bucal, normas e manuais técnicos – cadernos de atenção básica, nº 17. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf



ANEXO 1- ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DE INSULINA EM CANETA

1º PASSO - PREPARAÇÃO

1- Lave as mãos com sabão;

2- Depois tire a tampa da caneta;

3- identifique o tipo de insulina que você vai aplicar;

Insulina NHP

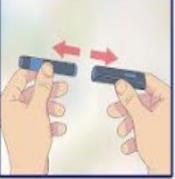


Cor branca Botão Verde

Insulina REGULAR

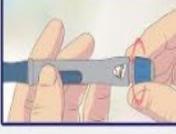


Incolor Botão Amarelo

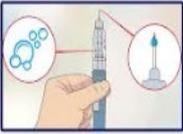


2º PASSO - VERIFICANDO SE A CANETA ESTÁ FUNCIONANDO

Para retirar o ar que pode estar dentro da caneta, gire o setor até o NÚMERO 2;



Segure a agulha apontada para cima; Bata levemente com o dedo no reservatório de insulina, para que as bolhas de ar subam para a ponta da caneta;



Mantendo a agulha para cima, pressione o botão injetor; Uma gota deve aparecer na ponta da agulha e o seletor de dose deve retornar ao "0" (zero);



3º PASSO - APLICAÇÃO

Agora verifique se o setor da dose está no "0" (zero); Gire o seletor de doses para selecionar as unidades que você precisa injetar;



Cada número do indicador equivale a **uma unidade insulina**; A dose pode ser corrigida para mais ou menos, girando o seletor de doses para qualquer direção.



Verifique se o local de aplicação está limpo; Insira a agulha em um ângulo reto e aperte o botão injetor até o 0 (zero); Mantenha por **6 segundos**; Retire a agulha da pele e em seguida, solte o botão;



Se for utilizar a **Insulina NHP**, Movimente a caneta para cima e para baixo **20 vezes** até que a insulina fique **toda branca**.



Caso a gota de insulina não aparecer repita o teste por **mais 2x**; Se ainda assim, a gota não aparecer, **substitua a agulha**.



Não é necessário fazer prega cutânea para a aplicação. Exceto se for orientado.



Pegue uma agulha nova e remova o lacre;

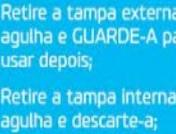


Rosqueie a agulha na caneta, até que fique firme;



Retire a tampa externa da agulha e **GUARDE-A** para usar depois;

Retire a tampa interna da agulha e descarte-a;



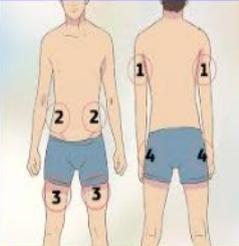
Coloque a tampa externa na agulha; Quando a agulha estiver tampada, desenrosque a agulha e a descarte;



Depois de tirar a agulha, tampe a caneta e guarde fora da geladeira;



LOCAIS DE APLICAÇÃO



1º- **Braços** (região posterior, três dedos acima do cotovelo);

2º- **Abdome** (regiões laterais esquerda e direita, distante três dedos do umbigo);

3º- **Coxas** (região lateral e frontal, três dedos acima do joelho, três dedos abaixo da virilha);

4º- **Nádegas** (região superior externa);

É importante **reversar os locais de aplicação**.



Sempre remova a agulha após cada injeção, mesmo se for reutilizá-la. Isso reduz o risco de contaminação, vazamento de insulina, agulha entupida e dose imprecisa.



