



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ATENÇÃO PRIMÁRIA FAZENDA RIO GRANDE

HIPERTENSÃO E DIABETES

2025

EQUIPE GESTORA

Marco Antônio Marcondes Silva

Prefeito Municipal

Monique Costa Budk

Secretário Municipal de Saúde

Camila Kolosovski

Diretor Geral da Secretaria Municipal de Saúde

Paulo Henrique Peixoto

Coordenadora Municipal de Atenção Básica

Paulo Henrique Peixoto

Elaborador 1ª Versão

EQUIPE TÉCNICA REVISÃO E APROVAÇÃO

Juliana Martins – Enfermeira

Paulo Henrique Peixoto – Enfermeiro

Jessika Rodrigues Rocha – Enfermeira

Angela Maria Nos Moreira – Enfermeira

Ane Joice dos Anjos – Enfermeira

Ana Maria Teodoro de Moraes – Enfermeira

Debora Ribeiro Machado – Enfermeira

Elenise Sasso – Enfermeira

David Fernando Diaz Flores – Enfermeiro

Mara Ticiane Costa Felten – Enfermeira

Thays Karoline Z. da Silva – Enfermeira

Bruna Elisa Malinoski – Enfermeira

Lais batista de Jesus – Enfermeira

Ana Carolina Riccio – Enfermeira

Priscila Gadonski Silveira – Enfermeira

Katia Sakuma Kashivaqui – Enfermeira

Elaine Maria Marcelino – Enfermeira

Roberta Santiago de Souza

Elaborador 2ª Versão

EQUIPE TÉCNICA REVISÃO E APROVAÇÃO

Paulo Henrique Peixoto –
Enfermeiro

Marcilene de Paula - Enfermeira

Roberta Santiago de Souza -
Técnica em enfermagem

Sumário

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	4
PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	4
CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	6
A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE	7
O REGISTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	8
HIPERTENSÃO E DIABETES.....	10
EPIDEMIOLOGIA.....	10
DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO.....	11
RASTREIO.....	11
CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIDA CASUAL NO CONSULTÓRIO (>18ANOS).....	12
INVESTIGAÇÃO CLÍNICA.....	12
MEDICAMENTOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO	13
CONDIÇÕES GERAIS	13
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES ADICIONAIS.....	15
CONDIÇÕES GERAIS	16
EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO	17
PERIODICIDADE DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES	17
RECOMENDAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO ECOCARDIOGRAMA	17
ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR	18
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE HIPERTENSO DE ACORDO COM FATORES DE RISCO ADICIONAIS, PRESENÇA DE LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO E DE DOENÇA CARDIOVASCULAR OU RENAL.....	18
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO.....	18
LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO.....	19
DOENÇA CV E RENAL ESTABELECIDADA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO.....	19
RASTREAMENTO DE PROBLEMAS ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES	20
RISCO CARDIOVASCULAR / DISLIPIDEMIA	20
SCORE DE RISCO GLOBAL (ERG) DE FRAMINGHAM.....	21
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	23

SUGESTÕES DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA A LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO:	24
DIABETES MELLITUS (DM)	24
CLASSIFICAÇÃO	24
RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES DE MELLITUS	26
CRITÉRIOS LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO DE NORMOGLICÊMICA, PRÉ-DIABETES E DM	27
MEDICAMENTOS E INSUMOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO	27
CONDIÇÕES GERAIS	28
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	30
RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE INDICADA PARA CONSULTAS NA APS, SEGUNDO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	30
LISTA DE EXAMES COMPLEMENTARES	31
MONITORIZAÇÃO ADEQUADA DE GLICEMIA CAPILAR	31
VALORES ADEQUADOS PARA GLICEMIA CAPILAR EM ADULTOS (EXCETO GESTANTES)	31
HIPOGLICEMIA	32
CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO EPISÓDIO DE HIPOGLICEMIA	32
ENCAMINHAMENTO PARA OFTALMOLOGISTA	33
Alimentação	33
ATIVIDADE FÍSICA NO DIABETES	35
COFINANCIAMENTO FEDERAL	36
CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO	37
INDICADORES	38
CÁLCULO SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE:	40
ESTRATÉGIAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE FAZENDA RIO GRANDE	41
Planejamento de estratégias	41
ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Protocolo de Cuidados de Enfermagem na Atenção Primária, foi criado de compilados protocolos já validados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), Linha Guia de Cuidados do Estado do Paraná e Ministério da Saúde.

O objetivo principal deste protocolo é proporcionar aos profissionais de enfermagem a segurança e a fundamentação ética indispensáveis para que possam atuar com independência, assegurando uma prestação de cuidados de qualidade aos beneficiários do sistema de saúde municipal.

Essa iniciativa almeja orientar as ações de enfermagem de maneira flexível, permitindo o monitoramento contínuo e a avaliação do desempenho profissional. Isso é alcançado por meio da sistematização da assistência de enfermagem.

A colaboração entre a Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Básica e os profissionais envolvidos foi uma tarefa desafiadora para reforçar a autonomia do enfermeiro no Município de Fazenda Rio Grande. As discussões e compartilhamento de conhecimentos permearam todo o processo de revisão, enriquecendo mutuamente o documento final. Dessa forma, as diretrizes éticas e técnicas para a prática profissional, acompanhado de a experiência cotidiana no âmbito da saúde pública, foram combinadas.

Para além de ser uma obra finalizada, a intenção é que esse protocolo estimule discussões no âmbito da enfermagem, promovendo o seu progresso em paralelo com os avanços na área da saúde.

PROCESSO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O Processo de Assistência de Enfermagem é uma ferramenta metodológica que guia a prestação de cuidados profissionais de enfermagem e a documentação das práticas realizadas, ressaltando o papel da enfermagem na promoção da saúde da comunidade. Isso amplia a visibilidade e o reconhecimento da profissão (COFEN, 2009).

Esse processo deve ser conduzido de forma intencional e sistemática em todos os contextos, sejam eles públicos ou privados, nos quais o cuidado

profissional de enfermagem é prestado. Quando aplicado em instituições que oferecem serviços de saúde ambulatoriais, domicílios, escolas, associações comunitárias e outros contextos, ele é denominado Consulta de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Processo de Assistência de Enfermagem é composto por cinco etapas interligadas, mutuamente dependentes e que se repetem de forma recorrente.

Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): um procedimento planejado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Diagnóstico de Enfermagem: Este processo envolve a interpretação e organização dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Planejamento de Enfermagem: Nesta etapa, definem-se os resultados desejados a serem alcançados, assim como as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou grupo humano em um determinado ponto do processo de saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Implementação: Execução das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

Avaliação de Enfermagem: Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou comunidade em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e para avaliar se é necessário fazer alterações ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

De acordo com as disposições estipuladas na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício profissional, a responsabilidade pela realização da Consulta é atribuída ao enfermeiro. O objetivo é alcançar os resultados esperados na enfermagem. É de responsabilidade exclusiva do enfermeiro fazer o diagnóstico de enfermagem referente às respostas apresentadas pela pessoa, família ou comunidade em um determinado momento do processo de saúde e doença. Além disso, é responsabilidade desse profissional prescrever as ações ou intervenções de enfermagem a serem executadas em resposta a essas situações. (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Seguindo as disposições legais, o termo “Consulta do Enfermeiro” será utilizado nos Protocolos de Enfermagem do Coren-PR. Entende-se que a realização da consulta é uma prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde que vai além da aplicação do processo de enfermagem. Durante a consulta, o profissional utiliza raciocínio clínico e pensamento crítico para coletar informações do histórico de enfermagem, propor intervenções e avaliar os resultados, tanto para o indivíduo quanto considerando a saúde da família como um todo.

O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, de acordo com as regulamentações profissionais, colaboram na realização do Processo de Enfermagem conforme suas responsabilidades específicas, com supervisão e orientação do enfermeiro. (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

A realização da consulta pelo enfermeiro deve ser uma prioridade no atendimento de enfermagem, seja por demanda espontânea ou agendada. Durante esse processo, o profissional coleta dados, analisa-os para definir diagnósticos de enfermagem e propõe intervenções por meio de orientações diretas ao indivíduo ou com a colaboração da equipe, quando necessário.

No decorrer da consulta, o enfermeiro está autorizado a executar tarefas estipuladas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017). Isso inclui realizar estratificação de risco, elaborar planos de cuidados para indivíduos que têm condições de saúde crônicas, trabalhando em conjunto com outros membros

da equipe, conduzir procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos seguindo protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos órgãos responsáveis em âmbito federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Além disso, o enfermeiro conduz atividades em grupo e, quando necessário, encaminha os usuários para outros serviços, seguindo os fluxos definidos pela rede local.

A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE

Em conformidade com as recomendações do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi adotada como a classificação neste protocolo. A CIPE é uma linguagem padronizada, abrangente e complexa, que representa a prática de enfermagem em âmbito global. Além disso, é uma tecnologia de informação que facilita a coleta, armazenamento e análise de dados em diversos cenários, idiomas e regiões, contribuindo para uma prática de enfermagem eficaz e reconhecida na sociedade (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).

A CIPE apresenta definições para cada um de seus sete eixos, que são:

Foco: Área de atenção relevante para a enfermagem (exemplos: dor, eliminação, expectativa de vida, conhecimento).

Julgamento: Avaliação clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido, presente).

Cliente: Pessoa à qual o diagnóstico se refere e que é beneficiária da intervenção (exemplos: recém-nascido, cuidador, família ou comunidade).

Meios: Forma ou método de executar uma intervenção (exemplos: atadura, caderneta de vacinação).

Ação: Processo intencional aplicado ao cliente (exemplos: educar, modificar, administrar ou monitorar).

Tempo: Ponto, período, instante, intervalo ou duração de um evento (exemplos: administração, nascimento ou crônico).

Localização: Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade).

O REGISTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A aplicação do Processo de Enfermagem demanda um registro formal que inclui:

- Resumo dos dados coletados relativos à pessoa
- Diagnósticos de enfermagem relacionados às respostas da pessoa;
- Ações ou intervenções de enfermagem realizadas com base nos diagnósticos identificados;
- Resultados obtidos como resultado das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. Esses registros também podem ser aplicados à família ou a grupos de pessoas.

No contexto de registros em prontuário eletrônico, a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Fazenda Rio Grande recomenda a adoção da abordagem SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), a criação ou atualização da Lista de Problemas e a utilização das classificações CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária) e CIPE (Classificação Internacional para Prática de Enfermagem). Essas práticas visam facilitar a comunicação entre profissionais e a obtenção de informações clínicas.

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

Relação SOAP, Processo de Enfermagem e CIPE. COREN-SC, 2017

HIPERTENSÃO E DIABETES

EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a Linha Guia de Cuidados de Doenças Crônicas da SESA-PR de 2018, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um desafio significativo para a saúde pública no Brasil e globalmente, sendo um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, contribuindo para até 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana. A HAS também está relacionada a 50% dos casos de insuficiência renal terminal. O diagnóstico precoce da hipertensão é dificultado pelo fato de muitas vezes ser assintomática, o que prejudica a adesão ao tratamento devido aos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos.

O Ministério da Saúde, 2006. 58 p, Caderno de Atenção Básica 15, destaca a eficácia de estratégias tanto para pessoas com predisposição genética quanto para a comunidade em geral, visando promover mudanças no estilo de vida. Os profissionais de saúde na Atenção Primária desempenham um papel crucial em intervenções individuais e coletivas para mitigar os impactos da hipertensão.

A prevalência da hipertensão varia dependendo da população analisada e do método de avaliação. Um estudo realizado pelo Vigitel em 2015 mostrou taxas que variaram de 14% em Manaus a 28,7% em Macapá, com uma média de 20,2% em Curitiba. No Paraná, em 2016, a taxa de mortalidade devido à hipertensão foi de 24,5 a cada 100.000 habitantes. É importante destacar que a hipertensão está relacionada a metade das mortes por doenças cardiovasculares, que historicamente são a principal causa de óbitos no estado. Houve redução na taxa de mortalidade (182,4 por 100.000 habitantes) e internações (95.763) por doenças cardiovasculares em 2015, com tendência de queda desde 2010.

Desde 2005, doenças cardiovasculares e a doença isquêmica do coração lideram as causas de óbito no Brasil. A taxa de mortes prematuras aumentou, com a doença isquêmica do coração tornando-se a principal causa de morte antes dos 60 anos, com aumento de 8,5%.

O diabetes também é uma preocupação, principalmente afetando indivíduos após os 40 anos e tendo associação com excesso de peso e histórico familiar. Em escala global, o diabetes afeta aproximadamente 382 milhões de pessoas, podendo chegar a 471 milhões até 2035. Doenças crônicas, incluindo o diabetes, causam 38 milhões de mortes por ano. O diabetes é a quarta maior causa de morte por doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para anos de vida perdidos ou ajustados por incapacidade. No Brasil, o diabetes passou do sétimo para o quinto lugar nas causas de morte.

No estado do Paraná, o diabetes e a hipertensão são as principais causas de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), além de serem as principais responsáveis pela insuficiência renal terminal. O diabetes é responsável por complicações graves, como amputações e cegueira adquirida. O estado registrou aproximadamente 3.400 óbitos anuais atribuídos ao diabetes durante o período de 2014 a 2016, com estabilidade na taxa de mortalidade e redução nas internações.

HIPERTENSÃO

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Conforme descrito na Linha Guia de Hipertensão – SESA PR 2018, o diagnóstico de hipertensão arterial é fundamentado em um procedimento relativamente simples: a medição da pressão arterial. Esse processo carrega consigo uma grande responsabilidade, pois envolve a decisão crucial de determinar se um paciente é normotenso ou hipertenso. As implicações de um diagnóstico equivocado são significativas; classificar erroneamente um indivíduo como normotenso quando ele é hipertenso resultará na privação dos benefícios do tratamento necessário, enquanto rotular alguém como hipertenso quando na verdade é normotenso acarretará na aplicação desnecessária de um tratamento com potenciais malefícios.

RASTREIO

- A verificação da pressão arterial deve ser realizada para todas as pessoas com mais de 18 anos, independentemente da razão da consulta. Para esse fim, é importante que a pessoa esteja em

repouso por pelo menos 15 minutos e não tenha consumido bebidas estimulantes (como café, energéticos etc.), fumado ou praticado exercícios extenuantes nos trinta minutos anteriores.

- Se o resultado for igual ou inferior a 120/80 mmHg, o rastreamento deve ser realizado a cada 2 anos.
- Se a pressão arterial sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg, ou a pressão arterial diastólica entre 80 e 89 mmHg, o rastreamento deve ser anual.
- Além disso, é fundamental verificar a pressão arterial em todas as consultas de gestantes como parte integrante do acompanhamento pré-natal.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A MEDIDA CASUAL NO CONSULTÓRIO (>18ANOS)

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-Hipertensão	121 - 139	81 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes a maior deve ser utilizada para a classificação da PA		
Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.		

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

A sintomatologia associada a mudanças na pressão arterial (PA) pode não ser facilmente reconhecida, uma vez que uma ampla variedade de sinais e sintomas pode ter outras origens. Portanto, é essencial verificar a pressão arterial em todas as pessoas que manifestam sinais ou sintomas que possam estar relacionados a ela, sejam eles mais diretos, como síncope, sangramento nasal, dores no peito e na cabeça, ou menos específicos, como dores difusas, parestesia e alterações visuais e auditivas.

É importante ter em mente que a dor ou o desconforto podem influenciar os valores da PA, e as medições feitas nessas situações devem ser interpretadas com cuidado, pois podem refletir os próprios sinais e sintomas, em vez de serem

a causa subjacente. Portanto, a abordagem adequada ao quadro clínico deve ser adotada, e se houver suspeita de hipertensão arterial sistêmica (HAS), não apenas com base em um único valor elevado, é recomendado fazer medições subsequentes para confirmar o diagnóstico.

MEDICAMENTOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO

O enfermeiro tem a autorização para renovar receitas de medicamentos por até 6 (seis) meses. Isso pode ser feito por meio de uma única receita válida por esse período ou por múltiplas receitas de durações menores, desde que o total não ultrapasse seis meses. Essa abordagem pode ser útil, especialmente se o enfermeiro desejar que o paciente seja reavaliado por ele ou outro profissional antes do prazo de seis meses.

No entanto, o enfermeiro não deve retirar da receita medicamentos de uso contínuo prescritos por um médico ou alterar a dose/posologia de medicamentos contínuos. Se houver dúvidas sobre a necessidade de uso, reações adversas ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento, o enfermeiro deve discutir o caso com o médico da equipe. Na ausência desse médico, outro profissional médico da unidade ou município deve ser consultado.

CONDIÇÕES GERAIS

O enfermeiro tem a permissão para renovar prescrições de medicamentos anti-hipertensivos, desde que atenda às seguintes condições:

- A pessoa deve possuir uma receita anterior emitida no último ano por um médico da atenção primária do município, que seja devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, em caso de programas nacionais).
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos devem ser seguidos e cumpridos.
- A pessoa não deve apresentar sinais ou sintomas que necessitem de avaliação médica imediata, indicando um problema de saúde grave.
- A pessoa que possui comorbidades ou complicações, como insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica,

neuropatias ou insuficiência renal crônica, deve ter sido avaliada por um médico nos últimos 6 meses.

- A pessoa não deve ter buscado atendimento de urgência devido a problemas relacionados à hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou diabetes mellitus (DM) desde sua última consulta médica na Atenção Primária à Saúde (APS).
- O enfermeiro, ao renovar a receita, deve realizar uma avaliação pertinente à condição da pessoa por meio de uma consulta de enfermagem e, se necessário, encaminhar para consulta médica.
- Durante a consulta, o enfermeiro deve solicitar os exames complementares de rastreio ou acompanhamento indicados para a situação clínica da pessoa, conforme a seção de exames de acompanhamento de hipertensão e rastreamento no mesmo documento.
- Durante a consulta, o enfermeiro deve verificar a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso correto dos medicamentos prescritos, incluindo dose, frequência, interações com medicamentos e alimentos, além de possíveis efeitos colaterais.
- A pessoa precisa ter uma função renal saudável, o que pode ser confirmado por meio de um exame laboratorial que demonstre um clearance de creatinina igual ou superior a 90 ml/min (calculado com a equação de Cockcroft & Gault, detalhada na seção de exames deste documento). Se não houver tal resultado no último ano, o enfermeiro é orientado a solicitar o exame e renovar a receita por um período compatível com a realização do exame laboratorial.
- Durante a consulta ou outras atividades relacionadas, o enfermeiro deve orientar e incentivar medidas não medicamentosas, como alimentação, atividade física e cessação do tabagismo, quando apropriado.
- A pessoa deve estar presente na consulta.
- A pessoa deve ser maior de 18 anos.
- No caso de problemas cognitivos da pessoa (mesmos relacionados à idade avançada), a presença de um responsável ou cuidador é necessária durante a consulta.

Obs: Alguns medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados para o controle de outras morbidades, como os betabloqueadores para arritmia cardíaca. Caso a pessoa tenha alguma outra morbidade associada que exija o

uso destes medicamentos, o enfermeiro deverá realizar consulta de enfermagem estando atento a todas as variáveis pertinentes à sua atuação profissional.

Para os efeitos deste documento será considerada a média de, pelo menos, três aferições de pressão arterial realizadas em dias e horários diferentes nos 30 dias que antecedem a consulta, podendo ser considerada a do dia da consulta como uma destas (registros realizados pela própria pessoa a partir de aferições em outros locais, que não as unidades de saúde do município, podem ser considerados). Caso, no momento da consulta, a PA esteja com diferença igual ou superior a 20 mmHg às demais medidas (sistólica ou diastólica, separadamente), realizar nova medida 15 minutos após a primeira. Permanecendo essa diferença ou caso a pessoa não possua medidas em número suficiente, renovar a receita por 15 dias e orientar o retorno com as medidas de PA. Caso, no retorno, essa diferença persista, encaminhar para avaliação terapêutica pelo médico.

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES ADICIONAIS

Alguns medicamentos podem ser combinados com anti-hipertensivos e antidiabéticos para reduzir o risco de eventos adversos, como infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC). Geralmente, esses medicamentos são recomendados para pessoas com alto risco cardiovascular (RCV).

O enfermeiro está autorizado a renovar a receita para os seguintes medicamentos, desde que a pessoa tenha um alto risco cardiovascular (calculado usando o escore de Framingham). Nos casos em que o medicamento foi prescrito para pessoas de baixo ou intermediário risco cardiovascular, a pessoa deve ser encaminhada para uma consulta médica para avaliar a necessidade de continuar com a medicação.

AAS (Ácido Acetilsalicílico) Dose máxima de 200mg/dia

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

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

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

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

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

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

CONDIÇÕES GERAIS

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

- Haja comprovação, através de documento por escrito ou registro eletrônico no prontuário do usuário, de que o mesmo possui a condição/morbidade que justifique a solicitação dos exames, conforme este documento;
- O enfermeiro encaminhe para atendimento médico usuários cujos resultados dos exames complementares solicitados estejam fora dos padrões de normalidade;

- O enfermeiro obedeça à periodicidade estipulada para cada um dos exames neste documento, não solicitando os mesmos em frequência superior ao estabelecido;
- O enfermeiro realiza uma avaliação clínica do usuário pertinente ao quadro do mesmo e conforme as evidências mais recentes, encaminhando para atendimento médico quando necessário.

EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO

Exame (cód. SIGTAP)
Dosagem de Glicose (020201047)
Dosagem de ácido úrico (202010120)
Dosagem de creatinina (0202010317)
Dosagem de colesterol total (0202010295)
Dosagem de HDL- Colesterol (0202010279)
Dosagem de triglicerídeos (0202010678)
Dosagem de potássio (0202010600)
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina (0202050017)
Eletrocardiograma (0211020036)

PERIODICIDADE DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Periodicidade da realização dos exames de acordo com a estratificação de risco			
Exames	Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
Dosagem de glicose (em jejum)	Anual	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual	Anual
Creatinina	Anual	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa ¹)	Anual	Anual	Semestral
Colesterol Total	Anual	Anual	Anual
LDL-Colesterol (cálculo ²)	Anual	Anual	Anual
HDL-Colesterol	Anual	Anual	Anual
Triglicerídeos	Anual	Anual	Anual
Potássio	Anual	Anual	Semestral, se creatinina normal
Rotina de urina	Anual	Anual	Anual
Microalbuminúria em urina de 24 hs ou			
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina	-	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

RECOMENDAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO ECOCARDIOGRAMA

- Para avaliação de possível hipertrofia de ventrículo esquerdo e estabelecimento de risco cardiovascular;
- Para hipertensos com suspeita de hipertrofia de ventrículo esquerdo, disfunções sistólica e diastólica ou doença arterial coronária;
- Não deverá ser utilizado para avaliação de regressão da massa ventricular esquerda como análise da ação terapêutica anti-hipertensiva.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

Na avaliação de pacientes hipertensos, a Estratificação do Risco Cardiovascular Global desempenha um papel fundamental para orientar o tratamento e prognóstico individuais. Além dos níveis de pressão arterial (PA), fatores de risco adicionais, danos a órgãos-alvo e doenças cardiovasculares também são considerados. É essencial medir o Risco Cardiovascular Global em cada indivíduo hipertenso, após a estratificação de risco, que realizará exames laboratoriais (SESA-PR, 2018).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE HIPERTENSO DE ACORDO COM FATORES DE RISCO ADICIONAIS, PRESENÇA DE LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO E DE DOENÇA CARDIOVASCULAR OU RENAL

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

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

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO

Sexo Masculino
Idade • Homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 65 anos
História de DCV prematura em parentes de 1º grau • Homens <55 anos ou mulheres <65 anos
Tabagismo
Dislipidemia • Colesterol total > 190 mg/dl e /ou • LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou • HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou • Triglicérides > 150 mg/dl
Resistência à insulina • Glicemia plasmática em jejum: 100 - 125 mg/dl • Teste oral de tolerância à glicose: 140 - 199 mg/dl em 2 horas • Hemoglobina glicada: 5,7 - 6,4%
Obesidade • IMC ≥ 30 kg/m ² • CA ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres
DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO

Hipertrofia ventricular esquerda • ECG: Índice Sokolow-Lyon (SV, + RV, ou RV) ≥ 35mm • ECG: RaVL > 11 mm • ECG: Cornell voltagem > 2440 mm*ms • ECO: IMVE > 115 g/m ³ nos homens ou >95 g/m ³ nas mulheres
EMI da carótida > 0,9 mm ou placa carotídea
VOP carótido-femoral > 10m/s
ITB < 0,9
Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30 - 60 mL/min/1,73m²)
Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300 mg/g
ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura mediointimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

DOENÇA CV E RENAL ESTABELECIDA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO

Doença cerebrovascular • AVE isquêmico • Hemorragia cerebral • Ataque isquêmico transitório
Doença artéria coronária • Angina estável ou instável • Infarto do miocárdio • Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica • Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada • Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores • Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30ml/min/1,73m ²) ou albuminúria > 300mg/24h • Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema
AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

RASTREAMENTO DE PROBLEMAS ASSOCIADOS A DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Detectar doenças em suas fases iniciais é uma estratégia crucial de saúde coletiva, permitindo tratamento precoce e reduzindo os impactos na saúde. Isso pode ocorrer por meio do “diagnóstico precoce”, que envolve identificar doenças em estágios iniciais, mesmo quando os sintomas já estão presentes, por meio de exames clínicos ou complementares. Outra abordagem é o “rastreamento”, que envolve a realização de exames em indivíduos assintomáticos, na fase subclínica da doença. No entanto, o rastreamento não está isento de riscos, uma vez que pode resultar em intervenções desnecessárias devido a resultados falso-positivos. Portanto, o rastreamento deve ser realizado quando os benefícios superam os riscos, respeitando as diretrizes e periodicidades recomendadas para cada exame. Enfermeiros em Centros de Saúde podem solicitar esses exames desde que cumpram as condições estabelecidas, evitando práticas ilegais e custos desnecessários ao sistema de saúde.

RISCO CARDIOVASCULAR / DISLIPIDEMIA

Todas as pessoas entre 40-75 anos ou em adultos que tenham ≥ 2 fatores de risco (tabagismo, pais/irmãos com DCV prematura - homens < 55 anos ou mulher < 65 anos, IMC ≥ 25 , circunferência abdominal > 88 cm - mulher, ou 102cm - homem, HIV).

A avaliação de RCV deve ser realizada em todas as pessoas com HAS, DM, DCV. Considere outros fatores que podem aumentar o RCV: HIV, doença mental grave, uso de antipsicóticos/corticoide, IMC > 40 . Solicite uma avaliação médica para o julgamento clínico poder ser feito e, assim, decidir sobre os tratamentos adequados.

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

Realizar a dosagem sérica (sangue) de:

- Triglicerídeos, colesterol total, HDL e LDL

ESCORE DE RISCO GLOBAL (ERG) DE FRAMINGHAM

Atribuição de pontos de acordo com o risco global, para mulheres

Pontos	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Idade em anos				30-34 anos		35-39 anos		40 - 44 anos	45 - 49 anos		50 - 54 anos	55 - 59 anos	60 - 64 anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	≥ 75 anos
HDL - C		≥ 60 mg/dL	50 a 59 mg/dL	45 a 49 mg/dL	35 a 44 mg/dL	<35 mg/dL										
Colesterol total				<160 mg/dL	160 a 199 mg/dL		200 a 239 mg/dL	240 a 279 mg/dL	≥280 mg/dL							
Pressão arterial sistólica (PAS) - não tratada	<120 mmHg			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 149 mmHg		150 a 159 mmHg	≥160 mmHg							
Pressão arterial sistólica (PAS) - tratada			<120 mmHg			120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg		140 a 149 mmHg	150 a 159 mmHg	≥160 mmHg					
Fumo				Não			Sim									
Diabetes				Não				Sim								

Risco global em 10 anos, para mulheres

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤ -2	<1	10	6,3
-1	1,0	11	7,3
0	1,2	12	8,6
1	1,5	13	10,0
2	1,7	14	11,7
3	2,0	15	13,7
4	2,4	16	15,9
5	2,5	17	18,5
6	3,3	18	21,6
7	3,9	19	24,8
8	4,5	20	28,5
9	5,3	≥21	>30

Atribuição de pontos de acordo com o risco global, para homens

Pontos	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Idade em anos			30-34 anos		35-39 anos			40 - 44 anos	45 - 49 anos	50 - 54 anos	55 - 59 anos	60 - 64 anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	≥ 75 anos			
HDL - C	≥ 60 mg/dL	50 a 59 mg/dL	45 a 49 mg/dL	35 a 44 mg/dL	<35 mg/dL													
Colesterol total			<160 mg/dL	160 a 199 mg/dL	200 a 239 mg/dL	240 a 279 mg/dL	≥280 mg/dL											
Pressão arterial sistólica (PAS) - não tratada	<120 mmHg		120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 159 mmHg	≥160 mmHg												
Pressão arterial sistólica (PAS) - tratada			<120 mmHg		120 a 129 mmHg	130 a 139 mmHg	140 a 159 mmHg	≥160 mmHg										
Fumo			Não				Sim											
Diabetes			Não			Sim												

Risco global em 10 anos, para homens

Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
≤ -3	<1	8	6,7
-2	1,1	9	7,9
-1	1,4	10	9,4
0	1,6	11	11,2
1	1,9	12	13,2
2	2,3	13	15,6
3	2,8	14	18,4
4	3,3	15	21,6
5	3,9	16	25,3
6	4,7	17	29,4
7	5,6	≥18	>30

Estratificação do risco cardiovascular



DRC: doença renal crônica (taxa de filtração glomerular < 60 mL/mn/m², não dialítica);
ER: estratificadores de risco; ERG: escore de risco global.

Estratificadores de risco (ER)

Idade > 49 anos para homens ou > 56 anos para mulheres

Duração do diabetes superior a 10 anos (válido para pacientes com início do diabetes após os 18 anos de idade)

História familiar de doença arterial coronária prematura

Presença de síndrome metabólica

Hipertensão arterial tratada ou não tratada

Tabagismo vigente

Taxa de filtração glomerular estimada abaixo de 60 mL/min/1,73 m²

Albuminúria > 30 mg/g de creatinina

Neuropatia autonômica

Retinopatia diabética

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A participação das pessoas com hipertensão e diabetes em atividades de educação em saúde, seja em sessões individuais ou em grupos, desempenha um papel inspirador ao promover o autocuidado, incentivar a adoção de mudanças no estilo de vida e fortalecer a adesão ao tratamento.

Um ensaio clínico randomizado realizado no Rio de Janeiro em 2016, que avaliou o impacto da educação em saúde no diabetes, não demonstrou diferenças estatísticas nos níveis de hemoglobina glicada e índice de massa corporal entre o grupo de controle e o grupo de intervenção. Esse resultado levanta questionamentos sobre as estratégias empregadas na “educação em saúde”. Abordagens participativas, valorização do conhecimento popular e o trabalho conjunto de equipes multiprofissionais nos grupos têm potencial para aumentar a eficácia da educação em saúde.

É essencial evitar a abordagem tradicional de “palestras”, na qual os pacientes frequentemente são obrigados a participar apenas para receber medicação. Está bem estabelecido que os pacientes têm baixa adesão a estratégias que os

colocam em um papel passivo, simplesmente recebendo instruções sobre os riscos da hipertensão.

SUGESTÕES DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO PARA A LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO:

ATENÇÃO CONTÍNUA: Atendimento individual aos usuários estratificados de risco na Atenção Primária à Saúde (APS), com elaboração de plano de cuidados interdisciplinares.

ATENÇÃO COMPARTILHADA EM GRUPO: Abordagem coletiva multiprofissional para usuários estáveis com risco semelhante, enfatizando a troca de experiências e colaboração na elaboração de planos de cuidados individualizados.

GRUPO OPERATIVO: Abordagem para mudança de hábitos em grupos específicos, com objetivos claros e mensuráveis, privilegiando a construção de vínculos e trocas de conhecimentos.

PLANO DE CUIDADO: Ferramenta para cuidado interdisciplinar que envolve usuário, atenção primária e secundária, considerando diagnóstico, terapêutica e intervenções, favorecendo a adesão e participação ativa.

AUTOCUIDADO APOIADO: Intervenção de apoio educacional que auxilia os usuários na mudança de hábitos, seguindo as etapas dos 5 A's: Avaliação, Aplicação, Aconselhamento, Acordo e Assistência.

É fundamental que o modelo de plano de cuidado seja adaptado à realidade de cada região de saúde e que o processo de educação em saúde, seja orientado pelas estratégias participativas e de empoderamento do paciente.

DIABETES MELLITUS (DM)

CLASSIFICAÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado por um conjunto de problemas metabólicos que resultam em níveis elevados de glicose no sangue. É uma doença crônica significativa que ocorre quando o pâncreas não produz insulina

suficiente ou quando o corpo não utiliza eficazmente a insulina disponível. Essa condição é dividida principalmente em três categorias: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Diabetes Mellitus gestacional, além de outras variantes menos comuns, tais como monogênicas (MODY), Diabetes Mellitus neonatal, secundário a disfunções endócrinas, secundário a doenças do pâncreas exócrino, secundário a infecções e secundário a medicamentos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2017).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) esclarece que em alguns indivíduos, o sistema imunológico ataca de forma equivocada as células beta do pâncreas. Como resultado, há uma liberação insuficiente ou nula de insulina no organismo. Isso provoca a retenção de glicose no sangue, em vez de ser utilizada como fonte de energia, caracterizando o Diabetes Mellitus tipo 1, que afeta de 5 a 10% da população total com essa condição.

O Diabetes Mellitus tipo 1 geralmente emerge durante a infância ou adolescência, mas também pode ser diagnosticado em adultos. A incidência desse tipo de diabetes é de cerca de 0,5 por 100 mil pessoas com menos de 15 anos de idade no Brasil. Notavelmente, a ocorrência de Diabetes Mellitus tipo 1 tem aumentado, especialmente na população infantil com menos de 5 anos de idade. Essa variante requer tratamento contínuo com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividade física, visando o controle dos níveis de glicose no sangue (SBD, 2018).

Por outro lado, o Diabetes Mellitus tipo 2 surge quando o organismo não consegue empregar de maneira adequada a insulina produzida ou não gera insulina suficiente para regular a glicemia. Aproximadamente 90% das pessoas com Diabetes Mellitus têm o tipo 2. Esse tipo de diabetes é mais prevalente em adultos, embora também possa ocorrer em crianças. A gravidade da condição dita a possibilidade de controlá-la com atividade física e planejamento alimentar. Em certos casos, pode ser necessário o uso de insulina e/ou outros medicamentos para gerenciar os níveis de glicose (SBD, 2018).

Durante a gravidez, as mulheres passam por alterações no equilíbrio hormonal. A placenta, por exemplo, libera hormônios que reduzem a eficácia da insulina, a qual é responsável pela captação e uso da glicose pelo corpo. Como

resposta, o pâncreas aumenta a produção de insulina para contrabalançar essa situação. Contudo, em algumas mulheres, esse processo não ocorre conforme o esperado, levando ao desenvolvimento do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), caracterizado pelo aumento dos níveis de glicose no sangue. Quando o feto fica exposto a quantidades elevadas de glicose no ambiente intrauterino, aumenta o risco de crescimento excessivo (macrossomia fetal), partos complicados, hipoglicemia neonatal e, potencialmente, obesidade e Diabetes Mellitus na vida adulta. O DMG também é um fator de risco para o surgimento de Diabetes Mellitus posteriormente (SBD, 2018).

Apenas cerca de 30% das pessoas com Diabetes Mellitus apresentam sintomas evidentes, enquanto a maioria permanece assintomática durante anos. Os sinais clássicos da doença que levantam suspeitas incluem poliúria (micção frequente), polidipsia (sede excessiva), polifagia (aumento do apetite) e perda inexplicável de peso. Embora esses sintomas possam estar presentes no Diabetes Mellitus tipo 2, eles tendem a ser mais pronunciados no Diabetes Mellitus tipo 1, podendo progredir para um estado de cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente sob situações de estresse agudo. Sintomas mais sutis, como coceira, visão embaçada e fadiga, também podem estar presentes.

No caso do Diabetes Mellitus tipo 2, o início da doença é gradual e insidioso. Frequentemente, a suspeita da condição surge quando complicações tardias se manifestam, como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica e doença arterial, ou mesmo quando ocorrem infecções de repetição. Mesmo quando a presença de Diabetes Mellitus é confirmada por testes laboratoriais, o diagnóstico clínico pode ser retardado por anos, devido à oligosintomatologia predominante na maioria dos casos. Portanto, o rastreamento é essencial na presença de fatores de risco.

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES DE MELLITUS

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

- Idade entre 40-70 anos, hipertensão, doença cardiovascular (DCV), sedentarismo, histórico familiar de diabetes em pais ou irmãos, etnia de alto risco (Asiática, Hispânica e Africana), história prévia de diabetes gestacional ou bebê grande (> 4,5 Kg), história prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada, síndrome do ovário policístico ou HIV.
- O diagnóstico baseia-se na avaliação laboratorial de hiperglicemia, a partir da solicitação de exame glicemia de jejum (GJ), hemoglobina glicada (HbA1c) e/ou Teste oral de tolerância à glicose 75 g (TOTG), cujos parâmetros e condutas relacionadas são descritos no quadro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

CRITÉRIOS LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO DE NORMOGLICÊMICA, PRÉ-DIABETES E DM

	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicemia ao acaso (mg/dL)	HbA1c (%)
Normoglicemia	< 100	< 140	-	<5,7
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM*	≥ 100 e < 126	≥ 140 e < 200	-	≥ 5,7 e < 6,5
Diabetes estabelecido**	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas clássicos de hiperglicemia	≥ 6,5

*Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.

**Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes. Se a segunda medida apresentar níveis abaixo do limiar diagnóstico, repetir a coleta em 3 a 6 meses.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019.

MEDICAMENTOS E INSUMOS PASSÍVEIS DE RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO PELO ENFERMEIRO

O enfermeiro poderá renovar as receitas de medicamentos por um período de até 6 (seis) meses, quer seja através de uma única receita com duração deste tempo, ou através de múltiplas receitas com durações menores (contanto que a soma não ultrapasse os seis meses). Esta estratégia pode ser particularmente útil caso o enfermeiro queira que a pessoa volte para reavaliação por ele ou qualquer outro profissional antes de seis meses.

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

CONDIÇÕES GERAIS

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

- A pessoa possua receita prévia emitida por médico da atenção primária do município devidamente credenciado no respectivo conselho (ou registros especiais, no caso de programas nacionais);
- Os critérios específicos para cada conjunto de medicamentos sejam observados e cumpridos;
- A pessoa não apresente sinais/sintomas ou demandas que exigem avaliação médica imediata (sinais/sintomas que indiquem algum problema de saúde grave);
- Se a pessoa tiver qualquer das seguintes comorbidades ou complicações, tenha sido avaliado por médico(a) pelo menos nos últimos 6 meses: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, doença arterial periférica, nefropatias, insuficiência renal crônica;
- O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, conjuntamente à renovação da receita de medicamentos, realize avaliação da pessoa, de maneira pertinente ao quadro, através de consulta de enfermagem e, caso seja necessário, encaminhar para consulta médica;
- O enfermeiro, no momento da consulta, solicite os exames complementares (de rastreio ou acompanhamento) indicados para a situação clínica da pessoa atendida;
- O enfermeiro, no momento da consulta, cheque a adesão e os conhecimentos do usuário sobre o uso dos medicamentos prescritos e reforce as orientações de

uso correto dos mesmos, incluindo orientações sobre dose, frequência de uso, interações medicamentosas e com alimentos, e possíveis efeitos colaterais;

- A pessoa deve ter função renal preservada, comprovada através de registro no prontuário de resultado de exame laboratorial com Clearance de creatinina maior ou igual a 90 ml/min (calculada a partir da equação de Cockcroft & Gault, detalhada na seção de exames deste capítulo);
- O enfermeiro, no momento da consulta ou outra atividade relacionada, oriente e incentive medidas não medicamentosas, como alimentação, atividade física etc. para o controle da doença de base, quando pertinente;
- A pessoa esteja presente na consulta;
- A pessoa seja maior de 18 anos;
- A última dosagem de HbA1C seja menor que 7,5% e tenha sido realizada em um intervalo igual ou inferior a sete meses (seis meses recomendados mais 30 dias de tolerância) da última consulta;
- A pessoa esteja com valores de pressão arterial iguais ou menores aos estipulados abaixo (independentemente da idade):
 - Pessoas com retinopatia: 130/80 mmHg;
 - Pessoas sem retinopatia: 140/80 mmHg.

Para os efeitos deste documento, será considerada a média de três aferições de pressão arterial realizadas em dias e horários diferentes nos 30 dias que antecedem a consulta, podendo ser considerada a do dia da consulta como uma destas (registros realizados pela própria pessoa a partir de aferições em outros locais, que não as unidades de saúde do município, podem ser considerados). Caso, no momento da consulta, a PA esteja com diferença igual ou superior a 20 mmHg às demais medidas (sistólica ou diastólica, separadamente), realizar nova medida 15 minutos após a primeira. Permanecendo essa diferença ou caso a pessoa não possua medidas em número suficiente, renovar a receita por 15 dias e orientar o retorno com as medidas de PA. Caso, no retorno, essa diferença persistir, encaminhar para avaliação terapêutica pelo médico.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Risco baixo	Risco médio	Risco alto
Pessoa com pré-diabetes (glicemia de jejum alterada e tolerância diminuída à glicose)	Pessoa com DM2 e: Controle metabólico e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas	Pessoa com DM1 ou Pessoa com DM2 e: Controle metabólico e pressórico inadequados ou Controle metabólico e pressórico adequados + internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas
Classificação do controle metabólico		
Bom	hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (considerar $\leq 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)	
Regular	hemoglobina glicada $> 7\%$ e $< 9\%$	
Ruim	hemoglobina glicada $\geq 9\%$	
Classificação de controle pressórico inadequado		
Pressão arterial	$> 130/80$ mmHg	
Internação por complicação aguda		
Hipoglicemia Cetoacidose Síndrome hiperosmolar não cetótica		
Complicação crônica		
Microangiopatia	Retinopatia diabética Doença renal diabética Insuficiência renal crônica Neuropatia Diabética Pé diabético Neuropatia sensitivo-motora	
Macroangiopatia	Doença arterial coronariana Acidente vascular encefálico Doença vascular periférica	

Vale ressaltar que o idoso diabético (indivíduo acima de 60 anos) deve ter o seu risco de fragilidade estratificado conforme a Linha Guia do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde.

RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE INDICADA PARA CONSULTAS NA APS, SEGUNDO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Risco	Consulta		
	Médico	Enfermeiro	Dentista
Risco Baixo	Anual (1x/ano)	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Médio	Semestral (2x/ano)	Quadrimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)
Risco Alto	Quadrimestral (3x/ano)	Trimestral (4x/ano)	Anual (1x/ano)

LISTA DE EXAMES COMPLEMENTARES

Exame (cód. SIGTAP)
Dosagem de Glicose (020201047)
Dosagem de hemoglobina glicada (202010503)
Dosagem de creatinina (0202010317)
Dosagem de colesterol total (0202010295)
Dosagem de HDL- Colesterol (0202010279)
Dosagem de triglicerídeos (0202010678)
Dosagem de potássio (0202010600)
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina (0202050017)
Eletrocardiograma (0211020036)

- Para acompanhamento, os parâmetros observados são os da HbA1C (hemoglobina glicada).
- Evite determinar metas numéricas em relação aos valores de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. O resultado deve ser analisado através do cálculo do RCV.
- HBA1C: Almeja uma meta maior de HBA1C se > 65 anos, expectativa de vida limitada, DCV confirmada, episódios de hipoglicemia, controle glicêmico difícil.

MONITORIZAÇÃO ADEQUADA DE GLICEMIA CAPILAR

Para as pessoas que fazem uso de insulina como adjuvante para manter os níveis de glicemia adequados, é fundamental o controle glicêmico diário, visto a maior possibilidade de ocorrer hipoglicemia. De maneira geral, indica-se a verificação da glicemia capilar antes das refeições, ocasionalmente após as refeições e ao deitar, antes de se exercitar e antes de qualquer tarefa durante a qual a hipoglicemia possa causar danos à pessoa ou outrem.

VALORES ADEQUADOS PARA GLICEMIA CAPILAR EM ADULTOS (EXCETO GESTANTES)

Momento	Valor da glicemia
Jejum	80 -130
Pós-prandial	< 180

Adaptado de Dynamed e BMJ

HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia é reconhecida como o efeito adverso mais frequente associado à administração de insulina. Ela se manifesta quando os níveis de glicose no sangue atingem ≤ 70 mg/dl, o que coloca a pessoa em um potencial estado de perigo.

Os principais indicadores incluem: batimentos cardíacos acelerados, palidez, ritmo cardíaco acelerado, dificuldade de articulação, tremores, sensação de ansiedade, transpiração excessiva, sensação de fome, formigamentos, visão desfocada, irritabilidade, alterações comportamentais, fadiga, confusão, convulsões e até mesmo perda de consciência.

CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO EPISÓDIO DE HIPOGLICEMIA

Valor da glicemia

<50mg/dL >69 mg/dL e/ou consciente

Se a pessoa estiver consciente e conseguir deglutir sem comprometimento das vias aéreas:

- Ofertar 15-20g de carboidratos simples (uma colher de sopa de açúcar dissolvida em água, uma colher de sopa de mel, um copo de 200ml de refrigerante comum não diet, um copo de suco de laranja integral);
- Verificar a glicose novamente em 15 minutos;
- Se continuar abaixo de 70 mg/dl, ofertar o carboidrato simples novamente;
- Assim que glicemia estiver > 70 mg/dl, fazer um pequeno lanche
- Após episódios de hipoglicemia, aguardar de 45 a 60 minutos para atividades que exijam atenção, como dirigir;

- Revisar uso dos medicamentos e alimentação.

< 50mg/dL e/ou inconsciente

Se a pessoa estiver inconsciente e/ou não conseguir deglutir por risco de comprometimento das vias aéreas, realizar interconsulta com médico(a).

A conduta recomendada é: Enfermeiro:

- Puncionar acesso venoso (Enfermeiro/Técnico);
- Instalar Soro Glicosado 5%, para manter acesso venoso;
- Manter a pessoa em decúbito lateral para evitar broncoaspiração;
- Fornecer alimentos assim que possa comer com segurança;
- Realizar encaminhamento/investigação, se necessário.
- Se recuperação incompleta, manter Soro Glicosado 5% 1L EV a cada 6 horas;
- Para prescrição de glicose 50% (25mL em 1-3 min), realizar interconsulta com o médico.
- Realizar encaminhamento/investigação, se necessário.

Fonte: adaptado de BMJ, Dynamed e Sociedade Brasileira de Diabetes

ENCAMINHAMENTO PARA OFTALMOLOGISTA

No diagnóstico e anualmente, o enfermeiro poderá encaminhar a pessoa com DM para avaliação com oftalmologista para realização de exame de fundo de olho.

Avaliação do Pé Diabético

O objetivo é a prevenção de úlceras e amputações de extremidades através do monitoramento do conjunto de fatores de risco, periodicamente.

Alimentação

No tratamento do diabetes, a terapia nutricional desempenha um papel essencial, podendo reduzir os níveis de hemoglobina glicada em 1-2%. Essa abordagem segue os mesmos princípios fundamentais de uma alimentação saudável (consulte as diretrizes para profissionais de saúde e famílias no Guia

Alimentar Para a População Brasileira, que promove hábitos alimentares saudáveis). Esses princípios incluem:

- A ingestão de energia deve ser adequada à atividade física dividida em 5 a 6 refeições ou lanches diários.
- A ingestão diária de carboidratos deve compreender de 50% a 60%, com a maioria na forma complexa. Portanto, os pacientes são encorajados a consumir alimentos ricos em fibras, como frutas, vegetais, legumes, feijões e cereais integrais.
- A ingestão diária de gorduras não deve exceder 30%, com menos de um terço sendo ácidos graxos saturados; o consumo de colesterol não deve ultrapassar 300 mg/dia.
- Alimentos contendo sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para evitar oscilações significativas nos níveis de glicose. Se consumidos, a quantidade diária deve ficar entre 20 a 30g de açúcar, substituindo outros carboidratos para evitar aumento excessivo de calorias. A intenção não é encorajar o consumo de doces, mas sim auxiliar os pacientes a consumi-los de maneira que não afete negativamente sua saúde.
- A ingestão de álcool, quando permitida, deve ser moderada e preferencialmente durante as refeições. O limite diário recomendado é de uma a duas doses, ou seja, 10-20g de álcool por dia. Um copo de vinho (90 ml) equivale a 1,1 dose, uma lata de cerveja (350ml) a 1,7 doses e uma dose de destilado (35 ml) contém 2 doses de álcool. Indivíduos com hipertrigliceridemia ou controle metabólico inadequado não devem consumir álcool.
- O uso moderado de adoçantes não calóricos (ciclamate, sucralose, sacarina, aspartame, acesulfame e estévia) é seguro quando consumido em quantidades apropriadas. Alimentos dietéticos podem ser recomendados, mas é importante considerar o conteúdo calórico e nutricional. Alimentos dietéticos podem não conter sacarose quando destinados a indivíduos diabéticos, mas ainda podem ter alto valor calórico devido ao teor de gorduras ou outros componentes. Alimentos light têm menor valor calórico em comparação com os alimentos convencionais. Refrigerantes dietéticos e gelatinas têm praticamente nenhum valor calórico e podem ser consumidos. Por outro lado, chocolates, sorvetes e alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando

dietéticos, possuem alto teor calórico e seu consumo não é recomendado. Adoçantes calóricos, como a frutose (por exemplo, mel), devem ser usados com moderação, respeitando as restrições indicadas na orientação dietética.

- Aproximadamente 80% dos pacientes recém-diagnosticados com diabetes são obesos. Para eles, as estratégias de controle de peso são ainda mais essenciais. (Consulte o Caderno de Atenção Básica nº 12 - Obesidade).

Alguns pontos importantes incluem:

- A perda de peso é recomendada para todos os pacientes com sobrepeso ou obesidade.
- A abordagem inicial para alcançar a perda de peso envolve mudanças no estilo de vida, incluindo não apenas a redução da ingestão calórica, mas também o aumento da atividade física. É relevante destacar que perdas moderadas de peso na faixa de 5% a 10% têm benefícios metabólicos significativos.
- A dieta deve apresentar uma redução de 500 a 1.000 kcal do valor energético diário estimado, o que permite uma perda de peso de 0,5 a 1 kg por semana. Para a maioria dos pacientes, a perda de peso pode ser alcançada com uma dieta de 1.000-1.200 kcal/dia (para mulheres) e 1.200-1.600 kcal/dia (para homens).

Pacientes que enfrentam dificuldades para emagrecer podem precisar de apoio emocional adicional ou orientação nutricional mais personalizada para superar os desafios da mudança de estilo de vida.

Pacientes que usam insulina devem procurar manter um padrão alimentar relativamente constante a cada dia, incluindo o consumo total de energia, a quantidade de carboidratos e a distribuição em diferentes refeições.

ATIVIDADE FÍSICA NO DIABETES

A prática regular de atividade física é recomendada para todos os pacientes com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a dependência de medicamentos hipoglicemiantes, auxilia na perda de peso para pacientes obesos, diminui os riscos de doenças cardiovasculares e contribui para uma melhor qualidade de vida. Portanto, a promoção da atividade física é prioritária.

A orientação de exercícios segue princípios semelhantes aos de adultos saudáveis, com algumas considerações específicas (SESA-PR, 2018):

- O início dos exercícios deve ser gradual, como caminhadas de 5 a 10 minutos em terreno plano, aumentando semanalmente até atingir de 30 a 60 minutos diários, de 5 a 7 dias por semana. Cada incremento na atividade física deve ser visto como uma melhora na saúde, não como uma meta inatingível.
- Use calçados confortáveis para evitar desconfortos como bolhas e calos.
- A intensidade do exercício deve aumentar progressivamente, buscando uma intensidade moderada (60 a 80% da frequência cardíaca máxima). Um guia prático é usar o teste da fala: a intensidade é leve quando é possível cantar, moderada quando é possível conversar confortavelmente e intensa quando a respiração ofegante limita a conversa.
- Indivíduos com perda significativa de sensibilidade nos pés devem evitar caminhar em terrenos irregulares e optar por exercícios como natação, ciclismo, remo e atividades realizadas sentados. Pacientes com retinopatia proliferativa recente ou não tratada devem evitar exercícios que aumentem a pressão intra-abdominal ou envolvam movimentos bruscos da cabeça ou riscos de lesões oculares.
- Antes de iniciar exercícios vigorosos, é importante descartar complicações como retinopatia proliferativa, neuropatia autonômica e doença cardíaca significativa. Indivíduos com risco cardiovascular acima de 10% em 10 anos ou com sintomas de neuropatia autonômica devem ser encaminhados a um cardiologista para orientação.
- Atividades que o paciente goste, como caminhar e dançar, devem ser encorajadas, especialmente quando programas estruturados não estão disponíveis.

COFINANCIAMENTO FEDERAL

Programa de Incentivo às Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde, com base nos recursos federais oriundos do Componente Qualidade.

O Programa de Incentivo às Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde, com base nos recursos federais oriundos do Componente Qualidade da Portaria

GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que instituiu a nova metodologia para o cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta do Incentivo às Boas Práticas na Atenção Primária à Saúde está centrada na compreensão de que melhorar os resultados da APS depende da atuação comprometida, contínua e qualificada dos trabalhadores do SUS, e que o incentivo financeiro, quando vinculado ao desempenho, é capaz de impulsionar transformações positivas no processo de trabalho e no cuidado ofertado à população.

CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO

A qualidade do cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais é medida por meio dos indicadores definidos no cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde, cuja avaliação obedece aos níveis de desempenho descritos no anexo III da Portaria supracitada:

VALORES REPASSADOS NO COMPONENTE DE QUALIDADE PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF), EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (eSB), EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS (eMulti) E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (eAP).

Equipe	Modalidade	Nº equipes implantadas	Classificação no Componente Qualidade			
			Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	40h	28	R\$ 8.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 2.000,00
e-Multi	Ampliada	1	R\$ 9.000,00	R\$ 6.750,00	R\$ 4.500,00	R\$ 2.250,00
e-Multi	Complementar	1	R\$ 6.000,00	R\$ 4.500,00	R\$ 3.000,00	R\$ 1.500,00
e-SB	I – Comum	9	R\$ 2.449,00	R\$ 1.836,75	R\$ 1.224,50	R\$ 612,25

Fonte: Portaria 3493/2024

Caberá ao Ministério da Saúde a realização do cálculo dos indicadores para a transferência do incentivo financeiro do componente de qualidade e a disponibilização dos resultados por meio de sistema de informação. A classificação de cada equipe nesses níveis determina o repasse financeiro feito ao município.

Unidade de Saúde Exemplo

Número de profissionais eSF: 8

Número de profissionais eSB: 02

Número de profissionais e-multi ampliada: 5

Número de profissionais e-multi complementar: 6

Tipo Equipe	Nº Prof.	Nível de desempenho							
		Ótimo	Valor por prof.	Bom	Valor por prof.	Suficiente	Valor por prof.	Regular	Valor por prof.
ESF	8	8.000,00	1.000,00	6.000,00	750,00	4.000,00	500,00	2.000,00	250,00
ESB	2	2.449,00	1.224,50	1.836,75	918,35	1.224,50	612,25	612,25	306,10
E-multi ampliada	5	9.000,00	1.800,00	6.750,00	1.350,00	4.500,00	900,00	2.250,00	450,00
E-multi complementar	6	6.000,00	1.000,00	4.500,00	750,00	3.000,00	500,00	1.500,00	250,00

Conforme definido na Portaria 3493/2024, os valores provenientes do componente qualidade serão repassados mensalmente ao município com recálculo quadrimestral conforme desempenho das equipes.

INDICADORES

Os Indicadores Estratégicos da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Fazenda Rio Grande constitui-se como uma ferramenta de gestão que reúne os principais dados e metas assistenciais e epidemiológicas, com o objetivo de apoiar o monitoramento e a avaliação das políticas públicas de saúde no território e está atualizado conforme os indicadores de qualidade propostos pela Portaria do Ministério da Saúde, Componente Qualidade da Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que instituiu a nova metodologia para o cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

INDICADOR: TAXA CONSULTAS PARA PESSOAS COM A CONDIÇÃO “HIPERTENSÃO ARTERIAL”

RELEVÂNCIA	Monitorar o acompanhamento das condições crônicas. Revela o resultado das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoces.
OBJETIVOS	Ampliar e qualificar a resolutividade da APS, reduzindo taxas de morbimortalidade.
RESULTADO 2024	20%
META	50% (previne)
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de hipertensos acompanhados/Nº de hipertensos diagnosticados* 100.
POLARIDADE	(X) Quanto maior, melhor () Quanto menor, melhor
MONITORAMENTO	Mensal
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Rede de Crônicos

INDICADOR: TAXA CONSULTAS PARA PESSOAS COM A CONDIÇÃO “DIABETES”

RELEVÂNCIA	Monitorar o acompanhamento das condições crônicas. Revela o resultado das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoces.
OBJETIVOS	Ampliar e qualificar a resolutividade da APS, reduzindo taxas de morbimortalidade.
RESULTADO 2024	24%
META	50% (previne)
MÉTODO DE CÁLCULO	Nº de diabéticos acompanhados/Nº de diabéticos diagnosticados* 100.
POLARIDADE	(X) Quanto maior, melhor () Quanto menor, melhor

MONITORAMENTO	Mensal
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO	Rede de Crônicos

CÁLCULO SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Cuidados da pessoa com hipertensão

São considerados boas como boas práticas avaliadas neste indicador:

1 – Ter realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses.

Pontuação: 0,25

2 – Ter pelo menos o registro de 01 aferição da pressão arterial, realizado nos últimos 6 meses.

Pontuação: 0,25

3 – Ter pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses.

Pontuação: 0,25

4 – Ter realizado pelo menos 01 registro de peso e altura, nos últimos 12 meses.

Pontuação: 0,25

Meta 2022: 50%

Cuidados da pessoa com Diabetes

São considerados boas como boas práticas avaliadas neste indicador:

1 – Ter realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses.

Pontuação: 0,20

2 – Ter pelo menos o registro de 01 aferição da pressão arterial, realizado nos últimos 6 meses.

Pontuação: 0,15

3 – Ter pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses.

Pontuação: 0,20

4 – Ter realizado pelo menos 01 registro de peso e altura, nos últimos 12 meses.

Pontuação: 0,15

5 – Ter pelo menos 01 registro de Hemoglobina Glicada, solicitada ou avaliada, nos últimos 12 meses.

Pontuação: 0,15

6 – Ter pelo menos 01 registro de avaliação dos pés, realizada nos últimos 15 meses.

Pontuação: 0,15

Meta: 50%

A Atenção Primária municipal está organizada em nove eixos temáticos — Demografia e Condições de Saúde, Qualificação da Gestão, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher e Rede Materno-infantil, Saúde Mental, Rede de Crônicos e Pessoa Idosa, Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola e Assistência Farmacêutica — o documento apresenta 35 indicadores estratégicos, com metodologias de cálculo, metas pactuadas, periodicidade de monitoramento e responsáveis por sua execução, deste modo, este protocolo vem em consonância com a realidade municipal e formulando estratégias para alcançar as metas proposta pelo Ministério da Saúde.

ESTRATÉGIAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DE FAZENDA RIO GRANDE

Planejamento de estratégias

Avaliação da Situação Atual:

- Realizar uma análise da situação atual do território para entender o percentual de pessoas com hipertensão que estão passando por consultas e aferição da pressão arterial nos últimos seis meses.
- Identificar as barreiras existentes que podem estar impedindo o alcance da meta.

Engajamento da Comunidade:

- Realizar campanhas de conscientização sobre a importância do controle da pressão arterial.
- Organizar eventos comunitários, workshops ou palestras para educar a população sobre os riscos associados à hipertensão/diabetes e a necessidade de monitoramento regular.

Educação em Saúde:

- Fornecer informações educativas sobre a hipertensão/diabetes, os benefícios do controle e a necessidade de consultas regulares.
- Disponibilizar materiais impressos ou digitais informativos na UBS, escolas, locais de trabalho e outros espaços públicos do território.

Agendamento de Consultas:

- Implementar um sistema de “agenda reserva”, utilizando estratégias que possam abranger a população alvo, exemplos HiperDia e favorecimento de consulta semestral multidisciplinar.
- Facilitar o agendamento, tornando-o acessível e conveniente para os pacientes, principalmente população em atividade laboral e com barreiras de horários para marcação de consulta devido ao trabalho.

Integração de Serviços:

- Integrar o monitoramento da pressão arterial periódico em outras consultas além das médicas para otimizar o tempo e os recursos.
- Facilitar a colaboração entre profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, aux/tec de enfermagem e ACS, para garantir uma abordagem holística no cuidado à hipertensão e Diabetes.

Capacitação de Profissionais de Saúde:

- Fornecer treinamento contínuo aos profissionais de saúde sobre as diretrizes mais recentes para o manejo da hipertensão e diabetes.
- Incentivar abordagens centradas no paciente para promover um ambiente de cuidado mais personalizado.

Monitoramento e Feedback Contínuos:

- Estabelecer um sistema de monitoramento contínuo para avaliar o progresso em direção à meta.
- Realizar revisões regulares para identificar desafios e ajustar a estratégia conforme necessário.
- Utilização do Sistema Radar para realização de busca ativa, controle e monitoramento das metas e acompanhamento dos pacientes cadastrados.

Incentivos para a Adesão ao Tratamento:

- Introduzir programas de incentivo para pacientes que aderem regularmente às consultas e ao monitoramento da pressão arterial. Exemplo grupos de atividade física, grupos de caminhada e grupo HiperDia.

Parcerias com Organizações Locais:

- Estabelecer parcerias com organizações locais, como farmácias, escolas e empresas, para ampliar o alcance da campanha e facilitar o monitoramento da pressão arterial.

Feedback e Reconhecimento:

- Fornecer feedback positivo aos pacientes que alcançam ou superam a meta de participação.
- Reconhecer publicamente os esforços dos profissionais de saúde e da comunidade em trabalhar juntos para melhorar a saúde cardiovascular.

ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO

- 1- Anexar Cartão Monitoramento de aferição de PA e Glicemia Capilar no receituário
- 2- Utilizar Cartão Monitoramento de aferição de PA e Glicemia Capilar para todos os pacientes em radar de HAS/DM
- 3- Estabelecer monitoramento periódico de PA, glicemia capilar, exames periódicos e consultas
- 4- Vincular a distribuição de medicação com monitoramento de PA, glicemia capilar, exames e consulta.
- 5- Todas as receitas de HAS/DM devem ter prazo máximo de 06 meses.
- 6- Instituir o registro de peso e altura na triagem e nos Programas HiperDia.
- 7- Monitorar e acompanhar a periodicidade da visita domiciliar do ACS para Hipertensos e Diabéticos.
- 8- Implementar a avaliação dos pés nas consultas de todos os Diabéticos.

PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES				
CARTÃO DE MONITORAMENTO				
PRESSÃO ARTERIAL E DA GLICEMIA CAPILAR				
NOME:				
NASC. / /		CNS:		
	MÊS / ANO	MÊS / ANO	MÊS / ANO	MÊS / ANO
CONSULTA				
PEDIDO DE EXAMES				
ESTRATIFICAÇÃO				
DIABETES	<input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO <input type="checkbox"/> ALTO			
HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> BAIXO <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MUITO ALTO			
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> QUADRIMESTRAL <input type="checkbox"/> BIMESTRAL			
MÊS	GLICEMIA (MG/DL)	PRESSÃO ARTERIAL	OBSERVAÇÃO	PROFISSIONAL
JULHO				
AGOSTO				
SETEMBRO				
OUTUBRO				
NOVEMBRO				
DEZEMBRO				
JANEIRO				
FEVEREIRO				
MARÇO				
ABRIL				
MAIO				
JUNHO				

A implementação dessas estratégias requer uma abordagem multidisciplinar e uma forte colaboração entre profissionais de saúde, autoridades locais e a comunidade. O monitoramento constante e a prontidão para ajustar a estratégia com base nos resultados serão essenciais para o sucesso a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 jun.1987.
- 2- BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jun., 1986.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1189-8 1. Hipertensão. 2. Pressão arterial. 3. Saúde pública. 4. SUS (BR) I. Título. II. Série
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 set. 2017
- 5- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Rio de Janeiro: Cofen, 2009.
- 6- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Protocolos de Enfermagem da Atenção Primária. Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a Doenças Cardiovasculares, vol.1. Prefeitura Municipal de Florianópolis, agosto 2017.
- 7- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017. Vários autores.

- Vários coordenadores. ISBN: 978-85-93746-02-4 1. Diabetes Mellitus. 2. Diabetes Estudo de casos. 3. Diabetes Mellitus I.
- 8- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. International Classification for Nursing Practice: ICNP [internet] 2019.
- 9- MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
- 10-PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I Linha guia de diabetes mellitus / SAS. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018. 52p. : il. color. ISBN 978-85-66800-15-9 1. Diabetes mellitus.
- 11-PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I Linha guia de hipertensão arterial / SAS. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018. 52p. : il. color. ISBN 978-85-66800-16-6 1. Hipertensão.
- 12-PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html>