

CUIDANDO DE TODOS: DCNT

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Protocolo Clínico Prático para
o Tratamento de Hipertensão Arterial
e Diabetes Mellitus



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE



APOIO

**BETTER HEARTS
BETTER CITIES**
Cuidando do seu coração



1. ATRIBUIÇÕES MÉDICAS

- 1.1 Realizar a Abordagem Integral ao usuário em qualquer oportunidade e em qualquer atividade de promoção, prevenção e consultas das DCNT. Estratificar riscos. Todas as orientações devem ser enfaticamente repetidas durante as consultas.
- 1.2 Listar todo paciente diagnosticado com uma DCNT e encaminhar ao final do período para a enfermagem para que seja agendado o Atendimento em Grupo de DCNT (AG DCNT), o MPA, a consulta de enfermagem. Anotar tudo no prontuário. Pacientes de risco devem ser acompanhados em visitas frequentes pelos ACS.
- 1.3 Fazer o PAP, pactuando junto com o paciente na consulta inicial e repactuar nos retornos. Anotar no prontuário o que foi pactuado e entregar o PAP prescrito ao paciente. Supervisionar e acompanhar o PAP (MEV, FR e adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso).
- 1.4 Planejar e intercalar junto à enfermagem o MPA semanal até um mês após a normalização da PA, as consultas com enfermeiro, o Atendimento em Grupo para MEV e outros.
- 1.5 O médico poderá solicitar o apoio da equipe de enfermagem para MPA para auxiliar na confirmação de valor de PA em condições de menos estresse (Hipertensão do Avental Branco). O trabalho é feito em equipe, os resultados do MPA e outros procedimentos feitos pela enfermagem devem ser informados ao médico para que seja utilizado nas consultas. O médico deve aferir a PA em todas as consultas.
- 1.6 Agendar consulta de retorno médico em até 30 a 60 dias dependendo do risco, para avaliação das condutas.
- 1.7 Consultas na área de abrangência fazem parte das ações médicas preencher o registro de atendimento tardio do sistema de informação (e-SUS).

2. FLUXO DE CUIDADO CONTINUADO A PARTIR DA CONSULTA MÉDICA INICIAL DE CIDADÃO COM PA ≥ 140/90 mmHg

*I. CONSULTA INICIAL COM MÉDICO INTEGRAL – ABORDAGEM INTEGRAL

1. Fazer e pactuar PAP junto com o paciente, anotar no prontuário e entregar ao paciente;
2. Prescrever MPA (enfermagem): pra todos os pacientes com PA ≥ 140/90 mmHg durante consulta;
3. Iniciar estratificação segundo os fatores de risco;
4. Enviar lista de paciente com diagnóstico de DCNT para enfermagem (procedimentos, MPA, AG DCNT);
 5. Se PA estiver muito alta e/ou condições de risco: MPA e condutas imediatas;
6. Agendar retorno em consulta médica: 30 a 60 dias (baixo e médio risco) e em até 30 dias (alto risco)

*II. GESTÃO DO CUIDADO CONTINUADO: EQUIPE DE SAÚDE

1. Atendimento em grupo de DCNT na 1ª ou 2ª semana;
2. Enfermagem I Auxiliar de Enfermagem: MPA semanal até 1 mês após normalizar a PA;
3. Supervisionar, controlar e orientar fluxos, FR, PAP, MEV sempre;
4. Enfermagem: Se HA estágio 3 ou alto risco, iniciar de imediato MPA, IMC, CA e registrar em prontuário;
5. MPA, IMC, CA, procedimentos para DCNT: equipe de saúde (VD, busca ativa, rastreamento e rotina);
6. Pacientes com Fatores de Risco importantes e/ou com DCNT devem ser acompanhados em VD continuamente. Pacientes de risco devem ser visitados uma ou mais vezes ao mês, dependendo da avaliação.

*III. CONSULTA DE RETORNO COM MÉDICO – ABORDAGEM INTEGRAL

1. Avaliar condutas, exames, repactuar PAP (MEV/FR), receber resultados de MPA e procedimentos/enfermagem
2. Ratificar o diagnóstico, confirmar suspeita ou fechar diagnóstico;
3. Estratificar risco;

*IV. Se HA Estágio 1 [PAS 140 - 159 mmHg ou PAD 90 - 99 mmHg] sem FR ou Risco Baixo

- Agendar consultas integrais de retornos médico entre 30 e 60 dias, conforme avaliação;
- Agendar e passar por consulta de enfermagem entre 30 e 60 dias.

*V. Se HA Estágio 2 [PAS 160 - 179 mmHg ou PAD 100 - 109 mmHg] ou Risco Moderado

- Avaliar risco;
- Agendar consultas integrais de retornos médico entre 30 e 60 dias, conforme avaliação;
- Agendar e passar por consulta de enfermagem entre 30 e 60 dias.

*VI. Se HA Estágio 3 [PAS ≤ 180 mmHg ou PAD ≤ 110 mmHg] ou Risco Alto

- Intervenção imediata ou avaliar o risco;
- Agendar consultas integrais de retornos médico entre 30 e 60 dias, conforme avaliação;
- Agendar e passar por consulta de enfermagem entre 30 e 60 dias.

SIM HA | PA está controlada?

SIM

NÃO

NÃO

*VII. Gestão do Cuidado Continuado Anual

- Intensificar promoção e prevenção (FR, MEV, PAP);
- Intercalar:**
- Aux. de enfermagem I equipe: MPA 6x ao ano;
- Consulta com Enfermeiro: 1x ao ano;
- Consulta com Médico: 1x ao ano.

Reavaliar condutas e gestão do cuidado:
Fluxo *IV.

SIM HA | PA está controlada?

SIM

NÃO

*VII. Gestão do Cuidado Continuado Anual

- Intensificar promoção e prevenção (FR, MEV, PAP);
- Intercalar:**
- Auxiliar de enfermagem I equipe: MPA 6x ao ano;
 - Consulta com Enfermeiro: 2x ao ano;
 - Consulta com Médico: 2x ao ano.

*IX. Consultas Médicas de Retorno

- Rever FR, MEV, PAP, tratamento, alterações das doses, troca de medicações, associações até o limite para atingir a meta;
- A cada modificação medicamentosa em consulta médica: **Fluxo *VI.**

SIM *X. Esgotada as opções nos vários retornos médico: PA | está controlada?

SIM

NÃO

*XI. Referência para especialista | AE e Contrarreferência para UBS

a equipe da UBS acompanha o cuidado e agenda consulta médica de retorno na UBS: **Fluxo *VI.**

3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO, SEGUNDO OS FATORES DE RISCO E OS ESTÁGIOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

	PAS 130 - 139mmHg ou PAD 85 - 89mmHg	HA Estágio 01 PAS 140 - 159mmHg ou PAD 90 - 99mmHg	HA Estágio 02 PAS 160 - 179mmHg ou PAD 100 - 109mmHg	HA Estágio 03 PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110mmHg
Sem fator de risco	sem risco adicional	risco baixo	risco moderado	risco alto
1 a 2 fatores de risco	risco baixo	risco moderado	risco alto	risco alto
≥ 3 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

Fonte: 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - SBC;

Abreviações: PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; DRC: Doença Renal Crônica; DCV: Doença Cardiovascular; DM: Diabetes Mellitus; LOA: Lesão de Órgão Alvo;

Legenda: Verde: Risco Baixo; Roxo: Risco Moderado; Vermelho: Risco Alto.

4. PROGNÓSTICO DE DRC DE ACORDO COM A CATEGORIA DO RFG E A ALBUMINÚRIA, KDIGO 2012

				CATEGORIAS DE ALBUMINÚRIA PERSISTENTE DESCRIÇÃO E INTERVALOS		
				A1 Normal a levemente aumentada	A2 Moderadamente aumentada	A3 Gravemente aumentada
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
CATEGORIAS DE RFG (ML/MIN/1,73) DESCRIÇÃO E INTERVALO	E1	Normal ou alto	>90	baixo	moderado	alto
	E2	Levemente diminuído	60 - 89	baixo	moderado	alto
	E3a	Leve a moderadamente diminuído	45 - 59	moderado	alto	muito alto
	E3b	Moderado a extremamente diminuído	30 - 44	alto	muito alto	muito alto
	E4	Extretamente diminuído	15 - 29	muito alto	muito alto	muito alto
	E5	Doença Renal terminal	<15	muito alto	muito alto	muito alto

Prognóstico/Risco de DRC segundo RFG e albuminúria: verde: baixo; amarelo: moderado; laranja: alto; vermelho: muito alto.

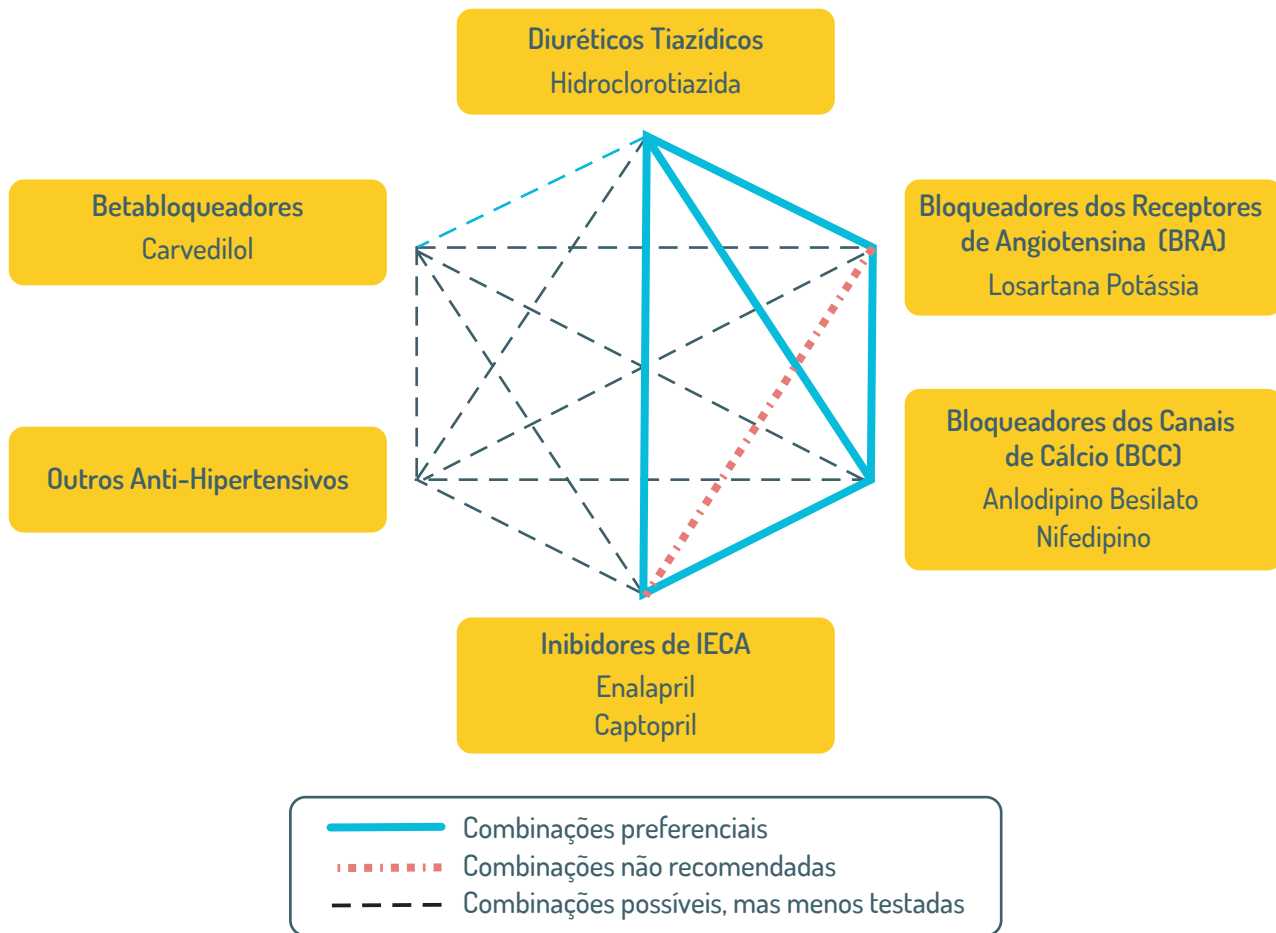
5. SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES ACIMA DE 18 ANOS COM OU SEM OUTRAS CONDIÇÕES

Tipo de paciente	Primeiro medicamento	Adicionar segundo medicamento, se necessário para alcançar PA < 140/90 mmHg	Adicionar terceiro medicamento, se necessário para alcançar PA < 140/90 mmHg
A. Quando a hipertensão é a única condição principal			
Negros, todas as idades	BCC ou diuréticos tiazídicos	BCC ou diurético tiazídico + (IECA ou BRA)	BCC + (BRA ou IECA) + diurético tiazídico
Branco e não negros, abaixo de 55 anos	IECA ou BRA ¹	(IECA ou BRA) + BCC ou diurético tiazídico	BCC + (BRA ou IECA) + diurético tiazídico
Branco e negros, acima de 55 anos	BCC ou diuréticos tiazídicos	BCC ou diurético tiazídico + (IECA ou BRA)	BCC + (BRA ou IECA) + diurético tiazídico
B. Quando a hipertensão está associada à outra condição			
HA e DM	BRA ou IECA. População negra, iniciar com diurético tiazídico ou BCC.	BCC ou diurético tiazídico. População negra, se iniciar com BCC ou diurético tiazídico, acrescentar um BRA ou IECA.	BCC ou diurético tiazídico.
HA e DRC	BRA ou IECA. População negra, boas evidências de efeitos protetores com IECA. Em estágios 1, 2, 3 da DRC, DIU tiazídicos	BCC ou diurético tiazídico estágios 1, 2 e 3 da DRC ² .	BCC ou diurético tiazídico.
HA e Doença Coronariana Clínica	Betabloqueador + IECA (BRA se intolerância ao IECA)	BCC ou diurético tiazídico.	BCC ou diurético tiazídico.
HA e História de AVC	IECA ou BRA.	BCC ou diurético tiazídico.	BCC ou diurético tiazídico.
HA e IC	Pacientes com insuficiência cardíaca devem usualmente receber um IECA (BRA se intolerância ao IECA) + betabloqueador + diurético de alça + espirolactona ³ . O BCC pode ser adicionado, se necessário, para controlar a Pressão Arterial.		

OBS: Alguns idosos com multimorbidades não CV, síndrome da fragilidade e/ou demência devem ser avaliados de forma mais global e de forma individualizada quanto ao risco/benefício do tratamento.

¹ BRA: podem ser considerados no caso do IECA causar tosse e/ou angioedema; ² Se taxa filtração glomerular < 30 mL/min/1,73m², um diurético de alça (furosemida) poderá ser usado. ³ Os poupadores de potássio são habitualmente associados com os diuréticos tiazídicos ou de alça.

6. SELEÇÃO DE TERAPIA MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL



7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pessoa com com PAD ≥ 120 em paciente com qualquer um dos sintomas e sinais clínicos: considerar a possibilidade de emergência hipertensiva.

O que fazer

Coletar dados do paciente, medir a pressão nos dois braços em local calmo, até a estabilização. Encaminhar emergência para Samu 192.

Quem faz

Médico e enfermeiro

O que identificar

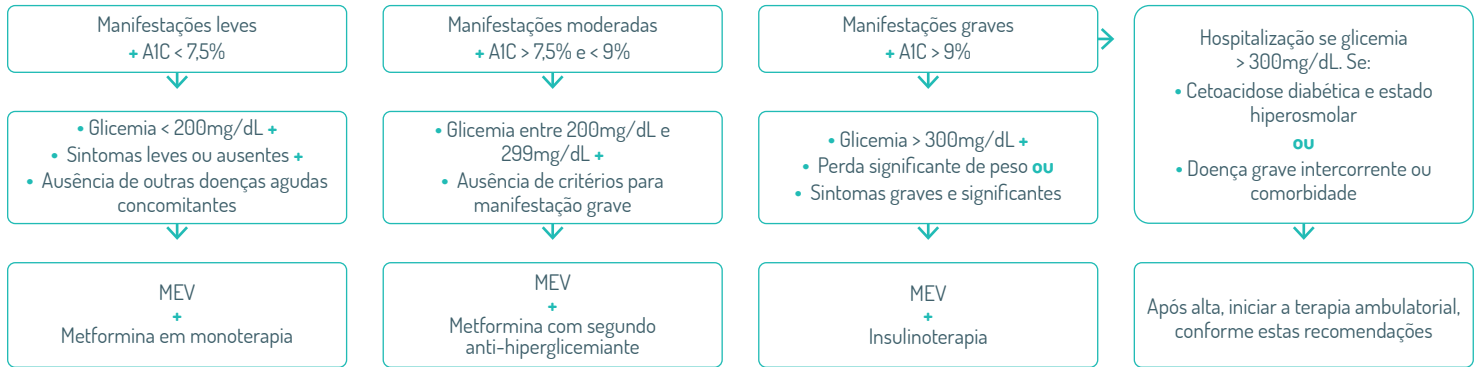
- Alterações neurológicas ou subagudas (por exemplo: alteração do nível de consciência, confusão mental, déficits focais);
- Complicações cardiovasculares iminentes (Por exemplo: dor torácica, dispneia, estertoração pulmonar e hipoxemia);
- Alterações renais como: oligoanúria, hematúria e edema periférico;
- História de uso de drogas simpatomiméticas, como cocaína;
- HA rebote após suspensão súbita de agentes anti-hipertensivos;
- Eclâmpsia;
- Período de pré e pós-operatório imediatos;
- Epistaxe severa e refratária a medidas convencionais;
- Suspeita de feocromocitoma (crises paroxísticas de cefaleia, sudorese e palpitação – apresentação clássica).

Fonte: Caderno 28, MS

OBS: Drogas ilícitas: encaminhar para CAPS

8. FLUXO DE TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS

ETAPA 1: CONDUTA INICIAL, CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL E O PESO DO PACIENTE



1º retorno após 1 a 3 meses: depende das condições clínicas e laboratoriais do paciente - individualizar o tratamento

Ajustar o tratamento se não alcançar metas: glicemia jejum e pré-prandial < 100mg/dL + glicemia pós prandial de 2 horas < 160-180mg/dL + redução parcial/proporcional no nível de A1C

ETAPA 2: ADICIONAR SEGUNDO AGENTE ANTIHIPERGLICEMIANTE, CONFORME O NÍVEL DE A1C E O PESO DO PACIENTE - SULFONILUREIAS

2º retorno após 1 a 3 meses: depende das condições clínicas e laboratoriais do paciente - individualizar o tratamento

ETAPA 3: ADICIONAR TERCEIRO AGENTE ANTIHIPERGLICEMIANTE ORAL OU INJETÁVEL OU INICIAR INSULINOTERAPIA INTENSIVA

Se em 1 mês não atingir as metas, A1C < 7%, glicemia jejum e pré-prandial < 100mg/dL ou pós-prandial de 2 horas < 160mg/dL, adicionar o 3º agente oral ou iniciar insulinabasal ou pré mistura

Sempre que possível, utilizar métodos informatizados de avaliação de dados de glicemia para a geração do perfil glicêmico + cálculo de glicemia média + cálculo de variabilidade glicêmica (desvio-padrão). Recomenda-se a realização de 6 glicemias (3 glicemias pré-prandiais e 3 glicemias pós-prandiais) por dia durante 3 dias anteriores à consulta de retorno

9. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA O DIABETES

Critérios	Comentários
A1C \geq 6,5%	O teste deve ser realizado por método rastreável (DCCT) e certificado (NGSP).
Glicemia jejum \geq 126 mg/dL	O período de jejum (ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas). Na ausência de hiperglicemia comprovada, confirmar com a repetição dos testes.
Glicemia 2 h após sobrecarga de glicose \geq 200 mg/dL	Teste oral de tolerância à glicose: ingestão de 75 g de glicose anidra dissolvida em água. Em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL.
Glicemia ao acaso \geq 200 mg/dL	Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica.
IMPORTANTE: A positividade de qualquer um confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes, exceto no TTG e na hiperglicemia comprovada.	

Fonte: SBD, 2019

10. FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DO DM2, SEGUNDO REMUME I SP

Medicamentos			Posologia/dia		Nº tomadas/dia
			Mínima	Máxima	
Via Oral	Biguanidas	Cloridrato Metformina	500 mg	2.550 mg*	2 a 3
	Sulfonilureias	Glicazida Liberação Controlada	30 mg	120 mg	1

【*】 Doses superiores (até 2.550 mg/dia) a critério médico, com maior ocorrência de efeitos indesejáveis e efetividade modestamente superior.

Fonte: Ministério da Saúde. CAB n° 36/2013 | BNF 70, 2015/2016.

11. CARACTERÍSTICAS DA AÇÃO DA INSULINA

Insulina		Início	Pico	Duração	Disponível
Regular	Rápida	30 a 60 minutos	2 a 3 horas	5 a 8 horas	REMUME I MSP
NPH	Intermediária	2 a 4 horas	4 a 10 horas	12 a 18 horas	

Fonte: SBD, 2019

12. EXAMES COMPLEMENTARES NA PESSOA QUE VIVE COM HA E/OU DM

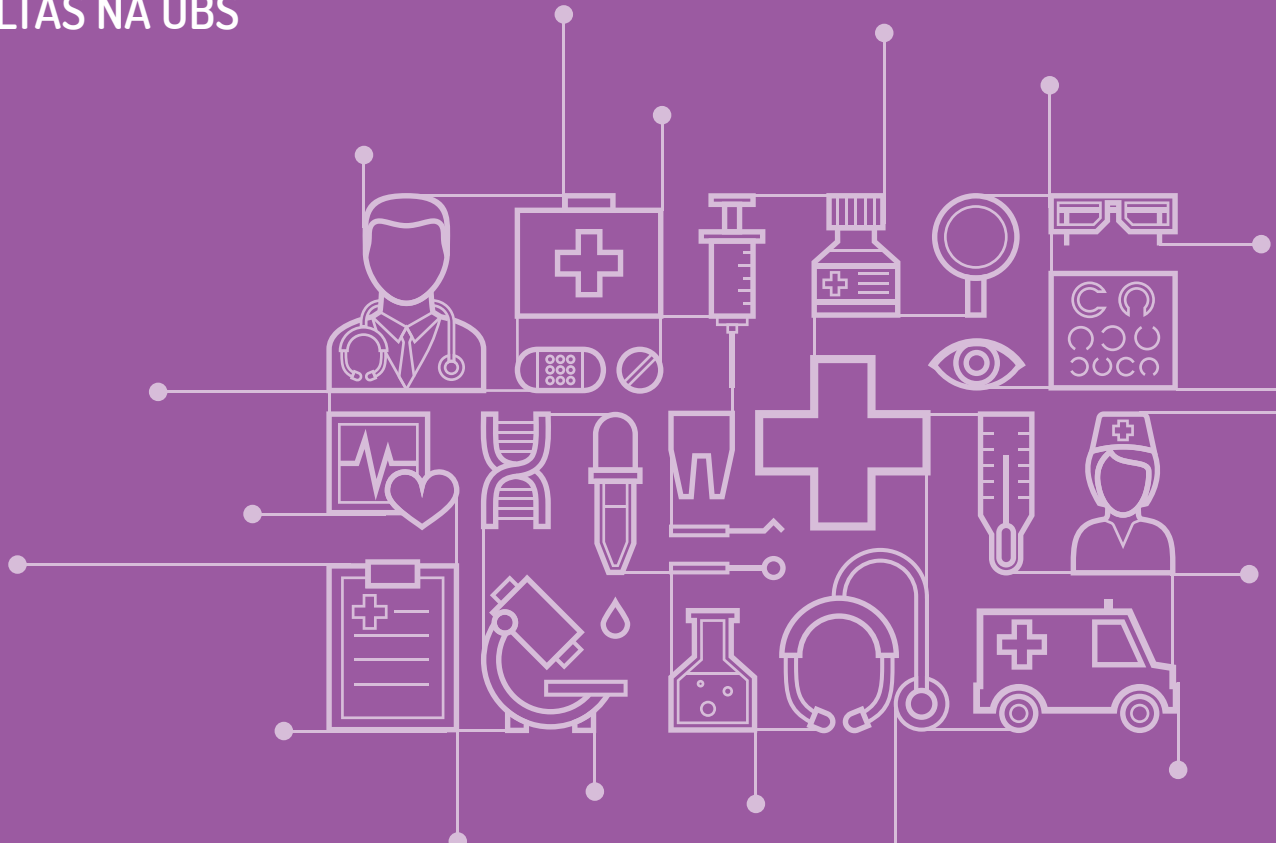
Exame	Motivo	Quando	Observações
ECG	Avaliação LOA	No diagnóstico e após, se mudança nas condições clínicas (ex: sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, HA ou DM cronicamente descompensados).	Se sinais de sobrecarga ventricular esquerda (SVE), considere investigar LOA, se ECG com alterações focais, sobretudo as relacionadas ao ramo esquerdo.
Creatinina Sérica	Avaliação LOA	Anual ou mais frequente se Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 60 ml/min, ou alterações nas condições clínicas correlacionadas.	Condições clínicas relacionadas: alteração de dose e/ou introdução de medicamentos como diuréticos, IECA, BRA ou uso frequente de AINES, alteração significativa no débito urinário.
Urinálise	Avaliação LOA		
Microalbuminúria	Avaliação de LOA e na avaliação de rotina em pacientes diabéticos	Anual por intermédio de dosagem com primeira amostra de urina da manhã. Se ≥ 30 mg/g, confirmar com mais 2 medidas, ao longo de 4 a 6 meses.	Caso confirmado, introduzir preferencialmente IECA (BRA se houver tosse com IECA), independentemente da PA e progredir até doses máximas (ou maior dose tolerada pela pessoa).
Potássio	Monitorar efeito adverso de terapia farmacológica	No diagnóstico e anual, se em uso de diuréticos ou IECA/BRA.	Potássio < 3,5 na ausência de uso de diurético: considerar causa secundária para HA.
Perfil Lipídico	Avaliação RCV	Estimar RCV sem exames complementares baseado no escore de Framingham com as piores pontuações para CT e HDL para idade e sexo correspondentes.	Se RCV simulado $\geq 20\%$, solicitar perfil lipídico (CT, HDLc e TG) e repetir anualmente (se iniciar uso de estatina, não dosar de novo). Se RCV < 20%, não há necessidade de dosar perfil lipídico.
Glicemia em Jejum	Avaliação RCV	Anual para rastreamento de Diabetes.	Se DM, monitorar tratamento com Hb1Ac.
Hemoglobina Glicada (Hb1AC)	Avaliação RCV, acompanhamento se DM (adotar como rotina somente para pessoas com DM).	Semestralmente, se em torno de 7,5% e a cada 3 meses se em ajuste de tratamento ou acima da meta combinada com a pessoa em tratamento.	Pode ser usada para diagnóstico de diabetes.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2013) e RIO DE JANEIRO (2013) | PAB DCNT MS, 2017.



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

MATERIAL DE USO EXCLUSIVO EM CONSULTAS NA UBS



APOIO

BETTER HEARTS
BETTER CITIES
Cuidando do seu coração

