

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O CUIDADO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3ª edição

Organizadores:

Margarita Silva Diercks

Lena Azeredo de Lima

Fernanda Miranda Seixas Einloft

Scheila Mai

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

PORTO ALEGRE-RS
2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O CUIDADO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3ª edição

Organizadores:

Margarita Silva Diercks

Lena Azeredo de Lima

Fernanda Miranda Seixas Einloft

Scheila Mai

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

PORTO ALEGRE-RS
2024

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PRESIDENTE:

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRA DA SAÚDE

Nísia Verônica Trindade Lima

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Adriano Massuda

Edimar Luz

Felipe Proenço de Oliveira

Flávio Koutzii

Gilberto Barichello

Guilherme Cassel

José Ovídio Oliveira dos Santos

CONSELHO FISCAL

Ana Luísa Marques Fernandes

André de Araújo Melo

Arinaldo Bomfim Rosendo

Jorge Luiz Rocha Ramos

Neyde Glória Moreira Garrido

DIRETORIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Diretor-Presidente: Gilberto Barichello

Diretor Administrativo e Financeiro: João Constantino Pavani Motta

Diretor de Atenção à Saúde: Luís Antônio Benvegnú

Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação: Quelen Tanize Alves da Silva

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Gerente: Gerusa Bittencourt

Assessores da Gerência: Adiel Coelho da Cunha e Estella Maris da Silveira Dutra

Coordenadora Técnica: Melissa Acauan Sander

Coordenador de Enfermagem: Georges Peres de Oliveira

Coordenadora de Saúde Mental: Susiane Czenvimski Ferreira

AUTORES E REVISORES TÉCNICOS:

Margarita Silva Diercks

Lena Azeredo de Lima

Fernanda Miranda Seixas Einloft

Scheila Mai

Sandra Rejane Soares Ferreira

Ana Lucia da Costa Maciel

Camila Guedes Henn

Daniel Demétrio Faustino da Silva

Diego Azevedo Conte de Melo

Emanuele Luiz Proença

Evelise Rigoni de Faria

Janilce Dorneles de Quadros

Juliana de Lima Müller

Juliano Campanha Barcelos

Letícia Della Mea Tagliapieta

Manoela Jorge Coelho Alves

Maria Amália Machado da Silveira

Marina Haase da Costa Franco

Maurício Canez Pires

Patrícia Lichtenfels

Renata Pekelman

Rhuan Alexander da Silva Dornelles

Rui Flores

Shana Vieira Telo

Silvia Maristela Pasa Takeda

Susana Valéria Dalcastagnê

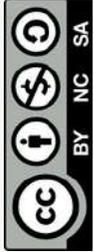
EQUIPE EDITORIAL:

Projeto Gráfico e Diagramação: Organizadores e Lívia

Stefani Lopes

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

2024 Grupo Hospitalar Conceição



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica da Gerência de Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Publicação impressa e eletrônica.
ISBN 978-65-87505-28-2 (impresso e online).

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Gerência de Atenção Primária à Saúde

**Av. Francisco Trein, 596, Centro Administrativo, 2º andar,
91350-200, Porto Alegre - RS**

Site: www.ghc.com.br

Telefone: (51) 3255-1731

E-mail: gsc@ghc.com.br

FICHA CATALOGRÁFICA:

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G892c Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Atenção Primária à Saúde.
O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde / organização de Margarita Silva Diercks ... [et al]. - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2024.

163 p.: 30 cm.

ISBN 978-65-87505-28-2

1. Saúde Pública. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Diabetes Mellitus tipo 2. 4. Hipertensão Arterial Sistêmica. I. Diercks, Margarita Silva, Org. II. Título.

CDU 614(81)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio e a participação dos autores e revisores técnicos, profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), citados nominalmente na contracapa desta edição que, através de sua leitura crítica e construtiva, qualificaram cada uma das versões até chegar na versão final aqui apresentada.

Agradecemos, em especial, o apoio de Lívia Stefani Lopes no processo de editoração e diagramação deste material.

Agradecemos, também, o apoio institucional do GHC, através da equipe de Monitoramento & Avaliação da Gerência de Saúde Comunitária (GSC) - atualmente Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS).

Agradecemos, ainda, à Gerência e Ensino e Pesquisa (GEP), do GHC, pela parceria, que garantiu a impressão deste texto e a disponibilidade online deste material.

APRESENTAÇÃO

Este guia de cuidados às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), da GAPS, do GHC foi pensado como suporte para as equipes da APS para sua tomada de decisão. Ele se estrutura a partir das melhores evidências e visa qualificar a atenção, tornando efetivo e seguro o cuidado dos usuários.

Esta publicação é orientada pelos atributos essenciais (primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e derivados da APS (orientação familiar e comunitária e competência cultural).

O Modelo de Atenção das Condições Crônicas (MACC), que tem como foco o cuidado centrado nas necessidades da pessoa, sua família e comunidade e está apoiado nos critérios de risco e vulnerabilidade com vistas a uma atenção mais equânime, orientou a elaboração deste material. Desta forma, os determinantes sociais como a renda, raça e sexo foram considerados, bem como a condição de autocuidado e rede de cuidados.

O processo de cuidado das pessoas com HAS/DM2 almeja a tomada de decisões compartilhadas, efetivas, integrais e de qualidade. Também nesta perspectiva, foi valorizada a comunicação inclusiva e efetiva com o uso de uma linguagem que possibilite a ressignificação da relação do profissional de saúde com os usuários, fortalecendo o vínculo.

Com objetivo de facilitar a leitura e utilização desta publicação foram utilizados textos enxutos com fluxogramas e esquemas construídos a partir de sínteses de protocolos que orientam o cuidado das pessoas com HAS/DM2. No que se refere à sua estrutura, o layout foi inspirado no modelo utilizado pelo Practical Approach to Care Kit (sob tradução, em português, para Kit de Cuidados em Atenção Primária) - PACK-Brasil (2023), tendo em vista sua objetividade, praticidade e funcionalidade para a consulta

O material está dividido em seis capítulos, como disposto a seguir:

- 1. MACC-PILARES DO CUIDADO EM HAS/DM2:** Fazemos uma breve contextualização do MACC e os principais aspectos que orientam o cuidado, como a abordagem centrada na pessoa, a estratificação de risco, as atribuições das equipes interprofissionais e o processo de monitoramento e avaliação da atenção.
- 2. TECNOLOGIAS E FERRAMENTAS DE APOIO:** Nesta seção incluímos 14 ferramentas que auxiliam o profissional de saúde a construir um plano de cuidados a partir das necessidades da pessoa, sua família e comunidade.
- 3. MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA:** Iniciamos com uma breve contextualização das mudanças de estilo de vida, como a alimentação e obesidade, atividade física, tabagismo, uso do álcool, estratégias para lidar com o stress e higiene do sono.
- 4. O CUIDADO DA PESSOA COM DM2:** Os diferentes aspectos específicos do cuidado da pessoa com DM2: rastreio e diagnóstico, estratificação de risco cardiovascular, avaliação pela equipe interprofissional, saúde bucal, saúde mental, tratamento medicamentoso, associação de DM2 com HAS e dislipidemia e síntese do cuidado.
- 5. O CUIDADO DA PESSOA COM HAS:** Os diferentes aspectos específicos do cuidado da pessoa com HAS: rastreio e diagnóstico, estratificação de risco cardiovascular, avaliação da equipe interprofissional, saúde bucal, saúde mental, tratamento medicamentoso, associação de HAS com dislipidemia e síntese do cuidado.
- 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

SUMÁRIO

1. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) - PILARES DO CUIDADO EM HAS/DM2	10
1.1 MACC - O cuidado colaborativo centrado na pessoa, sua família e comunidade	11
1.2 MACC - O cuidado de acordo com a estratificação de risco	12
1.3 MACC - Equipe Interprofissional	15
1.3.1 Atribuições comuns a todos os membros da equipe	16
1.3.2 Atribuições por núcleo profissional	18
1.4 MACC - Monitoramento e Avaliação da Atenção	23
1.4.1 Sistema de Informação em Saúde/Serviço de Saúde Comunitária (SIS/SSC- 1994-2023)	23
1.4.2 Interface e-SUS (2024 - em diante)	24
2. TECNOLOGIAS E FERRAMENTAS DE APOIO	27
2.1 Ferramentas para construção do plano conjunto de cuidados	28
2.2 Escuta Ativa	29
2.3 Comunicação Efetiva	30
2.3.1 Principais habilidades de comunicação	30
2.3.2 Comunicação de notícias difíceis	32
2.4 Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e o plano conjunto de cuidados	33
2.5 Autocuidado Apoiado	35
2.5.1 Intervenções efetivas da equipe de saúde para apoiar o autocuidado	35
2.5.2 Autocuidado apoiado e abordagem em grupos	36
2.6 Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento	37
2.7 Técnica dos “5 A’s”	38
2.8 Entrevista Motivacional	39
2.9 Tomada de Decisão Compartilhada (<i>Shared Decision-Making</i>)	41
2.10 Intervenções que favorecem o apoio familiar no cuidado	42

2.11 Rede de Apoio	46
2.11.1 Mapa de Rede	46
2.11.2 Ecomapa	47
2.12 Atividades Coletivas	48
2.13 Teleatendimento / Consulta Remota	51
2.14 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)	52

3. MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA 53

3.1 Aspectos gerais das Mudanças de Estilo de Vida	54
3.2 Alimentação	55
3.2.1 Alimentação saudável	55
3.2.2 Avaliação e condutas	56
3.2.3 Sobrepeso e obesidade	57
3.2.4 Intervenção aplicada à HAS/DM2	59
3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”	60
3.3.1 Avaliação e orientação para iniciar a atividade física	62
3.3.2 Atividade física para pessoas com fragilidade moderada ou severa	65
3.3.3 Atividade física para pessoas restritas ao leito	66
3.3.4 Atividade física para pessoas com amputação de membro inferior	67
3.3.5 Síntese da importância da atividade física ao longo do dia para pessoas com HAS/DM2	68
3.4 Tabagismo	69
3.4.1 Avaliação do uso do tabaco	69
3.4.2 Teste de Fagerström para avaliar o grau de dependência à nicotina	70
3.4.3 Conversa sobre cessação do tabagismo utilizando a técnica dos “5 A’s”	70
3.4.4 Acompanhamento da cessação do tabagismo	71
3.4.5 Tratamento medicamentoso	71
3.5 Uso de Álcool	72
3.6 Estratégias para lidar com o stress	75
3.7 Higiene do Sono	76

4. O CUIDADO DA PESSOA COM DM2	77
4.1 Aspectos Gerais do Cuidado da Pessoa com DM2	78
4.2 Rastreamento e Diagnóstico	79
4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional	80
4.3.1 Anamnese	80
4.3.2 Exame Físico	83
4.3.3 Exames laboratoriais, de imagem e procedimentos	85
4.3.4 Estratificação de Risco Cardiovascular na DM2	87
4.3.5 Avaliação dos pés da pessoa com DM2	88
4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2	90
4.4.1 Aspectos Gerais	90
4.4.2 Hipoglicemiantes Orais	92
4.4.3 Insulinas	93
4.4.4 Tratamento medicamentoso de pessoas com DM2 < 65 anos de idade	94
4.4.5 Avaliação da fragilidade e/ou comprometimento do idoso > 65 anos de idade com DM2	95
4.4.6 Tratamento medicamentoso de idosos > 65 anos de idade com DM2 e fragilidade e/ou comprometimento leve	96
4.4.7 Tratamento medicamentoso de idosos > 65 anos de idade com DM2 e fragilidade e/ou comprometimento leve moderado	97
4.4.8 Tratamento medicamentoso de idosos > 65 anos de idade com DM2 e fragilidade e/ou comprometimento leve severo	98
4.4.9 Insulinização - Consulta Médica	99
4.4.10 Insulinização - Consulta Farmacêutica e de Enfermagem	100
4.4.11 Fluxo de acesso aos insumos (caneta de insulina)	103
4.4.12 Fluxo de acesso aos insumos (automonitoramento da glicemia capilar)	104
4.5 DM2 e Dislipidemia Associada	105
4.6 DM2 e HAS Associada	107
4.6.1 Tratamento medicamentoso em DM2 e HAS associada	108
4.7 Saúde Bucal e DM2	109
4.8 Saúde Mental e DM2	111
4.8.1 Apoio para o autocuidado em Saúde Mental e DM2	112
4.8.2 Ansiedade, Depressão e DM2	113
4.8.3 <i>Diabetes Distress</i>	114
4.9 Síntese do Cuidado da Pessoa com DM2	116

5. O CUIDADO DA PESSOA COM HAS	117
5.1 Aspectos Gerais do Cuidado da Pessoa com HAS	118
5.2 Rastreamento e Diagnóstico	121
5.2.1 Aferição da PA - procedimento central para o diagnóstico e prognóstico de HAS	121
5.2.2 Efeito do Avental Branco / Efeito de Mascaramento	122
5.2.3 Algoritmo	123
5.3 Avaliação da pessoa com HAS Equipe Interprofissional	124
5.3.1 Anamnese	124
5.3.2 Exame Físico	127
5.3.3 Exames laboratoriais, de imagem e procedimentos	129
5.3.4 Estratificação de Risco Cardiovascular na HAS	132
5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS	134
5.4.1 Aspectos Gerais	134
5.4.2 Anti-Hipertensivos	135
5.4.3 Fluxograma Geral do tratamento medicamentoso	138
5.4.4 Tratamento medicamentoso de pessoas com HAS \geq 18 anos conforme risco cardiovascular	139
5.4.5 Pessoas idosas com fragilidade leve, moderada e severa \geq 65 anos de idade	140
5.4.6 Urgência e Emergência Hipertensiva	141
5.5 HAS e Dislipidemia Associada	142
5.6 Saúde Bucal e HAS	144
5.7 Saúde Mental e HAS	147
5.7.1 Apoio para o autocuidado em Saúde Mental e HAS	148
5.7.2 Ansiedade, Depressão e HAS	149
5.8 Síntese do Cuidado da Pessoa com HAS	150
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151

1. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) - PILARES DO CUIDADO EM HAS/DM2

1.1 MACC - O cuidado colaborativo centrado na pessoa, sua família e comunidade:

O MACC é composto por seis elementos que visam qualificar a atenção à saúde das pessoas com condições crônicas: organização da atenção à saúde; suporte à decisão; sistema de informação clínica; recursos da comunidade, elementos do autocuidado apoiado (pg. 36) e desenho do sistema de prestação de serviços. Os dois últimos elementos serão destaques nesta publicação. O desenho do sistema de prestação de serviços inclui protocolos clínicos, equipe interdisciplinar, o cuidado centrado na pessoa, sua família e comunidade, elaboração do plano conjunto de cuidados e o monitoramento da qualidade da atenção por meio de indicadores e pesquisas (ADA, 2024; ADA, 2023; DUNCAN et al., 2022; MENDES, 2012).

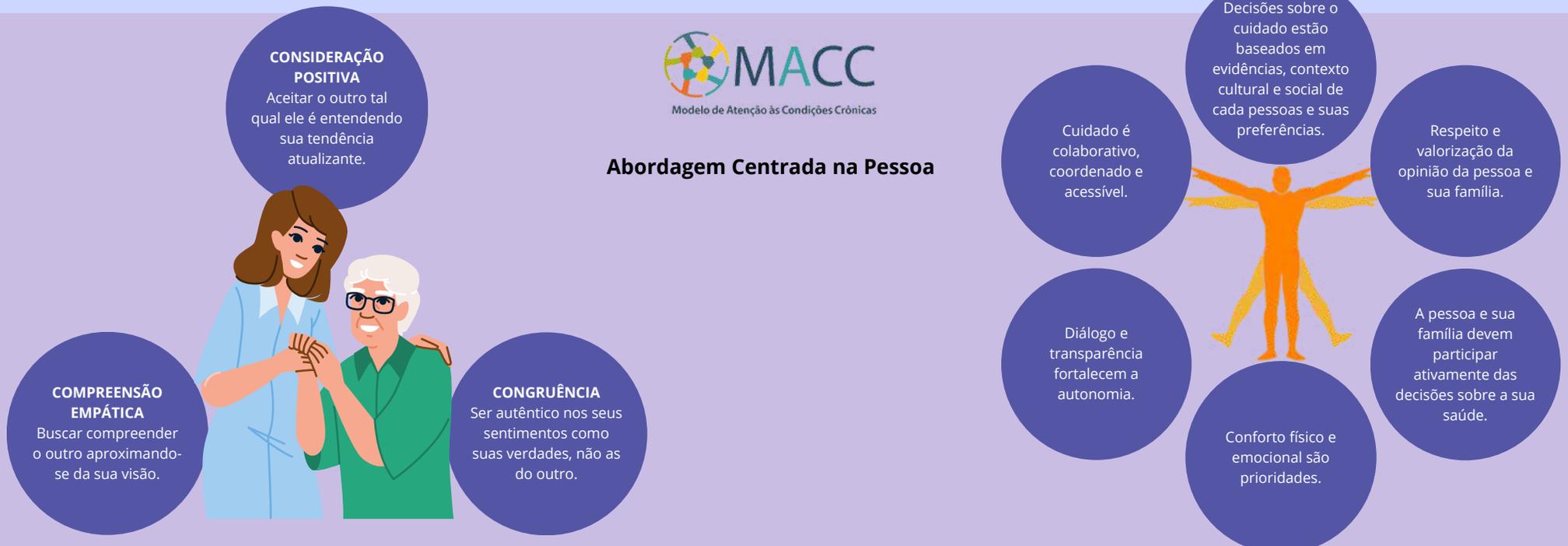
O MACC leva a uma redução na incidência de comorbidades relacionadas à DM2 e a uma redução da mortalidade por todas as causas (ADA, 2024). Também há uma redução do risco para doença cardiovascular em 56%, de complicações microvasculares em 12% e da mortalidade em 66% (ADA, 2024; WAN et al., 2018).

O cuidado centrado nas necessidades da pessoa, de modo colaborativo, baseado em evidências, com participação da família, da comunidade e da rede de atenção é um pilar que diferencia o MACC do modelo de atenção às condições agudas, centrado na doença e no médico (ADA, 2024; ADA, 2023; MENDES, 2012).

Através de diferentes Abordagens Centradas na Pessoa (ACP), as necessidades de saúde específicas de cada sujeito e os resultados de saúde desejados pelos envolvidos no cuidado são os pilares por trás de todas as decisões para um autocuidado apoiado humanizado, integral, efetivo e de qualidade (ADA, 2024; ADA, 2023).

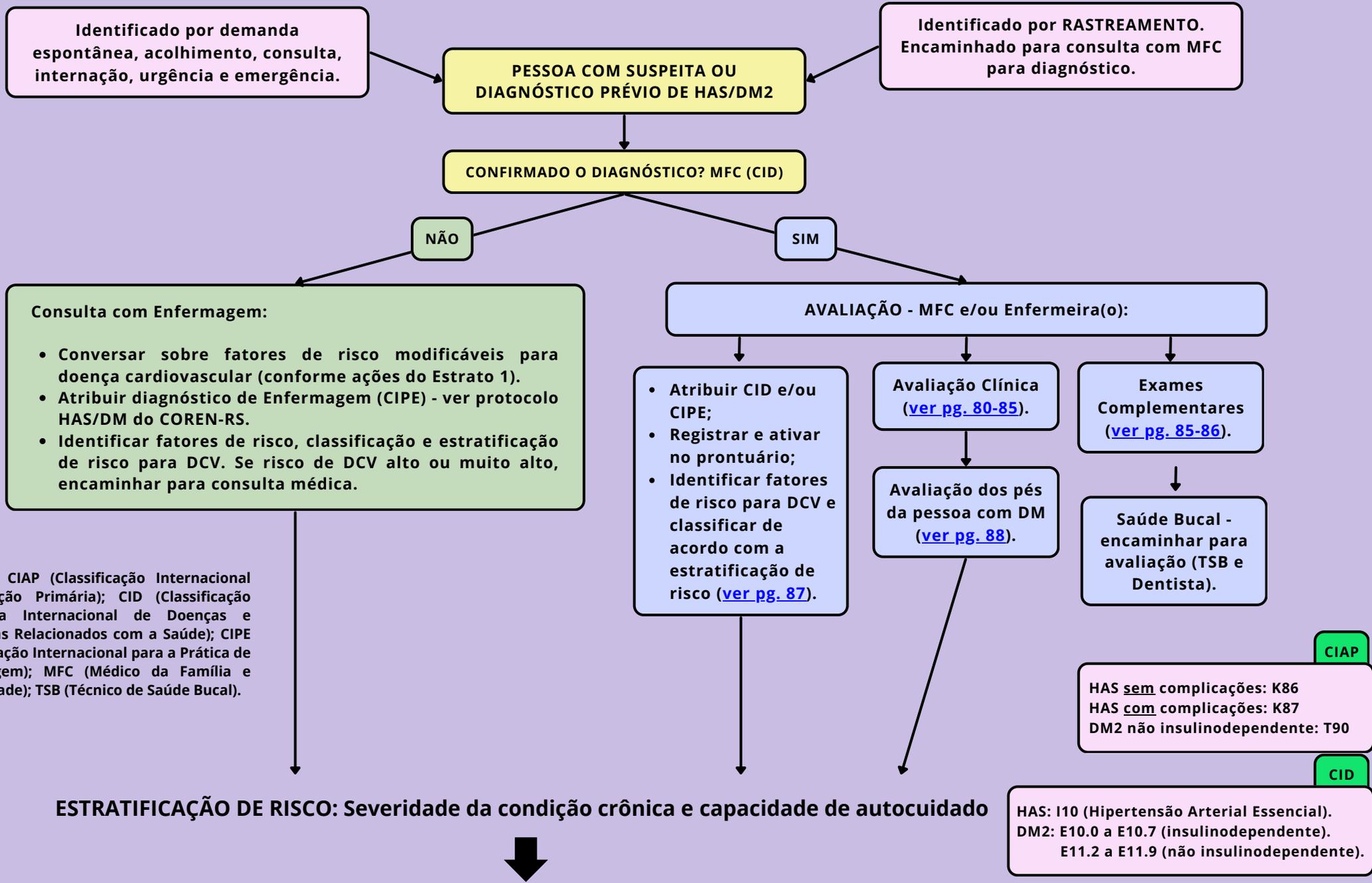
As ACP propiciam que a pessoa se sinta conhecida, respeitada, engajada e conhecedora do seu cuidado, o que pode atenuar o sofrimento e a incerteza da condição crônica, assim como, propiciar uma maior autonomia e efetividade do autocuidado (ADA, 2024; ADA, 2023; KILBRIDE; JOFFE, 2018; EPSTEIN; STREET JUNIOR, 2011).

A sistematização da maioria das ACP seguem aspectos dos modelos a seguir:



Fonte: Organizado pelos autores e revisores técnicos (2023) com base em (ROCHA; SANTO, 2019; ROGERS, 1992).

Fonte: Traduzido e adaptado de NEJM CATALYST, 2017.



Legenda: CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária); CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde); CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem); MFC (Médico da Família e Comunidade); TSB (Técnico de Saúde Bucal).

CIAP
 HAS sem complicações: K86
 HAS com complicações: K87
 DM2 não insulínodépendente: T90

CID
 HAS: I10 (Hipertensão Arterial Essencial).
 DM2: E10.0 a E10.7 (insulínodépendente).
 E11.2 a E11.9 (não insulínodépendente).

(*) Ver demais códigos na pg. 26.

1.2 MACC - O cuidado de acordo com a estratificação de risco:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: Severidade da condição crônica e capacidade de autocuidado

	ESTRATO 1 *	ESTRATO 2 *	ESTRATO 3 *	ESTRATO 4 *	ESTRATO 5 *
		60%	23%	15%	3%
DEFINIÇÃO	<p>Pessoa > 18 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sem HAS/DM2; Sem DCV; Com fatores de risco ligados a comportamento e estilo de vida; HEARTS ****: Baixo Risco Cardiovascular (< 5% de desenvolver DCV ou morte por DCV em 10 anos); Grau da severidade da condição crônica: 1. 	<p style="text-align: center;">Moderado Risco Cardiovascular **</p> <p>Pessoa > 18 anos com HAS/DM2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sem DCV; Sem comorbidades; HEARTS: Moderado Risco Cardiovascular (10-20% em 10 anos); Presença de DM2 é alto risco de DCV (Estrato 3); Grau da severidade da condição crônica: 2. 	<p style="text-align: center;">Alto Risco Cardiovascular **</p> <p>Pessoa > 18 anos com HAS/DM2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Com LOAS; Em uso de insulina; Com capacidade de autocuidado; Sem capacidade de autocuidado: estrato 4; HEARTS: Alto Risco Cardiovascular (10-19%); Grau da severidade da condição crônica: 3. 	<p style="text-align: center;">Muito alto risco cardiovascular **</p> <p>Pessoa > 18 anos com HAS/DM2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Com DCV estabelecida; Pessoas do estrato 3 sem capacidade de autocuidado ***; HEARTS: Muito Alto Risco Cardiovascular (≥ 20%); Grau da severidade da condição crônica: 4. 	<p style="text-align: center;">Muito alto risco cardiovascular **</p> <p>Pessoa > 18 anos com HAS/DM2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Com DCV estabelecida; Com pouca ou nenhuma capacidade de autocuidado ***; Idoso com fragilidade e/ou comprometimento severo; HEARTS: Muito Alto Risco Cardiovascular (≥ 20%); Grau da severidade da condição crônica: 4.
AÇÕES DA EQUIPE CONFORME ESTRATO	<p>Ações educativas <u>interprofissionais</u> voltadas para a mudança de estilo de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupo de caminhada; Grupo de tabagismo; Saúde no prato; Grupos para autocuidado; Grupos de meditação, <i>yoga</i>, <i>tai chi chuan</i>, etc. 	<p>Atividades coletivas <u>interprofissionais</u> (ver pg. 48):</p> <ul style="list-style-type: none"> HAS/DM2: Consulta mensal até atingir a meta, que é na troca de medicamentos (com MFC). Se na meta: a cada 6 meses com MFC e/ou enfermeira(o), intercalada. Consulta anual com oftalmologista e odontólogo(a). 	<ul style="list-style-type: none"> Consulta individual periódica até atingir a meta de glicemia e PA. HAS/DM2: Consulta anual com dentista e oftalmologista. Se atinge meta: a cada 4 meses, consulta com MFC e/ou enfermeira(o), DM2: avaliação do pé, conforme risco. Consulta sequencial, se necessário. Cuidado Interprofissional: área de referência, visita domiciliar, abordagem familiar, apoio matricial ou consulta com nutricionista, psicóloga(o) e outros. Atividades Coletivas Interprofissionais (grupos) - (ver pg. 48). 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado individual e familiar. Levando em consideração comorbidades e fragilidade, se idoso. Consulta individual sequencial com MFC e/ou enfermeira(o). Cuidado Interprofissional: área de referência, visita domiciliar, abordagem familiar, consulta individual com nutricionista, psicóloga(o) e outros, conforme necessidade e disponibilidade de recursos humanos. Consulta anual com dentista e oftalmologista. Consulta e matriciamento com cardiologista, endocrinologista e cirurgião vascular. Atividades Coletivas Interprofissionais (grupos) - (ver pg. 48). DM2: Avaliação do pé conforme estratificação de risco (ver pg. 88). 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado individual e familiar. Levando em consideração comorbidades e fragilidade, se idoso. Consulta individual sequencial com MFC e/ou enfermeira(o). Cuidado Interprofissional: área de referência, visita domiciliar, abordagem familiar, consulta individual com nutricionista, psicóloga(o) e outros, conforme necessidade e disponibilidade (discussão de caso). Consulta anual com dentista e oftalmologista. Consulta e matriciamento com cardiologista, endocrinologista, cirurgião vascular, cuidados paliativos, atenção domiciliar ou internação domiciliar. DM2: Avaliação do pé conforme estratificação de risco (ver pg. 88).

Referência(s): Baseado nas propostas de BRASIL, 2014a; MENDES, 2012; STÜRMER; BIANCHINI, 2012.

(*) Proporção estimada da população > 18 anos com HAS/DM2 nos diferentes estratos do SSC. Estimativa é de que 26% da população adulta tenha HAS e 9% da população adulta tenha DM2. No SSC/GHC, a proporção de pessoas inscritas no HiperDia é de 64% para HAS e 67% para DM2. Há muita variação das proporções conforme Unidades de Saúde (SIS, 2023; MENDES et al., 2012). (**) A Estratificação de Risco Cardiovascular é realizada levando em consideração os fatores de risco associados à DCV. Para pessoas com DM2, evite usar calculadoras ([ver pg. 87](#)) - (ESH, 2023; DUNCAN et al., 2022). (***) A capacidade de autocuidado se refere às ações que a pessoa com HAS/DM2 consegue realizar para cuidar de si (autoeficácia). É um indicador importante, já que, na presença de pouca ou nenhuma capacidade para o autocuidado, a pessoa muda de estrato. (****) Calculadora HEARTS para cálculo do risco cardiovascular global ([ver pg. 87](#)).

MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

1.2 MACC - O cuidado de acordo com a estratificação de risco:

ALGUMAS AÇÕES E EXEMPLOS DE ATIVIDADES POR ESTRATO

NÍVEL DE ATENÇÃO	AÇÃO DE SAÚDE PREDOMINANTE	EXEMPLOS DE ATIVIDADES
5	Gestão de caso.	Discussão de caso, visitas domiciliares e abordagem familiar, discussão em equipe de referência.
4	Atenção individual.	Consultas sequenciais e interdisciplinares, discussão em equipe de referência.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo.	Consultas sequenciais, interdisciplinares e/ou consulta coletiva, discussão em Equipe de referência Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo.	Consulta coletiva.
1	Grupos de educação em saúde.	Grupo de tabagismo, de caminhada e "Saúde no Prato" (ver pg. 48-50).

Fonte: Adaptado de STÜRMER; BIANCHINI, 2012.

ALGUMAS SITUAÇÕES QUE SUGEREM CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO INSUFICIENTE

- ✓ Abandono da adesão às recomendações da equipe de saúde porque não atingiu uma de suas metas clínicas e/ou de mudança de estilo de vida.
- ✓ Baixa renda / condição socioeconômica.
- ✓ Desinteresse na mudança de comportamento necessário para melhora da sua condição de saúde.
- ✓ Depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.
- ✓ Dificuldade na compreensão de sua condição crônica.
- ✓ Não se vê como agente de mudança de sua condição de saúde.
- ✓ Recolhe-se em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição.
- ✓ Pouco apoio familiar e/ou suporte social.

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:



A equipe interprofissional é um coletivo de profissionais de diferentes categorias que dialogam e articulam-se para realizar o cuidado da pessoa de forma integrada e compartilhada. Uma equipe é um grupo de pessoas que tem um sentimento de pertencimento a esse grupo, constrói objetivos e metas comuns, desenvolve ações conjuntas, onde cada categoria profissional tem papéis definidos, atuando como ator independente em ações específicas de sua profissão, mas reconhecendo, associando e compartilhando suas ações aos demais membros da equipe (HU et al., 2023; BAROSSO et al., 2021).

Uma equipe interprofissional se sustenta por meio de uma comunicação horizontal, planejamento participativo e lideranças que promovem o crescimento de cada um dos seus integrantes. Diferentes categorias podem compor esta equipe na saúde: agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, odontólogos, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, terapeutas ocupacionais, entre outros.

A natureza multidimensional do engajamento da pessoa com HAS/DM2 e do manejo adequado da pressão arterial (PA) e dos níveis glicêmicos exige: intervenções interprofissionais sustentadas por protocolos baseados em evidências; aconselhamento sobre estilo de vida saudável; cuidado integrado centrado na pessoa; acesso a medicamentos e tecnologias essenciais; gerenciamento do risco para doença cardiovascular (DCV) e sistemas de monitoramento (STOJNIĆ et al., 2023; FLOOD et al., 2022; PEACOCK; KROUSEL-WOOD, 2017).

O cuidado da equipe interprofissional evita a inércia clínica (ADA, 2024).

O cuidado em equipe aumentou a proporção de pessoas com PA controlada e reduziu a PA sistólica e diastólica, principalmente quando farmacêuticos e enfermeiros faziam parte da equipe (PROIA et al., 2014; MANSOOR, KRASS, ASLANI, 2013).

HAS e DM2 são condições complexas e há evidências de que o trabalho em equipe interprofissional traz melhores resultados no engajamento, melhora o manejo da pressão arterial e do controle glicêmico, aumenta a satisfação, diminui o risco para complicações com DM2, melhora qualidade de vida, reduz as hospitalizações, reduz os custos e favorece uma educação em saúde com diferentes olhares, o que qualifica o processo do cuidado (SBC, 2020).

Em pessoas muito idosas com HAS, a intervenção interprofissional reduziu os valores de PA e aumentou a taxa de controle da mesma, com uma otimização do tratamento medicamentoso (JARDIM et al., 2017). A abordagem interprofissional para HAS/DM2 possui nível de evidência A (SBC, 2020).

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.1 Atribuições comuns a todos os membros da equipe

ESTRATÉGIAS	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE ATIVIDADES	MEMBRO DA EQUIPE
EQUIPE DE REFERÊNCIA	Abordagem das pessoas, famílias e comunidades a partir de uma organização pelo território. Outros nomes também podem representar esta ferramenta: trabalho por microárea e/ou áreas de vigilância.	Vigilância dos dados sociodemográficos e epidemiológicos da população, com planejamento da oferta de serviços nessa parte do território; Gestão de casos complexos, mediante o uso da ferramenta Plano Terapêutico Singular ou plano conjunto de cuidados.	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, ACS, AS, ODO, TEC ENF, TO.
IDENTIFICAR REDE DE APOIO SOCIAL	Envolver de familiares, amigos ou outros indivíduos para auxiliar as pessoas no seu cuidado, por exemplo: a utilizarem os fármacos e a realizar as mudanças de estilo de vida necessárias, conforme prescrito e recomendado.	Reuniões de grupos de apoio Educação familiar	FAM, CD, ACS, AS, ENF, MED, ODO, TEC ENF, TO.
AUTOMONITORAMENTO DA PA E DA GLICEMIA E USO DE TECNOLOGIAS	Estimular as pessoas a monitorar a PA e a Glicemia, melhorando o engajamento ao tratamento.	Automedidas da PA e da Glicemia / HbA1c Monitorização residencial da PA e da Glicemia Capilar Telemonitoramento da PA e da Glicemia / HbA1c	MED, ENF, FAM, ACS, CD.
MOTIVAÇÃO DAS PESSOAS COM HAS / DM2	Motivar as pessoas a tomar a medicação, conforme prescrito, e a realizar mudança do estilo de vida (desde que o profissional seja capacitado para esta abordagem).	Intervenções motivacionais	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, AS, ACS, ODO, TEC ENF, TO.
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Abordagem didática e/ou interativa, preferencialmente, em equipe interprofissional, para informar, educar e empoderar as pessoas com HAS/DM2.	Sessões educativas presenciais e individuais Atividades / ações coletivas Materiais impressos entregues presencialmente e materiais impressos via correio Materiais compartilhados via recursos tecnológicos (<i>WhatsApp, Instagram, Facebook</i> , entre outros) Meios audiovisuais Educação à Distância	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, ACS, AS, ODO, TEC ENF, TO.

Legenda: ACS (Agente Comunitário de Saúde); AS (Assistente Social); CD (Cuidador); ENF (Enfermeiro); FAM (Familiar); FAR (Farmacêutico); MED (Médico); NUT (Nutricionista); ODO (Odontólogo); PSI (Psicólogo); TEC ENF (Técnico de Enfermagem); TO (Terapeuta Ocupacional).

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.1 Atribuições comuns a todos os membros da equipe

ESTRATÉGIAS	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE ATIVIDADES	MEMBRO DA EQUIPE
REALIZAR DIFERENTES MODALIDADES DE ATENDIMENTO PARA OS USUÁRIOS	Garantir que as pessoas com HAS/DM2 tenham acesso ao cuidado necessário, a partir de diferentes estratégias de atendimento.	Planejar as agendas considerando diferentes ofertas de cuidado e a necessidade da pessoa com HAS/DM2; agendar de consultas individuais (presenciais e virtuais); consultas conjuntas, coletivas, sequenciais ou contínuas, realizar grupos.	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, AS, ODO, TEC ENF, TO.
ATENÇÃO À SAÚDE NA US, VISITAS DOMICILIARES E/OU NOS ESPAÇOS COMUNITÁRIOS (ESCOLAS, ASSOCIAÇÕES, ETC.)	Ampliar o acesso aos cuidados em saúde, em equipe interprofissional, aproveitando todos os espaços no território.	Visitas domiciliares Atendimento individual Reuniões de grupos de apoio Educação familiar Discussão em equipe de referência	FAM, CD, ACS, AS, ENF, ODO, MED, TEC ENF, TO.
COMUNICAÇÃO NA EQUIPE	Garantir espaços que privilegiam o diálogo entre os profissionais, a discussão de casos clínicos, a construção de projeto terapêutico singular e a gestão de casos complexos, bem como a vigilância em saúde.	Reuniões gerais de equipe Reuniões da equipe de referência Reuniões com matriciadores	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, AS, ACS, ODO, TEC ENF, TO.
ATUALIZAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA DA EQUIPE	Manter a equipe atualizada e com as ações em saúde, baseadas nas melhores e mais atuais evidências científicas disponíveis.	Educação Permanente em Saúde da equipe Apoio pedagógico	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, ACS, AS, ODO, TEC ENF, TO.
REGISTRO DAS INFORMAÇÕES	Garantir a realização do registro adequado nos diferentes campos do sistema.	Capacitações periódicas	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, ACS, AS, ODO, TEC ENF, TO.
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Planejar estratégias baseadas nos indicadores e metas pactuadas.	Vigilância das ações programáticas; consolidação das informações das unidades; apoio as equipes na oferta de ações de cuidado à população; apoiar à equipe nas ações de planejamento de educação permanente em saúde.	MED, ENF, FAR, NUT, PSI, ACS, AS, ODO, TEC ENF, TO.

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.2 Atribuições por núcleo profissional

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Acompanhar pessoas com HAS/DM2 de sua área de atuação, através de relatórios da equipe, identificar novos usuários com o diagnóstico, observar quem são os faltosos dos programas e realizar busca ativa, priorizando os mais vulneráveis, com fragilidade na rede de apoio ou rede de apoio inexistente.
- Na visita domiciliar, observar se a pessoa tem condições de leitura, perguntar sobre as condições de visão; observar obstáculos e fatores de risco de quedas e ferimentos, perguntar quem são as pessoas da rede familiar e de apoio, identificando as pessoas com maior vulnerabilidade.
- No domicílio, revisar junto com a pessoa os medicamentos prescritos e o uso correto, observar se as receitas estão atualizadas e perguntar como está tomando e se reconhece todos os seus medicamentos prescritos. Se houver dificuldades com o uso ou reconhecimento dos medicamentos, organizar junto com a pessoa os seus medicamentos e receitas, discutir com a equipe e planejar ações e estratégias de enfrentamento.
- Pessoas com DM2: observar junto da família como está o uso de açúcares (cana, mascavo, coco, mel...), orientar sobre a importância do acompanhamento da glicemia conforme orientação do profissional de referência da equipe de saúde; orientar sobre saúde bucal reforçando a importância da escovação correta dos dentes após as refeições - DM2 com exames fora do alvo facilita a inflamação das gengivas, podendo prejudicar a saúde bucal; orientar o cuidado corporal, especialmente dos pés examinando-os diariamente, evitando o uso de sapatos apertados, gilete/laminas, alicate de cutícula; lavar os pés com água morna (nunca quente) e secá-los muito bem, especialmente entre os dedos, evitando lesões. Orientar que ao constatar qualquer alteração nos pés, a pessoa precisa comunicar a equipe de referência.
- Pessoas com HAS/DM2: estimular e orientar o desenvolvimento de hábitos de vida e de alimentação saudáveis, com baixo teor de sal e de açúcares, evitando alimentos industrializados, e realizar atividades físicas, conforme recomendação.
- Identificar fatores de risco para doença cardiovascular ([ver pg. 87](#)) discutir o caso com a equipe de referência.
- Convidar e incentivar a participação em atividades disponíveis no território como grupos de convivência, ginástica, dança, meditação, horta comunitária, espiritualidade, entre outros.
- Mobilizar o coletivo de usuários com HAS/DM2 para qualificar o cuidado às condições crônicas, como consultas coletivas, consultas sequenciais, grupos de cessação de tabagismo e demais atividades de educação em saúde oferecidas pela equipe de saúde.

ASSISTENTE SOCIAL

Com base nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009), seguem algumas possibilidades de intervenções realizadas na APS:

- Realizar atendimento individual aos usuários com diagnóstico de HAS/DM2, quando avaliada a necessidade de atendimento pelo profissional assistente social. Neste atendimento deve-se estar atento às informações trazidas pelo usuário, por meio de um atendimento acolhedor, com postura ética, sem discriminação, respeitando os aspectos socioculturais.
- O assistente social, através de sua leitura da realidade, está atento aos impactos dos determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença na vida da população atendida. Em conjunto com a equipe, articula formas de atendimento a esta população, seja de forma individual ou coletiva, através do trabalho com a rede intra e intersetorial.
- Conhecer a realidade do usuário com diagnóstico de HAS/DM2, por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional assistente social. Esta abordagem deve ser pautada por uma postura acolhedora, ética e não invasiva, que respeite o modo e condição de vida do usuário atendido.
- Identificar a necessidade de acesso aos direitos na esfera da seguridade social por meio da democratização das informações e de mediação com a rede intersetorial.
- Identificar a rede de apoio social (laços de família, vizinhança, amizade, trabalho, religião, instituições...), da pessoa com HAS/DM2, para que possamos auxiliá-lo no seu processo de cuidado em saúde ([ver pg. 46](#)).
- Usuário com diagnóstico de HAS/DM2 em condição severa da doença tem o indicativo de gestão de caso, tendo o assistente social um papel importante na coordenação do cuidado.

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.2 Atribuições por núcleo profissional

ENFERMEIRA(O)

- Realizar consulta de enfermagem, prescrever o cuidado, realizar procedimentos, solicitar exames complementares e prescrever as medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.
- Realizar a consulta de enfermagem para avaliação do pé da pessoa com DM, além de realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.
- Incentivar o autocuidado e capacitar as pessoas para melhorar o manejo sobre os determinantes que influenciam o autocuidado e, assim, melhorar sua saúde.
- Planejar estratégias para promover e avaliar o engajamento dos pacientes às condutas prescritas com técnicas educacionais, motivacionais, cognitivas e uso das tecnologias, bem como planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas por técnicos / auxiliares de enfermagem.
- Implementar e manter atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados com sua área de competência na Unidade Básica de Saúde.
- Discutir casos específicos com outros profissionais ou realizar interconsultas, caso seja necessário.
- Orientar cuidados com a insulina: armazenamento, aplicação, descarte;
- A enfermeira capacitada nas Práticas integrativas e complementares pode realizar o cuidado da pessoa com DM e/ou HAS, utilizando estes recursos.

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL - ODONTÓLOGA(O)

- Realizar o atendimento clínico bucal das pessoas com HAS/DM2.
- Planejar e executar atividades educativas sobre saúde bucal para a equipe de saúde, para a comunidade e para pessoas com HAS/DM2.
- Capacitar a equipe de saúde de APS no acolhimento e manejo de situações frequentes de saúde bucal em pessoas com DM e HAS.
- Facilitar o acesso de pessoas com HAS/DM2 à consulta odontológica.
- Realizar vigilância de pacientes faltosos ou que ainda não consultaram.
- Discutir casos nas equipes de referência.
- Encaminhar pessoas com suspeita de HAS/DM2 para consulta de rastreio com médico ou enfermeira.
- Encaminhar para serviços de referência quando houver necessidade.

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL - TÉCNICA(O) DE SAÚDE BUCAL

- Realizar o atendimento clínico bucal das pessoas com HAS/DM2, acompanhado do cirurgião-dentista.
- Planejar e organizar atividades educativas sobre saúde bucal para a equipe de APS, para a comunidade e para pessoas com HAS/DM2.
- Capacitar a equipe de saúde de APS no acolhimento e manejo de situações frequentes de saúde bucal em pessoas com DM e/ou HAS.
- Facilitar o acesso de pessoas com HAS/DM2 à consulta odontológica.
- Participar da vigilância de pacientes faltosos ou que ainda não consultaram.
- Participar das discussões de caso nas equipes de referência.

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.2 Atribuições por núcleo profissional

FARMACÊUTICA(O)

- **Dispensação de medicamentos e insumos para diabetes:** fornecer orientação individualizada aos pacientes com diabetes sobre o uso adequado e seguro de medicamentos prescritos e insumos para diabetes.
- **Orientação e encaminhamento sobre acesso aos insumos para diabetes e canetas de insulina,** conforme Portarias vigentes.
- **Orientação sobre o uso correto e seguro de insulina,** sua conservação e seu descarte.
- **Monitoramento da glicemia:** o farmacêutico pode realizar a medição da glicemia capilar e interpretar os resultados para o paciente. Ele pode ajudar a identificar padrões nos níveis de glicose e colaborar com o paciente no ajuste da terapia medicamentosa.
- **Acompanhamento farmacoterapêutico:** fazer o acompanhamento da terapia medicamentosa do paciente com diabetes, verificando se os medicamentos estão sendo utilizados corretamente e avaliando a adesão ao tratamento medicamentoso.
- **Conciliação medicamentosa:** o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, visando diminuir as discrepâncias não intencionais.
- **Gerenciamento de problemas relacionados a medicamentos:** o farmacêutico pode ajudar o paciente a gerenciar problemas relacionados a medicamentos, como efeitos colaterais indesejáveis, interações medicamentosas ou dificuldades com a administração dos medicamentos.
- **Práticas integrativas e complementares:** o farmacêutico que for capacitado pode contribuir para o cuidado ao paciente diabético, considerando a utilização de plantas medicinais, a *yoga*, a meditação, a acupuntura, a auriculoterapia e as práticas corporais chinesas.

MÉDICA(O)

- Realizar a consulta médica.
- Realizar diagnóstico, estratificação de risco e orientação das condutas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas.
- Abordagem familiar e comunitária.
- Realizar a consulta médica para avaliação do pé da pessoa com DM2.
- Avaliação clínica dos pacientes, com periodicidade conforme estratificação de risco.
- Realizar referência e contra referência dentro da rede de atenção à saúde, conforme necessidade do usuário.
- Fornecer informações sobre saúde bucal durante a consulta e encaminhar para avaliação odontológica.
- Discutir casos específicos com outros profissionais ou realizar interconsultas.
- Encaminhar para outros núcleos profissionais dentro da Unidade de saúde, conforme necessidade do usuário.
- Implementar e manter atualizados protocolos, rotinas e fluxos da sua área de competência na UBS.
- Contribuir com o cuidado utilizando PICS ([ver pg. 52](#)): acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, *ayurveda*, *yoga*, meditação e práticas corporais chinesas.

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.2 Atribuições por núcleo profissional

NUTRICIONISTA

Cada equipe pactua com a nutricionista de referência as atividades a serem desempenhadas conforme a disponibilidade de carga horária da nutricionista contratada.

- Planejar e organizar atividades educativas sobre alimentação saudável para para pessoas com HAS/DM2 classificadas no estrato 1 ou 2.
- Realizar educação permanente com a equipe sobre orientações de alimentação saudável para a população em geral, bem como para pessoas com obesidade, HAS/DM2, etc.
- Realizar o atendimento individual de pessoas com obesidade, DM e HAS ou complicações como DRC, após discussão de caso.
- Realizar interconsultas com médica(o) e/ou enfermeira(o) nas situações mais complexas.
- Encaminhar pacientes em que haja suspeita da presença de HAS/DM2, de acordo com rastreio e diagnóstico, para consulta médica.
- Solicitar exames, conforme o protocolo (rastreio e diagnóstico).
- Solicitar controle de peso, PA e HGT para pessoas com HAS/DM2 e/ou obesidade que necessitem de maior monitoramento.
- Realizar diagnóstico nutricional através da aferição antropométrica, anamnese alimentar e realização de exames laboratoriais.
- Registrar os dados antropométricos bem como a classificação do estado nutricional em campo apropriado no PE.

PSICÓLOGA(O)

As ações da psicologia relativas à atenção ao usuário com diagnóstico de HAS/DM2 estarão em consonâncias com as referências técnicas para atuação de psicólogos(as) na APS (CFP, 2019) e fluxos de saúde mental e atuação de psicólogos(as) nas unidades de saúde da GAPS, do GHC, com destaque para:

- Apoio matricial às equipes no processo de compreensão e manejo dos fatores emocionais, familiares e sociais que dificultam o autocuidado e a adesão ao tratamento de pessoas com HAS/DM2.
- Grupos e atividades de educação e promoção de saúde a usuários com HAS/DM2 com matriciamento ou coordenação compartilhada com outros profissionais da equipe.
- Atendimento individual ou familiar em situações identificadas pela equipe que indiquem sofrimento emocional com prejuízo no autocuidado, com perda importante de autonomia e do desempenho das atividades cotidianas. Incluem-se aqui as situações em que o sofrimento emocional tenha sido desencadeado por perdas ou agravamento da condição de saúde do(a) usuário(a) com HAS/DM2.
- Articulação com a rede intersetorial e/ou especializada em saúde mental no acompanhamento de situações complexas, com sofrimento emocional, com violação grave de direitos ou com maior vulnerabilidade à agudização / agravos da condição crônica de saúde.
- O papel da psicologia no acompanhamento de usuários com condições crônicas de saúde deve ser parte do plano terapêutico da equipe, de forma compartilhada com os demais profissionais de referência.
- Discutir casos específicos com outros profissionais ou realizar interconsultas, caso seja necessário.

1.3 MACC - Equipe Interprofissional:

1.3.2 Atribuições por núcleo profissional

TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM

- Acolher e identificar pessoas com suspeita de HAS/DM2 (atendimento da demanda espontânea, medida de PA) e encaminhar para rastreamento pela enfermeira, pelo médico ou pela nutricionista.
- Acolher e identificar pessoas com diagnóstico prévio de HAS/DM2 (atendimento da demanda espontânea, medida de PA, procedimentos de enfermagem) e encaminhar para acompanhamento pela enfermeira, pelo médico ou pela nutricionista.
- Executar ações assistenciais de enfermagem para pessoas com HAS/DM2, exceto as privativas do Enfermeiro.
- Identificar pessoas com DM2 e encaminhar para avaliação dos pés pela enfermeira(o) ou pelo médica(o).
- Identificar pessoas com HAS/DM2 e encaminhar para avaliação anual com a equipe de saúde bucal.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Realizar apoio matricial para as equipes por meio da discussão de casos, interconsultas, consultas sequenciais, visitas domiciliares, articulação intersetorial e comunitária e educação permanente, visando o cuidado integral e compartilhado e o direito às ocupações dos usuários.
- Avaliar, orientar e auxiliar na (re)organização e adaptação da rotina visando a prevenção de agravos e o autocuidado, através do equilíbrio ocupacional entre as áreas de ocupação: atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, gestão de saúde, descanso e sono, educação, trabalho, brincar / jogar, lazer e participação social.
- Avaliar o comprometimento funcional nas áreas de ocupação causado pelas alterações motoras, sensoriais, emocionais, sociais e relacionais ocasionadas e/ou potencializadas pela HAS/DM2.
- Avaliar necessidade de adaptação ambiental, de confecção de recursos de tecnologia assistiva e/ou encaminhamentos para os serviços da rede especializada para a avaliação, confecção e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, tais como palmilhas e sapatos ortopédicos, próteses, recursos ópticos e não ópticos e/ou outros dispositivos de tecnologia assistiva.
- Facilitar a adesão e acompanhamento em saúde, através da compreensão do quadro atual, práticas individuais e/ou grupais de educação em saúde.
- Orientar sobre prevenção de deformidades e acidentes como perfurações, queimaduras e comprometimentos como amputações, avaliando a sensibilidade e adaptando calçados, espaço físico e atividades.
- Contribuir para a reorganização da rotina após as mudanças, atentando para sobrecargas de cuidadores, preservação de autonomia, desequilíbrio de papéis ocupacionais e restrições em áreas de desempenho, como trabalho e lazer.

1.4 MACC - Monitoramento e Avaliação da Atenção:

1.4.1 Sistema de Informação em Saúde/Serviço de Saúde Comunitária (SIS/SCC - 1994-2023)

A prevalência de HAS é de 26% e a de DM2 é de 9% na população adulta. Estimava-se, em 2023, que no território do SSC/GHC, 20.752 adultos tivessem HAS e 7.184 tivessem DM2 (SIS, 2023).

Para monitorar e avaliar as ações de saúde das pessoas com HAS/DM2, o SSC, de forma pioneira, criou e sistematizou um conjunto de ações, indicadores e registros sob o nome de “ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS), DIABETES MELLITUS (DM) E OUTROS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)”, conhecido como HIPERDIA. Esta sistematização incluía as diretrizes do programa de HAS/DM do Ministério de Saúde, SES-RS e PMPA.

O monitoramento e a avaliação da atenção à saúde eram realizados, por meio de indicadores de um sistema próprio de informação (SIS-SSC), do GHC e de políticas nacionais.

O monitoramento e a avaliação eram realizados mensalmente, no nível local, pelo coordenador da unidade do HIPERDIA e pelo Apoio Técnico ao Monitoramento & Avaliação que fazia o compilado de todas as unidades do SSC.

Mensalmente, o Apoio Técnico ao Monitoramento & Avaliação publicava um relatório que tinha como objetivo: a) disponibilizar os resultados dos indicadores às equipes de saúde e colegiado de gestão do SSC/GHC, para que fossem monitorados e propiciassem o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas; b) divulgar outros dados e informações de interesse ao planejamento e avaliação em saúde (SIS, 2023).

Organização do HiperDia

Equipe de saúde planejava, estabelecia objetivos, metas e realizava diversas ações de atenção à saúde para pessoas com HAS/DM2 do território.

As ações eram registradas no prontuário eletrônico e sistema de informação do GHC e eram migrados para os sistemas municipais e nacionais.

No programa Access, acessível em cada Unidade de Saúde, era possível obter as informações dos registros realizados pelos profissionais.

O coordenador local do HIPERDIA monitorava e avaliava as informações e analisava em conjunto com a equipe os resultados dos diversos processos de atenção com objetivo de revisá-los e qualificá-los.

Cabia também ao coordenador local realizar educação permanente, estimular a equipe para realizar as atividades planejadas e ter reuniões periódicas com a equipe de monitoramento e avaliação.

Equipe do monitoramento e avaliação consolidava as informações das unidades visando qualificar o processo de trabalho, apoiar as equipes no seu processo de planejamento, realizar atividades de educação permanente, divulgar e implementar protocolos e diretrizes e realizar pesquisas.

Operacionalização do HiperDia

Todos os membros da equipe podiam encaminhar para rastreamento de HAS/DM2 seguindo os critérios definidos no protocolo.

Se realizado o diagnóstico, a pessoa era cadastrada no programa HIPERDIA mediante a inclusão do CID de HAS e/ou DM2 na lista de problemas do Prontuário Eletrônico do paciente do GHC (PEP). A linha de cuidado HAS/DM2 era aberta após a inclusão dos CID's:
CID HAS: I10 - Hipertensão Arterial Essencial (Primária).
CID DM2 Insulinodependente: E10 (E10.0 a E10.7).

Uma vez atribuído o CID, o registro do atendimento era realizado na Linha de Cuidado HAS/DM2. A tela inicial das linhas de cuidado (HAS/DM 2), no PEP/GHC, se refere ao controle clínico e estratificação de risco, aos fatores de risco e à lesão em órgão alvo. Na tela evolução se fazia o registro do atendimento, avaliação do pé diabético (conforme risco), registro dos sinais vitais e o acesso as evoluções a partir de 2020.

A avaliação do pé diabético no PEP tem uma “aba” específica onde consta um roteiro de anamnese e exame físico. Conforme as informações incluídas, o sistema fazia a avaliação de risco e aprazamento.

1.4 MACC - Monitoramento e Avaliação da Atenção:

1.4.2 Interface e-SUS (2024 - em diante)

IDENTIFICAÇÃO, MANEJO E ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DM2

No e-SUS, na aba SOAP (acrônimo de Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), no campo **avaliação**, em **problemas e/ou condições avaliados neste atendimento**, sugere-se:
Nos campos CIAP-2 e/ou CID-10 utilizar palavras-chave como **“diabetes”** ou **“insulina”**.

CIAP-2: T90 ou T89.

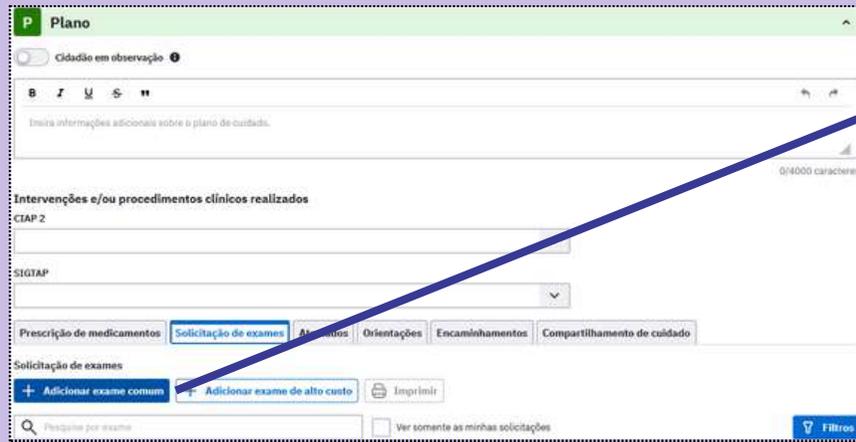
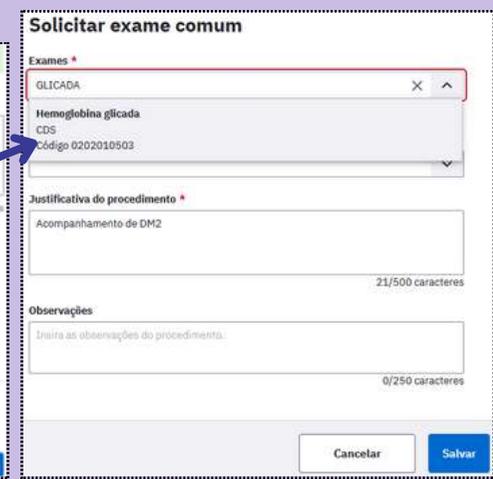
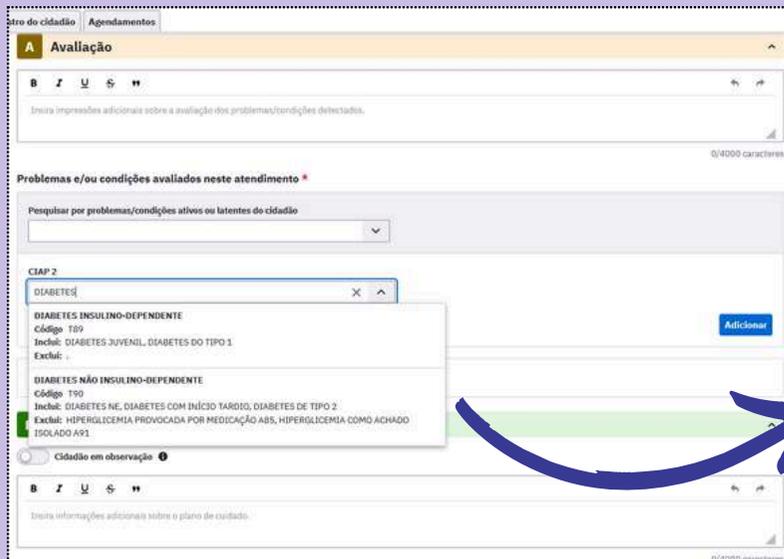
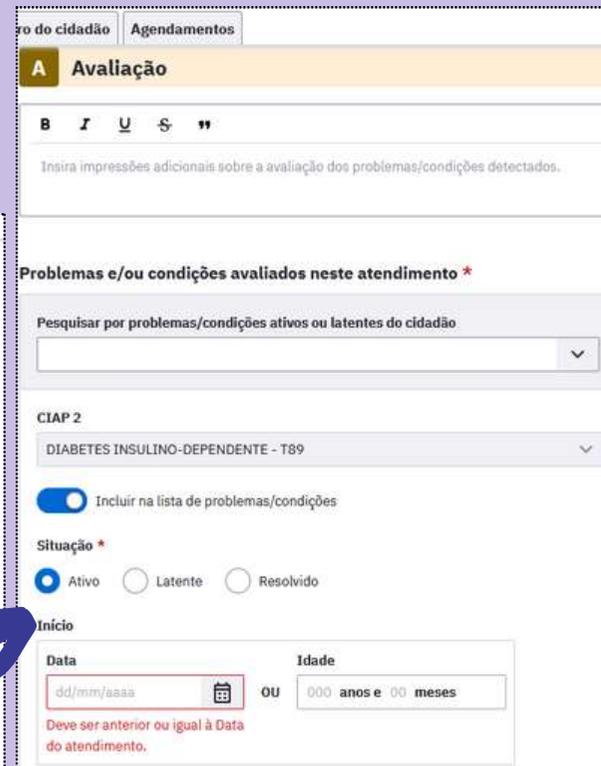
CID-10: CID que contenha o código E10, que contenha o código E11, que contenha o código E12, que contenha o código E13, que contenha o código E14, que contenha o código O24, E232, N083, N251, P700 ou P702.

Toda pessoa com **Diabetes Mellitus** cadastrada na Unidade de Saúde (US) deve:

- Ter a condição **ATIVA** no **e-SUS**;
- Passar por **atendimento médico e/ou de enfermagem** conforme estratificação de risco;
- Uma dosagem de **hemoglobina glicada**, no mínimo, uma vez por semestre.

Para solicitar o exame: no campo **plano**, clicar na aba **solicitação de exames**, clicar em **adicionar exame** comum e registrar.

Para avaliar o resultado: no campo **objetivo**, clicar na aba **adicionar resultados de exames**.



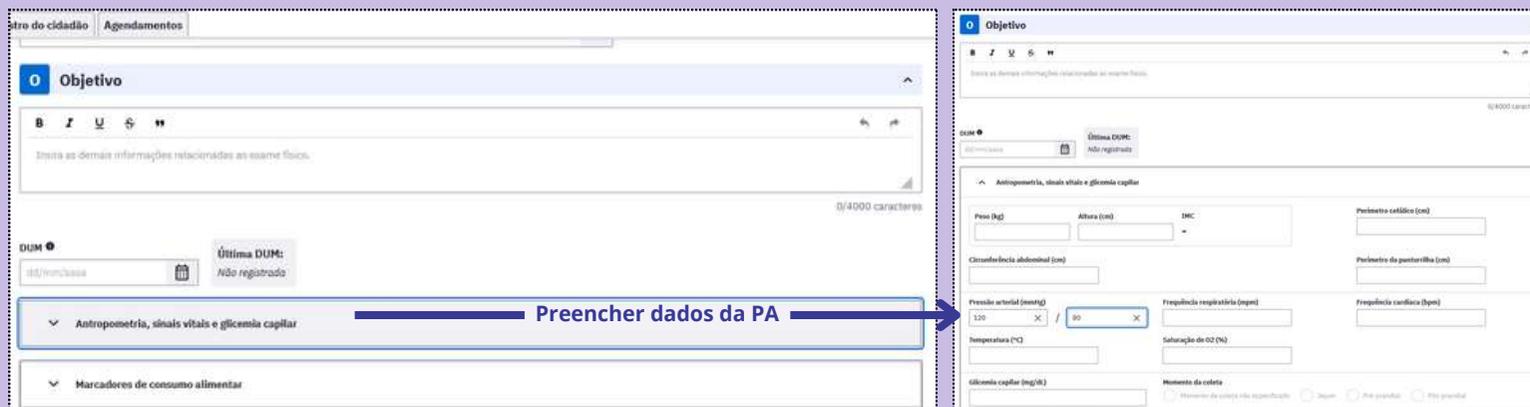
Fonte: Imagens coletadas do e-SUS (2024).

1.4 MACC - Monitoramento e Avaliação da Atenção:

1.4.2 Interface e-SUS (2024 - em diante)

IDENTIFICAÇÃO, MANEJO E ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HAS

No e-SUS, na aba SOAP, no campo **objetivo**, abrir a aba: **antropometria, sinais vitais e glicemia capilar**, preencher o campo **Pressão Arterial**.



No e-SUS, na aba SOAP, no campo **avaliação**, em **problemas e/ou condições avaliados neste atendimento**, sugere-se: Nos campos CIAP-2 e/ou CID-10 utilizar palavras-chave como **“hipertensão”**.

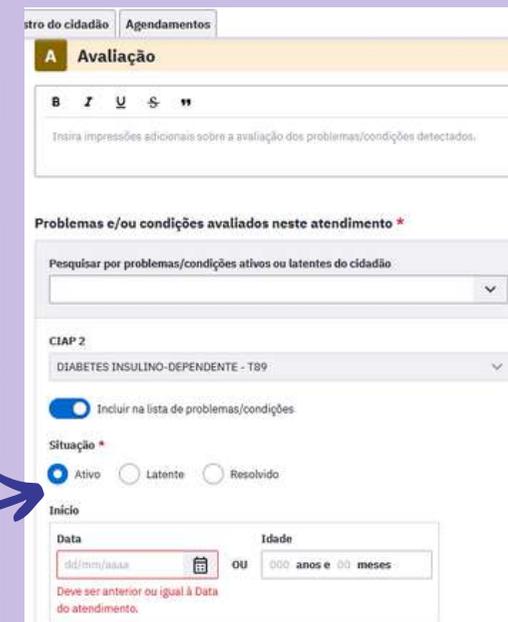
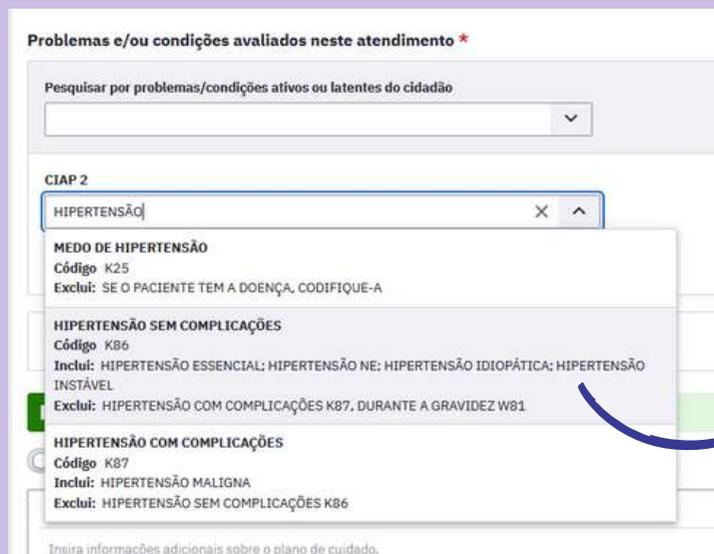
CIAP-2: K86 ou K87.

CID-10: CID que contenha o código I13, que contenha o código I15, I10, P292, K766, I270 ou I272.

Toda pessoa com **HAS**, cadastrada na US deve:

- Ter a condição **ATIVA** no **e-SUS**;
- Passar por **atendimento médico e/ou de enfermagem** conforme estratificação de risco;
- Uma aferição de PA, no mínimo, uma vez por semestre.

Fonte: Imagens coletadas do e-SUS (2024).



1.4.2 Interface e-SUS (2024 - em diante)

Códigos CIAP-2 e CID-10 Cuidados da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde

CONDIÇÃO	CIAP2	CID10
AVC	K89, K90, K91	G45, G46, I60, que contenha o código I61, I62, que contenha o código I63, I64, I65, I66, que contenha o código I67 (exceto I674), I68, I69
Diabetes Mellitus Tipo 2	T89 ou T90	Que contenha o código E10, que contenha o código E11, que contenha o código E12, que contenha o código E13, que contenha o código E14, que contenha o código O24, E232, N083, N251, P700, P702
Doença Cardíaca	K74, K76, K77, K79, K80, K82, K83, K84, K99	I20, I240, I249, I25, I50, I47, I49, I27, I28, I34, I35, I36, I37, I31, que contenha I42 (exceto I424), I43, I44, I45, I46, I51, I52, O903, I71, I72, I77, I780, I788, I789, I79, I85, I86, I871, I879, I890, I98, I99, M30, M31, R57, T063
Doença Renal	U70, U71, U72, U75, U76, U77, U78, U79, U80, U85, U88, U90, U95, U98, U99	N10, N11, N12, N151, N159, N30, N390, A560, A562, A590, B374, N34, C64, C65, C67, C66, C68, D30, D099, D091, D41, S370, S371, S372, S373, T190, T191, T283, Q60, Q61, Q62, Q63, Q64, N00, N01, N03, N04, N05, N07, N08, N14, N150, N158, N16, N392, 20, N21, N22, N391, R80, R81, R82, N06, N13, N17, N18, N19, N25, N26, N27, N28, N29, N31, N32, N33, N35, N36, N37, N398, R392, T198, T199, Z905, Z906
Hipertensão Arterial Sistêmica	K86 ou K87	Que contenha o código I13, que contenha o código I15, I10, P292, K766, I270, I272
Infarto Agudo do Miocárdio	K75, K78	Que contenha o código I21, que contenha o código I22, que contenha o código I23, I241, I48
Obesidade	T82	Que contenha o código E66
Rastreamento Risco Cardiovascular	K22	Z136, Z824
Tabagismo	P17	Z720

2.TECNOLOGIAS E FERRAMENTAS DE APOIO

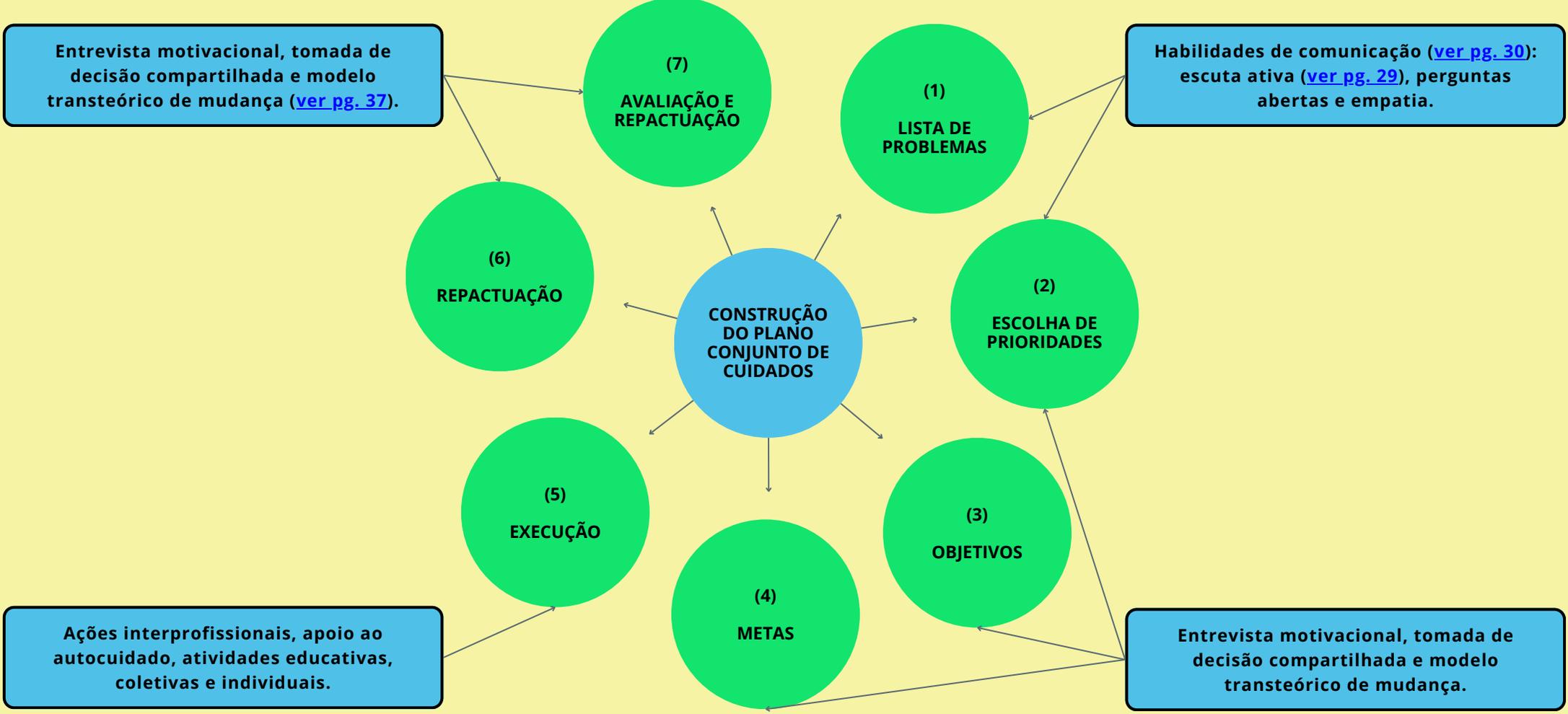
2.1 Ferramentas para construção do plano conjunto de cuidados:

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) incorporou diversas ferramentas e/ou tecnologias para qualificar, integrar e aumentar a efetividade do cuidado.

Todas estas ferramentas têm um passo a passo sistematizado e buscam fortalecer a escuta, o diálogo, a compreensão e a prática efetiva do autocuidado apoiado.

Na figura a seguir apresentamos um esquema que exemplifica a construção do plano conjunto, utilizando algumas das ferramentas descritas nesta seção (OPAS, 2015; CAVALCANTI et al., 2012; MENDES, 2012).

Ferramentas para auxiliar a construção do plano conjunto de cuidados



Fonte: Organizado pelos autores (2023) com base em STEWART et al., 2017 e CAVALCANTI et al., 2012.

2.2 Escuta Ativa:

O diagnóstico e tratamento da HAS/DM2 ocasionam um forte impacto emocional na pessoa e sua família. Poderá ocorrer uma mudança no cotidiano, na rotina e em projetos de futuro das pessoas com HASDM2, bem como seus familiares e pessoas envolvidas no cuidado.

Esse processo de mudança precisa ser “narrado” pela pessoa e “escutado” pela equipe de saúde, para assim haver um entendimento e compreensão da doença e da nova realidade. Refletir sobre o novo cotidiano, as novas necessidades e as mudanças que precisam ser realizadas é um processo difícil e, muitas vezes, demorado - exigindo escuta, empatia e apoio dos profissionais de saúde para com a pessoa.

ESCUTAR é compreender, sentir o que a pessoa tem a dizer / narrar. É o ato de estar sensível ao que é comunicado e expresso através de gestos e palavras, ações e emoções. ESCUTAR é ouvir com atenção, estar focado naquilo que a pessoa está contando. ESCUTAR é também observar empaticamente a pessoa, sua linguagem corporal, seus silêncios, assim como ESCUTAR também é tocar (SANTOS, 2019).

A escuta propicia que a pessoa seja compreendida de forma integral, que o vínculo terapêutico seja estabelecido e aprimorado, que a diversidade e a singularidade prevaleçam no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado. É aquela que inquieta o pensamento e nos provoca positivamente, para não ficarmos presos no acontecido (passado) e buscar o acontecer, da criação do novo, do vir a ser (ZIEGELMAN, 2023).

A escuta propicia que a pessoa com condição crônica seja protagonista do seu cuidado, sendo acolhida em suas necessidades. A escuta aprimora o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, aperfeiçoa a elaboração de um plano terapêutico que atenda às necessidades específicas de cada pessoa e melhora a adesão ao tratamento.

Bases da Escuta Ativa



Fonte: Organizado pelos autores (2024).

Os Ingredientes da Escuta Ativa



Fonte: PORCARI, 2022.

2.3 Comunicação Efetiva:

Uma comunicação adequada e centrada na pessoa leva a melhores resultados em saúde, melhor satisfação, adesão ao tratamento, bem como níveis reduzidos de desconforto e preocupação e melhora da saúde mental (DOHMS; GUSSO, 2020).

Há diversos modelos de consulta que propiciam uma melhora da comunicação. Estes modelos de consulta têm como referência as abordagens e o método clínico centrado na pessoa (STEWART, 1995; KURTZ e col, 2003). Estes autores sugerem a sistematização da consulta em quatro etapas (fase inicial, fase de exploração, fase de compartilhamento de informações, negociação e tomada de decisão). Evidências sugerem que este tipo de consulta favoreceu a comunicação efetiva (ADA, 2023; MENDES, 2012).

Na comunicação presencial com a pessoa portadora de HAS/DM2, os elementos que efetivam a comunicação são: comunicação não verbal (principalmente linguagem corporal e facial em 55% das situações); o tom e a inflexão da voz em 38% e somente em 7% das pessoas a comunicação é efetivada com conteúdo das palavras (PYGALL, 2018).

Para estabelecer uma comunicação efetiva os profissionais de saúde precisam desenvolver algumas habilidades. As principais delas são: a escuta, a empatia e técnicas de linguagem verbal e não verbal. Estas habilidades devem ser integradas na abordagem com uma pessoa com HAS/DM2, conforme item 2.3.1.

2.3.1 Principais habilidades de comunicação

A) ESCUTA: ESCUTAR EFETIVAMENTE AJUDA A CONSTRUIR UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA COM A PESSOA:

- POTENCIALIZE A ESCUTA:

- Fazendo contato visual.
- Oferecendo toda a sua atenção.
- Não interrompendo a pessoa por pelo menos 60 segundos.
- Reconhecendo a linguagem não verbal.
- Sendo honesto, aberto e acolhedor.
- Evitando distrações (telefone, batida na porta, computador, etc.).
- Utilizando uma linguagem adequada ao meio cultural da pessoa.

- EVITE:

- Apressar a consulta.
- Interromper.
- Registrar e não olhar para a pessoa.
- Falar demais.

B) PRATICAR A EMPATIA: COLOQUE-SE NO LUGAR DO OUTRO PARA MELHOR COMPREENDER AS DÚVIDAS E DESEJOS:

- PARA ISSO:

- Escute e identifique os sentimentos da pessoa.
- Permita que a pessoa expresse suas emoções.
- Seja acolhedor.
- Observe transferência e contra transferência.
- Utilize o humor quando adequado.
- Toque e/ou contato físico, quando pertinente.
- Faça contato visual.



- EVITE:

- Julgar, criticar ou culpar a pessoa.
- Ser reativo/discordar ou confrontar.
- Ficar desconfortável com altos níveis de emoção e fardo dos problemas.
- Dar palpites.

C) TÉCNICAS DE LINGUAGEM NÃO VERBAL:

- POTENCIALIZE A LINGUAGEM NÃO VERBAL:

- Cumprimente a pessoa com expressão facial de acolhida, toque no ombro ou aperto de mãos.
- Faça contato visual no início da entrevista.
- Coloque as cadeiras do consultório de modo que facilitem o contato visual e uma postura acolhedora.
- Utilize o toque se você se sentir confortável.
- Crie ambiente acolhedora.

- EVITE:

- Expressão facial rígida, sem nuances afetivas.
- Olhar concentrado no computador.
- Postura corporal distante e não acolhedora.
- Gestos repetidos: balançar a perna, esfregar as mãos, etc.

2.3 Comunicação Efetiva:

2.3.1 Principais habilidades de comunicação

C) TÉCNICAS DE LINGUAGEM VERBAL: SÃO AS TÉCNICAS QUE POTENCIALIZAM A COMUNICAÇÃO ESCRITA OU FALADA.

- Utilize perguntas abertas.
- Encorajamento verbal curto.
- Reflexões em espelho: utilize expressões finais da pessoa para encorajá-la a continuar a conversa.
- Paráfrases: utilize as expressões da pessoa, mas com elementos reflexivos do profissional.
- Seguimentos de pistas verbais.
- Síntese da comunicação verbal.
- Prevenção de demanda aditiva.
- Priorize problemas/pactue agenda.

EVITE:

- Conversar sobre todos os problemas na mesma consulta.
- Dirigir a conversa.
- Ser abrupto e incisivo.
- Impor suas ideias.
- Perguntas sugestivas.
- Perguntas negativas.
- Usar diminutivo.

EXEMPLOS:

- “Pode me contar um pouco mais sobre essa sua preocupação?”
- “Entendo”, “continue”, “sim”.
- Pessoa: “Eu só quero melhorar o meu diabetes”.
Profissional: “Você só quer melhorar o seu diabetes”.
- Pessoa: “Eu só quero melhorar o meu diabetes”.
Profissional: “Você só quer melhorar o seu diabetes e de que forma você pensou em melhorar isso?”.
- Pessoa: “Estou me sentindo triste com a morte do meu marido. Foi tão de repente...”.
Profissional: “Você está se sentindo triste com a morte do seu marido. Poderia me falar um pouco mais sobre esta tristeza?”.
- Profissional: “Deixe-me ver se eu entendi, você não está dormindo direito, aumentou o peso nos últimos meses e quer receita dos remédios para diabetes. É isso?”.
- Profissional: “Além de todos os problemas que você trouxe hoje (resumo), tem mais alguma coisa que você gostaria de colocar?”.
Pessoa: “Não, são essas coisas aí!”.
- Profissional: “De todas essas coisas que você trouxe hoje, qual delas você gostaria que fosse resolvida hoje? Veja que não vou conseguir encaminhar tudo hoje, mas gostaria que você saísse satisfeita da consulta encaminhamento o que for mais importante para você”.

EXEMPLOS PARA EVITAR:

- Esmiuçar todas as queixas em uma consulta é um esforço que de forma geral aumenta muito o tempo da consulta e os problemas são vistos de forma superficial. O mais importante na consulta em que a pessoa traz múltiplas queixas é perguntar quais são as duas prioridades (ou agenda) em relação aos problemas trazidos. O que ela quer encaminhar hoje.
- Profissional da saúde: “Você está se sentindo melhor, não está?”.
- “Você controla o diabetes ou vai acabar amputando o pé”.
- Pessoa: “Estou há muito tempo com problemas com meu marido. Você já sabe. Já contei isso várias vezes”.
Profissional: “Sim, por isso, eu acho que o melhor para você, seria se separar do seu marido. Você não acha?”.
- “Você está fazendo a dieta direitinho, não é?”.
- “Você não tomou refrigerante esta semana, não é?”.
- “Como está essa vizinha?” (Dirigindo-se à pessoa idosa).



Referência(s): DOHMS; GUSSO, 2020; PACK, 2020; CARRIÓ, 2012.

2.3 Comunicação Efetiva:

2.3.2 Comunicação de notícias difíceis

Uma notícia difícil pode ser definida como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro” (BACK, 2013).

Comunicar o diagnóstico de uma condição crônica é considerado uma notícia difícil, já que as incertezas que acompanham o diagnóstico de HAS/DM2 afetam desejos, planos e objetivos de vida da pessoa.

O diagnóstico não é a única notícia difícil que pessoas com HAS/DM2 vivenciam. Ao longo do tempo podem surgir outras doenças, complicações, introdução de novos medicamentos que exigem novas adaptações, novos planos tornando esses momentos difíceis de serem conversados, dado que de forma geral se referem a uma piora da condição

- PRINCIPAIS OBJETIVOS**
- a) Entender as informações e expectativas que a pessoa tem sobre a notícia difícil.
 - b) Fornecer informações e conversar de forma clara e objetiva de acordo com as necessidades e desejos da pessoa.
 - c) Apoiar a pessoa utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento.
 - d) Construir um plano conjunto de cuidados, com a participação ativa da pessoa.

Há varias sistematizações de como dar notícias difíceis. O mais utilizado é o SPIKE, que é um roteiro que compreende seis etapas.

SPIKE

	Tradução para Português	Atividades
S = SETTING	Planejamento Prévio	Escolha um lugar privativo; Solicite que a pessoa não venha sozinha; Revise o prontuário; Tente imaginar como você dará a notícia.
P = PERCEPTION	Percepção da pessoa	Procure perguntar como a pessoa se sente e percebe a situação com relação a: sentimentos, ideias, funcionamento de vida, expectativas - SIFE. Faça contato não verbal.
I - INVITATION	Convidar a pessoa para uma conversa	Pergunte para a pessoa se ela quer saber todas as informações sobre a situação.
K = KNOWLEDGE	Dando conhecimento ou dando a notícia	Comunique a notícia difícil inicialmente na linguagem da pessoa; tente não usar termos técnicos desconhecidos e dê a notícia aos poucos checando a compreensão e reações da pessoa. Evite a dureza excessiva (“Não há mais nada a fazer”).
E = EMOTION	Abordar as emoções	As reações sobre as notícias podem ser as mais variáveis, mas, em geral, são sentimentos de incredulidade, choque, dor e isolamento; Realizar uma escuta ativa, oferecer solidariedade, apoio e disponibilidade.
S = SUMARY	Síntese e Plano conjunto	Fazer a síntese checando o entendimento e compreensão; Propor fazer um plano de cuidados de forma conjunta; Colocar-se disponível para a pessoa.

- FALA AFIRMATIVA AFETIVA** ← “Percebo que você não esperava por isso.” “Sei que não é uma boa notícia para você.” “Sinto ter que lhe dizer isso.” “Eu também esperava um resultado melhor.”
- FALAS EXPLORATÓRIAS (SIFE)** ← “Como você se sente em relação a isso?” “O que você acha que está acontecendo?” “Como percebe a situação?”
- FALAS DE PISTAS VERBAIS** ← “Na sua situação é compreensível esta reação sim.” “Os exames vão confirmar o problema.” “Essa maneira de fazer o tratamento como você está pensando é boa.”

EXEMPLOS DE FALAS QUE FACILITAM A CONVERSA DIFÍCIL

Referência(s): DOHMS; GUSSO, 2020; BACK et al., 2007; BAILE et al., 2000.

2.4 Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e o plano conjunto de cuidados:

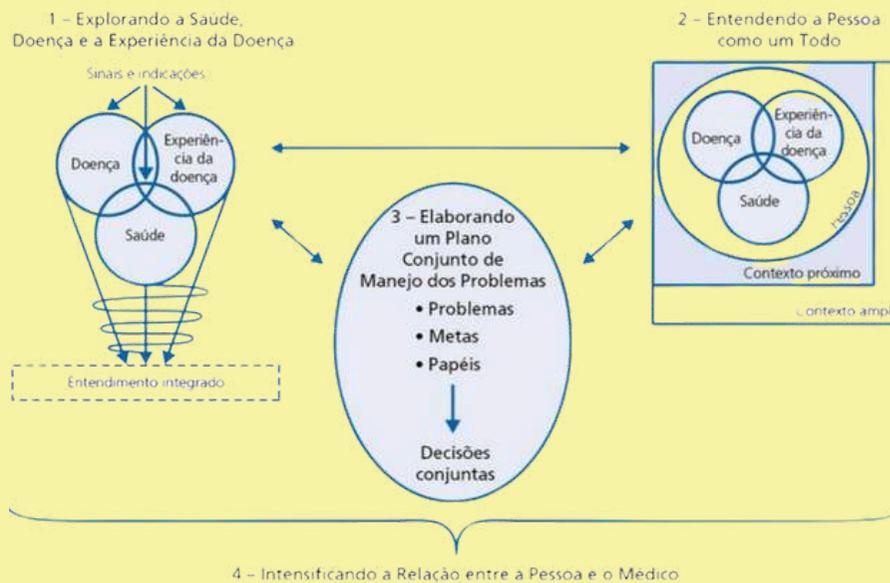
O MCCP é uma das abordagens sugeridas pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o cuidado das pessoas com HAS/DM2 (MENDES, 2012) É um método interprofissional, ou seja, pode ser utilizado por todos os profissionais da equipe para auxiliar na construção do plano de cuidados.

É uma abordagem que enfatiza a escuta, a vivência da pessoa do seu processo saúde e doença, a visão integral da pessoa e sua família e se propõe por meio de passos sistemáticos à construção do plano conjunto de cuidados sustentado nas necessidades e prioridades de cada pessoa (STEWART et al., 2017).

Em estudo realizado no SSC, nas pessoas com menor nível de escolaridade, menor tempo de acompanhamento com o mesmo profissional de saúde, autopercepção de saúde regular, ruim a muito ruim e morando sozinhas foi demonstrado que houve uma menor abordagem centrada na pessoa do que aquelas menos vulneráveis (CASTRO; KNAUTH, 2022).

Neste capítulo está destacado dois componentes do MCCP: “explorando a saúde, doença e experiência do adoecimento” e o “plano conjunto de cuidados”.

COMPONENTES DO MCCP



Fonte: STEWART et al., 2017.

COMPONENTES DO MCCP: EXPLORANDO A SAÚDE, DOENÇA E EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO

Para conhecer a perspectiva da pessoa do seu processo de adoecimento, costuma-se utilizar o acrônimo SIFE, conforme exemplo a seguir:

S	SENTIMENTOS: Como o problema está afetando emocionalmente a pessoa: medos, emoções, dificuldades, etc.	“Dona Zuleica, como você <u>está se sentindo</u> em relação ao seu peso?”
I	IDEIA: O que a pessoa entende do seu problema de saúde.	“O que você <u>acha que está acontecendo</u> para você estar com o peso aumentado?”
F	FUNCIONAMENTO: Como o problema de saúde interfere nos afazeres e rotinas cotidianas.	“Você tem <u>alguma dificuldade</u> por causa do sobrepeso?”
E	EXPECTATIVA: O que a pessoa espera em relação à sua consulta e tratamento.	“Você vai começar a caminhar para emagrecer. O que você acha que vai acontecer? <u>Qual a sua expectativa?</u> ”

Quando o profissional de saúde utiliza o SIFE consegue compreender a pessoa e o seu processo de adoecimento. Há um aprofundamento do problema, o que nos permite lidar com situações complexas.

Referência(s): Adaptado pelos organizadores de SILVA; CUNHA; SILVA, 2019.

2.4 Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e o plano conjunto de cuidados:

PASSO A PASSO DA CONSTRUÇÃO DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS

“Uma das metas contrais das abordagens centradas na pessoa é a construção de um Plano Conjunto de Cuidados dos problemas de saúde da pessoa assistida. A construção do plano é resultado de um consenso entre a pessoa e o profissional para tratar seus problemas de saúde, que reflita suas necessidades, valores, preferências e metas, e que seja fundamentado em evidências e diretrizes. A construção desse entendimento se dá no contexto que abrange a individualidade da pessoa, sua família e outros relacionamentos importantes que apoiam o autocuidado. É um processo colaborativo baseado na confiança, empatia e respeito mútuo” (STEWART et al., 2017).



(*) Ainda não há um registro sistematizado dessas questões no prontuário eletrônico. Solicitamos que seja registrado no item "P" do "SOAP" ou no item "conduta" / "orientações".

Referência(s): WHO, 2022; STEWART et al., 2017; OPAS, 2015; BRASIL, 2014a; MENDES et al., 2012.

2.5 Autocuidado Apoiado:

O autocuidado apoiado é uma conversa, negociação, responsabilização e um fazer entre o cuidar de si (pessoa, família e comunidade) e cuidar do outro (profissional de saúde e rede de atenção).

É centrado nas **NECESSIDADES** de cuidado da pessoa relacionadas à sua condição crônica.

A construção de um **PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS** (ver [Plano Conjunto de Cuidados pg. 34](#)) a partir da identificação de prioridades e estabelecimento de metas realistas de forma negociada é fundamental para construir as mudanças necessárias para um autocuidado efetivo e ao longo do tempo.

De forma didática o autocuidado tem três dimensões: como as pessoas enfrentam e se engajam emocionalmente com a condição crônica e suas adversidades, os problemas que envolvem o manejo clínico e as mudanças necessárias no estilo de vida.

2.5.1 Intervenções efetivas da equipe de saúde para apoiar o autocuidado

✓ Garantir a participação da pessoa no seu cuidado.

✓ Estimular o automonitoramento e automedicação (ver [pg. 121](#)).



✓ Construir um plano de cuidados (ver [pg. 34](#)).

✓ Fazer atividades em grupo (ver [pg. 48](#)).



✓ Utilizar os 5 "As" (ver [pg. 38](#)).

✓ Promover a educação entre pares (ver [pg. 50](#)).



✓ Organizar o apoio / rede social (obter o apoio dos demais) (ver [pg. 46](#)).

✓ Desenvolver habilidades de autocontrole, ou seja, manejo da saúde, da função e das emoções relacionadas com as condições crônicas.



Quer saber mais? Acesse em: <https://www.cdc.gov/diabetes/professional-info/training.html>



A **EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO** é um processo contínuo, mas há 5 momentos críticos em que precisa ser reforçada:

1. No momento do diagnóstico;
2. Anualmente e/ou quando as metas não forem alcançadas;
3. Quando surgirem complicações;
4. Quando houver mudanças no tratamento;
5. Nas crises dos diferentes ciclos vitais.



Referência(s): WHO, 2022; OPAS, 2015; BRASIL, 2014a; CAVALCANTI et al., 2012; AADE, 2011.

2.5 Autocuidado Apoiado:

2.5.2 Autocuidado apoiado e abordagem em grupos

Intervenções de autocuidado em grupo são as que têm resultados mais sólidos e eficientes na estabilização das condições crônicas (WHO, 2022; OPAS, 2015).

Compartilhar experiências, apoiar, aprender e conhecer distintas maneiras de autocuidado fortalece e empodera os diferentes participantes do grupo.

Incluir no grupo pessoas experientes ou já familiarizadas com o problema favorece o autocuidado dos demais participantes (educação entre pares).

Os grupos facilitam a expressão de sentimentos, podendo constituir numa rede de apoio.

O principal objetivo dos grupos é preparar e apoiar as mudanças possíveis e necessárias de cada participante.

Nos grupos são trabalhadas as dimensões do autocuidado: engajamento no cuidado, aspectos emocionais, mudanças no estilo de vida e manejo clínico.

GRUPO PARA APOIAR O AUTOCUIDADO: 4 ENCONTROS

PRIMEIRO ENCONTRO



"COMO EU ME SINTO?" ---- Expressão de sentimentos e percepção do adoecimento (SIFE).

"COMO ESTOU?" ---- Medidas antropométricas e informações do prontuário.

"O QUE EU SEI?" ---- Informações e conhecimentos da doença, fatores de risco, complicações e tratamento.

TERCEIRO O ENCONTRO

"O QUE QUERO MUDAR?" ---- Cada integrante do grupo escolhe de forma individual prioridade e metas > PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS.

- **ENCAMINHAMENTOS DO PLANO CONJUNTO DE CUIDADOS:**



1) PARA GRUPOS: caminhada, saúde no prato, cessação de tabagismo, grupos de pessoas com HAS/DM2, consulta coletiva, grupos de convivência, manejo do stress. etc. ([ver pg. 48](#)).

2) PARA ATENDIMENTO INDIVIDUAL: MFC, enfermeira, psicóloga, assistente social, dentista, nutricionista, farmacêutica, terapeuta ocupacional, visita domiciliar, entre outros.

3) PARA RECURSOS DA REDE: verificar de acordo com o indivíduo e seu território.

SEGUNDO ENCONTRO



"COMO É MEU DIA A DIA?" ---- Rotinas, hábitos e estilo de vida.

"O QUE EU FAÇO PARA ME CUIDAR?" ---- Mudança de hábitos e estilo de vida, adesão ao tratamento, capacidade de autocuidado

"QUEM PODE AJUDAR?" ---- Rede de apoio.



QUARTO O ENCONTRO

- **REENCONTRO PARA AVALIAÇÃO DAS METAS:** o grupo estabelece quando será o retorno para avaliação.



Referência(s): OPAS, 2015; MENDES et al., 2012; AAE, 2011.

2.6 Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento:

Ao receber a notícia de diagnóstico de HAS ou DM2, a pessoa tem um impacto importante em sua vida. A visão de futuro muda drasticamente, pois para a maioria delas "a vida vai mudar" em vários aspectos, visando alcançar um dia a dia mais saudável e uma melhor qualidade de vida.

Para mudar, a pessoa necessita ter motivação. Essa motivação é um processo dinâmico que se modifica ao longo do tempo e a cada circunstância, podendo, didaticamente, ser dividida em 5 estágios.

É muito importante que o profissional de saúde identifique em qual estágio de mudança a pessoa se encontra para assim definir as diferentes estratégias ou ações.

OS ESTÁGIOS DE MUDANÇA E AS ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS

DEFINIÇÃO

(A) PRÉ-CONTEMPLAÇÃO: a pessoa não pensa na mudança e não quer mudar. Ela não vê problema nas diferentes situações que precisariam mudar. Pode ser hostil, resignado ou racionalizado.

(B) CONTEMPLAÇÃO: a pessoa está ambivalente em relação à mudança. Reconhece a necessidade de mudança, mas não seria neste momento.

(C) PREPARAÇÃO: diminuição da ambivalência. O desejo de mudar predomina sobre o "não mudar", mas não totalmente.

(D) AÇÃO: pessoa se engaja na mudança. Toma atitudes e cria estratégias para que a mudança aconteça.

(E) MANUTENÇÃO: seis meses após a incorporação da mudança, pode-se dizer que a pessoa está no estágio da manutenção. Persistência e aprender a lidar com deslizes ou recaídas são características.

ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS

(A) PRÉ-CONTEMPLAÇÃO: informar; levantar dúvidas e trazer questionamentos; aumentar e fortalecer a percepção acerca dos riscos e problemas decorrentes do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos pessoais e o comportamento.

(B) CONTEMPLAÇÃO: explorar a divisão interna para que a pessoa saia do estado de paralisia; evocar as razões para mudança; evocar as razões para mudar e os riscos de mudar ou não mudar o comportamento alvo; fornecer apoio; fortalecer a autoeficácia para a mudança.

(C) PREPARAÇÃO: elaborar e detalhar de forma conjunta um plano de ação; questionar quando, como e onde pretende realizá-lo, como irá se organizar, qual a data de início, quais são as metas e os prazos, quais os obstáculos, quem ou o que ajudará.

(D) AÇÃO: acompanhar os passos para a mudança, avaliar em conjunto o foco, os resultados atuais, a necessidade de adequação e a persistência.

(E) MANUTENÇÃO: ajudar na identificação dos benefícios do comportamento assumido e na valorização do que está funcionando; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.



Figura: CLÍNICA DE HIPNOTERAPIA, 2023.

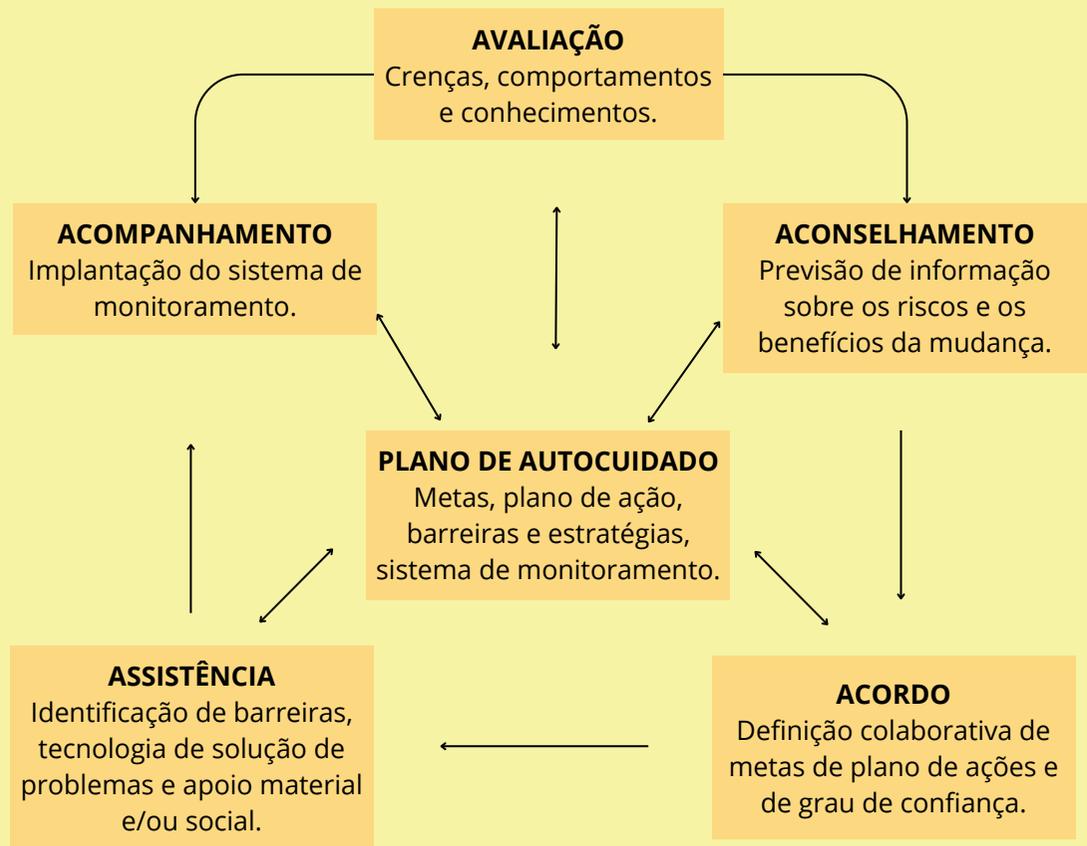
RECAÍDA: auxiliar a pessoa a renovar os processos de contemplação, preparação e ação. Motivar a pessoa para não se sentir culpada, imobilizada ou desmoralizada.

Referência(s): CAVALCANTI et al., 2012; PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982.

2.7 Técnica dos "5 A's":

A técnica dos "5 A's" auxilia na construção do plano conjunto de cuidados.

REPRESENTAÇÃO GRAFICA DA TÉCNICA DOS 5 A's



Fonte: OPAS, 2015; MATOS, 2014; CAVALCANTI et al., 2012.

COMPONENTES DA TÉCNICA 5 A's E ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

COMPONENTES	ESTRATÉGIAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE
AVALIAÇÃO	Obter informações atualizadas sobre a condição do paciente em relação a múltiplos comportamentos de saúde; Avaliar fatores de risco para a saúde.
ACONSELHAMENTO	Com base no perfil de risco, combinado a informações sobre comportamento, histórico familiar, convicções pessoais e outros dados disponíveis, o profissional de saúde oferece aconselhamento claro, específico e personalizado para modificar um ou mais comportamentos. É importante que essa orientação seja interativa e inclua uma discussão sobre as opiniões e os sentimentos do paciente acerca do aconselhamento e das recomendações do profissional de saúde.
ACORDO	Processo colaborativo de definição de objetivos (acordo sobre um plano mutuamente negociado, factível e específico).
ASSISTÊNCIA	O planejamento do plano de cuidados deve incluir assistência para a solução de problemas com identificação de possíveis obstáculos ou desafios para alcançar os objetivos previamente definidos e concepção de soluções para superá-los.
ACOMPANHAMENTO	Refere-se às providências para o apoio e a assistência subsequentes. Monitoramento das metas.

2.8 Entrevista Motivacional:

É uma conversa colaborativa em parceria com a pessoa, que objetiva fortalecer a motivação e o comprometimento com uma mudança pessoal (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Tem quatro princípios orientadores: a) resistir ao reflexo de consertar as coisas; b) entender e explorar as motivações da pessoa; c) escutar com empatia; d) fortalecer a autonomia e empoderamento da pessoa.

Caráter de intervenção breve, podendo ser utilizada por diferentes profissionais; agrega visão humanista e construtivista na mudança de comportamento.

Estudo realizado no SSC que avaliou a consulta de enfermagem de pessoas com HAS/DM2 demonstrou que o grupo que recebeu a intervenção com entrevista motivacional teve melhora significativa dos níveis de pressão arterial, diminuição da hemoglobina glicada e melhora da adesão em comparação com a consulta de enfermagem habitual (STEFFEN et al., 2021).

TÓPICOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

"Espírito da Entrevista Motivacional"

Parceria Colaborativa Autonomia "COM" a pessoa	Aceitar Reconhecer Empatia Autonomia Reforço positivo Acomp. resistência Não julgar Não impor	Evocar Razões para mudar Trazer a motivação Promover autoeficácia Desenvolver discrepância	Compaixão Cuidado Proteção Resgate Ensino Apaziguamento
--	---	---	---

8 Elementos da Entrevista Motivacional

Parceria	Lidar com a resistência
Aconselhamento centrado na pessoa	Negociar um Plano
Reconhecer / validar a fala da pessoa	Consolidar compromisso
Fortalecer falas mudança	Flexível com outras técnicas

Recursos (P A A R) - Habilidades

PERGUNTAS ABERTAS / EVOCATIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Encoraja a pessoa a falar. • Reconhecimento do problema. 	AFIRMAÇÕES / VALIDAÇÕES <ul style="list-style-type: none"> • Automotivacionais. • Reforços positivos. • Apoio autêntico (encorajar).
REFLEXÕES <ul style="list-style-type: none"> • Não interpretar (escuta reflexiva). 	RESUMOS <ul style="list-style-type: none"> • Organiza as ideias. • Pessoa percebe que estamos atentos ao que ela disse.

Quatro Processos Básicos na EM

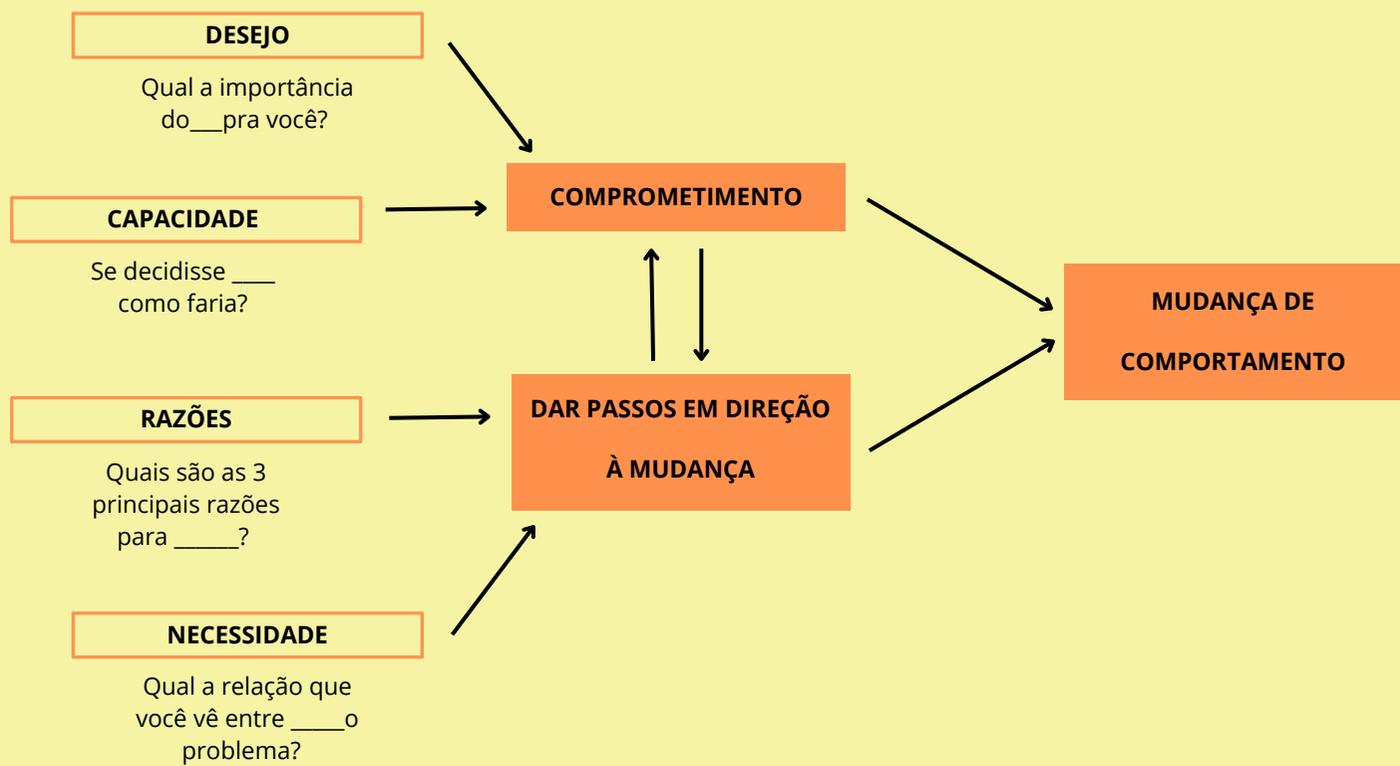
Engajar	Focar	Evocar	Planejar
Construção da Aliança Terapêutica	Manter o foco na conversa sobre mudança	Plano de ação (quando a pessoa estiver pronta)	Extrair o sentimento propósito, razões

Antes de fornecer Informação ou aconselhar, é indicado solicitar permissão/autorização.

Referência(s): FIGLIE; GUIMARÃES, 2014; ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009; MILLER; ROLLNICK, 2001.

2.8 Entrevista Motivacional:

Conversa sobre Mudanças



Sinais de prontidão para a mudança:

- Menor resistência para de argumentar, negar...
- Menos perguntas sobre o problema;
- Resolução- diminui nível de angústia;
- Afirmações automotivacionais;
- Perguntas sobre mudança;
- Representações no futuro;
- Experimentação.

Determinação de Metas

S ESPECÍFICA
M MENSURÁVEL
A ALCANÇAVEL - AUTOEFICÁCIA
R RELEVANTE
T TEMPORAL



RÉGUA DE INTERESSE E/OU CONFIANÇA Utilizar depois que elegeu um comportamento para mudar, pra confirmar se está pronto antes de iniciar o PCC:

- **INTERESSE:**
Em uma escala de 0 a 10, sendo 10 muito interessado, o quanto você está interessado em?
- **CONFIANÇA:**
Em uma escala de 0 a 10, sendo 10 muito confiante, assumindo que você decidiu, o quanto você está confiante de que poderia ter sucesso?

- Porque X e não ___ (um valor menor do que a resposta)?
A pessoa provavelmente irá expor as razões/necessidade para mudar.
Se respondeu 8 ou mais, faça a segunda pergunta.
Se respondeu menos de 8, volta para a conversa sobre mudança utilizando outra estratégia.
- Porque X e não 10?
A pessoa vai falar das barreiras e razões pra não mudar.

OBSERVAÇÕES:

- Escolha da estratégia de acordo com a meta / remover barreiras.
- Contato pós consulta, aumenta taxa de retorno em até 6vezes.
- Demonstração de afeto e preocupação.

Legenda: PCC (Plano Conjunto de Cuidados).

2.9 Tomada de Decisão Compartilhada (*Shared Decision-Making*):

O ponto de partida é convidar a pessoa a participar das decisões a serem tomadas em relação a sua saúde.

A conversa tem como foco detalhar as escolhas e opções e assim estabelecer metas realistas para cada pessoa.

A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA é fundamental quando existem várias opções para encaminhar um determinado problema, por exemplo: há várias opções medicamentosas, opções de atividade física, opções de alimentação, etc.

A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA está associada a uma melhora na estabilização da HbA1c, dos níveis de PA, melhora o conhecimento sobre os problemas de saúde, reduz o número de dias de hospitalizações e aumenta a adesão a medidas preventivas (DIERCKS; TAKEDA; KOPITKE, 2022; BRANNING; WORTHY; VALTER, 2017; PEEK et al., 2013).

TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA CONVERSA EM 3 ETAPAS

(1) CONVERSA SOBRE A ESCOLHA (*CHOICE TALK*)

Conversa sobre a prioridade escolhida. Profissional de saúde procura investigar quais os entendimentos e percepções da prioridade escolhida e também fornecer informações científicas e baseadas em evidências sobre a questão que está sendo conversada.



(1) "Dona Zuleica, vejo que a senhora está pensando em caminhar. Parabéns! Vai lhe fazer muito bem! Fale-me um pouco, por que você está pensando em caminhar? Por que você quer caminhar?"

A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA **não aumenta o tempo de consulta**, pois organiza a consulta por meio de perguntas e etapas a serem seguidas, levando a otimização da escuta, escolha de prioridades e metas.

NA TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA, os profissionais de saúde fazem a **mediação** entre as evidências científicas e os desejos e valores culturais da pessoa e sua família, criando condições para negociação respeitosa e **construção de um consenso**.

A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA contribui de forma **positiva para a satisfação, o autocuidado, adesão ao tratamento, o controle glicêmico, na qualidade de vida, e na confiança nos profissionais de saúde**.

(3) "Bom dia, Zuleica!"
"Bom dia, doutora! Vim porque quero lhe contar o que eu decidi sobre os exercícios. Conversei com uma vizinha e minha filha e a gente pensou em fazer exercícios juntas!"
"Que bom, e o que vocês decidiram?"
(perguntar e definir objetivos, metas, papeis e datas)



(2) CONVERSA SOBRE AS OPÇÕES (*OPTION TALK*)

Nesta conversa devem ser descritas de forma detalhada as opções, seus riscos e benefícios e fazer comparações entre as mesmas. No final desta conversa podemos fornecer material educativo impresso, vídeos ou links da web para que a pessoa e sua família tenham acesso a mais informações que forneçam a tomada de decisão.

(2) "Achei muito interessante tudo isso que conversamos sobre a caminhada, mas há vários exercícios que também são bons para sua saúde e seu diabetes. Você gostaria de conversar sobre eles?"

Legenda: HbA1c (Hemoglobina Glicada).

Referência(s): ADA, 2023; DIERCKS; TAKEDA; KOPITKE, 2022; DUNCAN et al., 2022; CLAYMAN et al., 2016; ELWYN et al., 2012.

(3) CONVERSA SOBRE A DECISÃO (*DECISION TALK*)

Este momento objetiva que seja tomada uma decisão em relação à prioridade escolhida, definindo objetivos, metas e papeis, ou seja, a construção do plano conjunto de cuidados.



Quer saber mais? Acesse os vídeos a seguir!

Opção de vídeo 1:
<https://www.youtube.com/watch?v=fhiwftNLtyc>



Opção de vídeo 2:
<https://www.youtube.com/watch?v=zpZ8JgE8DZc>



2.10 Intervenções que favorecem o apoio familiar no cuidado:

O diagnóstico e o cuidado de uma condição crônica são considerados uma **CRISE VITAL**, já que impactam diretamente no presente e nos planos de futuro da família como um todo (MCGOLDRICK; PRETO; CARTER, 2015).

Uma adaptação positiva da família melhora: a) O conhecimento sobre a doença; b) A motivação e autoconfiança para o autocuidado; c) A autonomia; d) Estilo de vida; e) Pode prevenir o adoecimento de outros integrantes da família; f) Diminui o isolamento da família e a depressão do cuidador principal (ROMERO-ARREDONDO et al., 2021; WHITEHEAD et al., 2018; CHESLA, 2010).

O funcionamento da família é afetado conforme algumas características da condição crônica:

- A) **INICIO OU INSTALAÇÃO DA DOENÇA:** agudo ou insidioso;
- B) **O CURSO DO PROBLEMA:** progressivo, constante e/ou com desestabilizações;
- C) **DESFECHO:** terminalidade ou morte próxima;
- D) **INCAPACIDADE:** aguda, gradual ou progressiva;
- E) **INCERTEZA.**
- F) **ETAPA DO CICLO VITAL** em que a pessoa e cada integrante da família se encontram.

Conforme a variação destes aspectos, as exigências psicossociais mudam. A equipe interprofissional conversa e informa ao sujeito e sua e família todos esses aspectos para assim compreender e construir de forma compartilhada o cuidado e a reorganização individual e familiar (MCGOLDRICK; PRETO; CARTER, 2015).



AS FAMÍLIAS QUE TEM DIFICULDADES NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO PARA O CUIDADO DA CONDIÇÃO CRÔNICA É POSSÍVEL IDENTIFICAR ALGUNS EVENTOS "SENTINELAS".

A equipe interprofissional identifica e auxilia a família a manejar os **ESTRESSORES/DIFICULDADES** relacionados ao cuidado da condição crônica. Os **ESTRESSORES** são fonte de conflitos, desavenças e desorganização interferindo diretamente no cuidado.

ESTRESSORES/DIFICULDADES MAIS COMUNS RELACIONADOS COM A CONDIÇÃO CRÔNICA:

- (A) Definição de novos papéis;
- (B) Acesso à medicação;
- (C) Criação e inclusão de novas rotinas e novos hábitos: a mudança na alimentação é um dos maiores estressores da família das pessoas com HAS/DM2;
- (D) Desestabilização clínica;
- (E) Urgências clínicas;
- (F) Necessidade de adquirir novas habilidades;
- (G) Condição socioeconômica;
- (H) Pessoa portadora de HAS/DM2 com multimorbidades e /ou com fragilidade moderada a severa;
- (I) Mais de um integrante da família com problemas de saúde;
- (J) Rede de apoio restrita ou ausente ([ver pg. 46](#)).



A pessoa adoecida solicita auxílio constante de seus familiares e da US.

Permanência de sintomas depressivos e de ansiedade por não haver conversas sobre a doença.

Controle e normatização dos cuidados sem levar em consideração os desejos e prioridades da pessoa adoecida.

Rigidez frente a questões da família, no que diz respeito à reorganização de metas e planos de curto, médio e longo prazo.

Isolamento social.

Aumento em 10 vezes as complicações do pé diabético.

2.10 Intervenções que favorecem o apoio familiar no cuidado:

- **ABORDAGEM INDIVIDUAL COM FOCO NA FAMÍLIA:** o profissional de saúde deve incluir numa consulta de rotina perguntas que permitam conhecer aspectos gerais da família da pessoa com HAS/DM2.

- **NA CONSULTA DE ROTINA inclua estas cinco perguntas:**

- (1) Alguém de sua família tem HAS/DM2?
- (2) O que a sua família acredita que causou seu HAS/DM2 e como acha que deve ser o tratamento? (Observar mensagens contraditórias)
- (3) Qual o integrante da família que mais se preocupa com seu problema de saúde?
- (4) Além da sua doença houve algum outro problema ou mudança na sua família?
- (5) Como a sua família pode lhe ajudar a lidar com seu problema de saúde? (DUNCAN et al., 2022).

- **CONVIDAR A FAMÍLIA PARA UMA CONSULTA DE ROTINA** para ouvi-la e conversar sobre HAS/DM2, assim como para identificar possibilidades e dificuldades no novo contexto.

- **CONSTRUIR O GENOGRAMA** com três gerações. Esta ferramenta da abordagem familiar nos possibilita conhecer a estrutura da família, a funcionalidade, as relações da família, problemas de saúde, fatores de risco, ciclo de vida de cada um dos integrantes (DUNCAN et al., 2022; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

- **VISITA DOMICILIAR** para observar condições socioeconômicas, rotinas e disponibilidades materiais para o cuidado. Risco, vulnerabilidades e ciclo de vida de cada um dos integrantes (DUNCAN et al., 2022).

- Convidar a família para **GRUPO DE APOIO A FAMILIARES E/OU CUIDADORES**. ([ver pg. 49](#))

- Se o profissional de saúde e/ou a pessoa portadora de HAS/DM2 identificam que a família apresenta dificuldades na adaptação e organização do cuidado a ponto de interferir nas metas de cuidado da pessoa com HAS/DM2, convidar a família para uma **ENTREVISTA FAMILIAR**.

- A **ENTREVISTA FAMILIAR** é realizada com os integrantes da família, convidados para conversar e tentar construir uma proposta para o enfrentamento de um problema específico e estabelecido previamente pela pessoa com HAS/DM2 e o profissional de saúde.
- Na entrevista familiar não é realizada psicoterapia, mas sim se tenta construir arranjos concretos para auxiliar a família na adaptação para a nova realidade (DUNCAN et al., 2022).

ETAPAS DA ENTREVISTA FAMILIAR

PREPARAÇÃO DA ENTREVISTA

- Entrar em contato com as pessoas envolvidas com o problema;
- Estabelecer horários;
- Colocar de forma objetiva qual o problema/tema que vai ser discutido na entrevista;
- Revisar prontuário;
- Preparar o genograma e relacionar o momento da família com o ciclo vital.

APRESENTAÇÃO

- Oferecer um ambiente amigável, privado e confortável;
- Solicitar que todas as pessoas se apresentem começando pelo profissional que está coordenando a entrevista.

APROXIMAÇÃO (5 A 10 MINUTOS)

- A discussão inicial deve ser sobre assuntos não relacionados ao motivo da consulta;
- Nesse momento pode ser realizado o Genograma e o Ecomapa ou Rede de apoio ([ver pg. 47](#)) - (Instrumentos de aproximação para distensionar o ambiente);
- Observar as características de funcionamento da família como tipo de comunicação, relação de poder e outros aspectos da dinâmica familiar.

ENTENDIMENTO DA SITUAÇÃO

- Perguntar aos membros da família por que foram convidados e como entendem o motivo da consulta e as causas do problema;
- Todos devem colocar sua opinião mesmo que seja necessário solicitá-lo individualmente;
- Solicitar objetividade do Genograma e do Ecomapa para auxiliar no entendimento do conteúdo.

DISCUSSÃO

- Compor os entendimentos, agrupar as informações e mostrar o entendimento do que foi falado de maneira a compor uma narrativa do problema.

ESTABELECIMENTO DE UM PLANO TERAPÊUTICO

- Perguntar o que pensam que pode ser feito para alterar a situação do problema;
- Estabelecer as possibilidades e recursos para alterar a situação/problema (estas possibilidades devem ser buscadas dentro da família e na rede de apoio);
- Combinar com a família o que deve ser feito para cada uma das necessidades apontadas da situação/problema (combinações realistas e detalhadas);
- Perguntar o que cada um pode fazer em relação as coisas que devem ser realizadas para enfrentar, alterar ou solucionar a situação/problema.

FECHAMENTO

- Perguntar se há dúvidas quanto ao plano;
- Pactuar uma data de retorno para avaliação do plano; agradecer a participação.

2.10 Intervenções que favorecem o apoio familiar no cuidado:

Problemas na DINÂMICA/FUNCIONALIDADE FAMILIAR que estejam interferindo de forma a dificultar o cuidado podem ser identificados pelo profissional de saúde. Utilizar as ferramentas destacadas a seguir.

- PARÂMETROS DO FUNCIONAMENTO/DINÂMICA FAMILIAR NO CONTEXTO DO CICLO VITAL (DUNCAN et al., 2022; MCGOLDRICK; PRETO; CARTER, 2015):**
- (1) **Natureza das relações da família:** as relações familiares incluem a função conjugar, função ou relações parentais e fraternais.
 - (2) **Divisão do poder na família:** refere-se ao respeito mútuo, à possibilidade de consenso através da negociação e mínimo conflito. Há esforço para construir o diálogo.
 - (3) **Padrão de comunicação familiar:** como as pessoas da família falam uns com os outros. Observar linguagem verbal e não verbal. Respeito à opinião e espontaneidade. Se existe uma porta-voz, se as pessoas se referem no singular ou no plural.
 - (4) **Expressão de manejo dos sentimentos:** refere-se ao clima emocional da família que pode ser afetuoso, polido, hostil ou depressivo.
 - (5) **Flexibilidade:** as famílias que enfrentam as crises vitais e acidentais com uma comunicação positiva são aquelas que entendem que as mudanças muitas vezes são necessárias para o bom desenvolvimento psicossocial dos seus membros, ao longo da vida. Famílias rígidas veem as mudanças como ameaça e, portanto, não há possibilidade de conversar e nem possibilidade de expressar os sentimentos.
 - (6) **Capacidade de intimidade e autonomia.**
 - (7) **Aparecimento e manutenção dos sintomas.**

P.R.A.C.T.I.C.E.

Ferramenta que permite avaliar vários parâmetros da funcionalidade familiar. Ela é utilizada como um *check-list* /roteiro para orientar a entrevista familiar quando se faz necessário uma avaliação da funcionalidade.

P = Problem	PROBLEMA apresentado. Problema que motivou a entrevista familiar.
R = Roles	Refere-se aos PAPÉIS que cada integrante do grupo desempenha.
A = Affection	AFETIVIDADE. Clima emocional da família.
C = Communication	COMUNICAÇÃO. Padrão comunicacional da família.
T = Time in life cycle	ETAPA DO CICLO VITAL em que a família/integrantes se encontram.
I = Illness	História familiar de adoecimento.
C = Coping with the stress	Enfrentamento do estresse. FLEXIBILIDADE.
E = Ecology	RECURSOS que a família tem para enfrentar o problema em questão.

2.10 Intervenções que favorecem o apoio familiar no cuidado:

APGAR FAMILIAR: roteiro de perguntas que avaliam alguns parâmetros de funcionalidade familiar a partir do olhar da pessoa adoecida. É realizada de forma individual e em ambiente protegido.

DIMENSÕES AVALIADAS

A - *Adaptation* (Adaptação): representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.

P - *Partnership* (Companheirismo): compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.

G - *Growth* (Desenvolvimento): representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.

A - *Affection* (Afetividade): indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição, representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.

R - *Resolve* (Capacidade resolutiva): representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, visando fortalecimento mútuo.

PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS

“Estou satisfeito(a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando?”

“Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas?”

“Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções?”

“Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual a minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor?”

“Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos?”

QUASE SEMPRE
(2 PONTOS)

AS VEZES
(1 PONTO)

RARAMENTE
(0 PONTO)

O escore é obtido através das respostas, as quais têm a seguinte pontuação: 2 pontos para “Quase sempre”, 1 ponto para “Às vezes”, e 0 para “Raramente”. Os pontos para cada uma das cinco questões são totalizadas. O resultado de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional. O resultado de 4 a 6 sugere uma família moderadamente disfuncional. O resultado de 0 a 3 sugere uma família severamente disfuncional.

Referência(s): DUNCAN et al., 2022; ROMERO-ARREDONDO et al., 2021; BROTTTO; GUIMARÃES, 2017; CHESLA, 2010; FERNANDES; CURRA, 2006; BRASIL, 2006; MCGOLDRICK; PRETO; CARTER, 2001.

2.11 Rede de Apoio:

A rede social pode ser definida como a soma das relações que um indivíduo define como significativas dentro do seu contexto sócio cultural. É o conjunto de vínculos e relações interpessoais da pessoa, ou seja, os vínculos com a família, amigos, relações de trabalho, estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. A família é a unidade básica da interação social (SLUSKI, 1997).

As redes sociais permeiam toda a vida dos indivíduos e se transformam ao longo de seu ciclo vital. Estas relações trazem possibilidades de apoio em momentos de crise ou mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento (SEIBEL et al., 2017).

Uma rede social pessoal e familiar de qualidade promove funcionalidade familiar, diminui a vulnerabilidade, aumenta a resiliência, a autonomia, protege as pessoas contra doenças, aumenta a sobrevida. Há uma correlação direta entre a qualidade da rede social e saúde.

As condições crônicas, ao longo do tempo, DETERIORAM a qualidade das interações sociais, dificultam o acesso e reduzem o tamanho da rede social de apoio, tendo um impacto negativo na saúde da pessoa e sua família.

Dois ferramentas nos permitem identificar a rede de apoio: MAPA DE REDE e ECOMAPA.

2.11.1 Mapa de Rede

Mapa mínimo de relações proposto por Sluzki (1997)



Fonte: UNASUS, 2024; SLUZKI, 1997.

É uma representação gráfica na forma de círculo da rede social pessoal. Inclui todos os indivíduos com as quais a pessoa interage.

Para construir o mapa de rede inicie fazendo três círculos concêntricos que representam o grau de intimidade das relações do indivíduo: o círculo interno são as relações íntimas, o círculo intermediário, as relações pessoais com menor grau de compromisso e, no círculo externo, as relações ocasionais ou distantes.

Após estes círculos são divididos em quatro quadrantes. Cada quadrante representa um determinado vínculo social. 1) Família; 2) Amizade; 3) Relações de trabalho ou de estudo; 4) Relações comunitárias, de serviço ou credo.

A pessoa cujo mapa está sendo construído é desenhada com um ponto no centro do círculo com o nome ou pode se fazer uma legenda.

A seguir perguntamos sobre as relações, quadrante por quadrante e por problema. (O mapa de referência datado e por problema específico). Por exemplo: Na sua família que mais lhe auxilia no seu cuidado com DM2? Dos seus amigos, com quem você pode contar para lhe apoiar neste momento? E assim, sucessivamente.

Cada pessoa citada é colocada na forma de ponto, com o nome e conforme o grau de intimidade (SLUZKI, 1997).

2.11 Rede de Apoio:

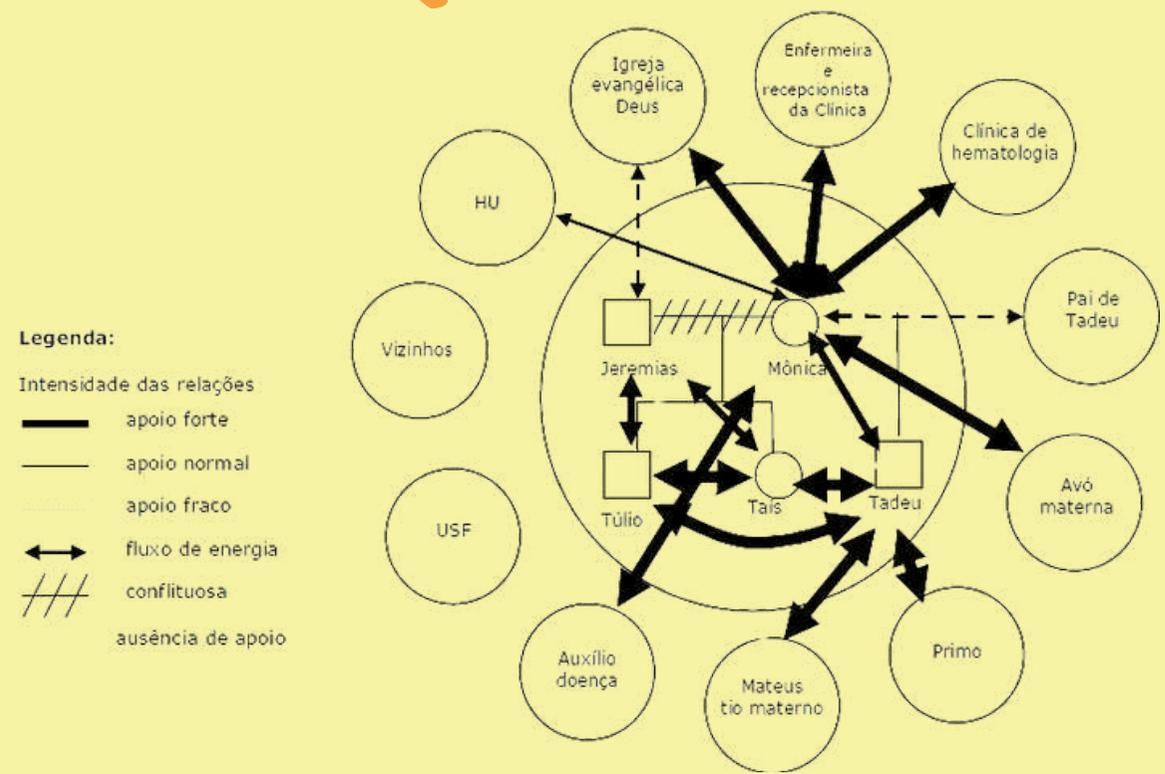
2.11.2 Ecomapa

Ferramenta da abordagem familiar que permite uma representação gráfica dos vínculos das pessoas de uma família por diferentes indivíduos e estruturas sociais onde habita ou convive.

Identifica padrões organizacionais da família, a natureza das suas relações com o meio e os recursos da família (sua rede social).

- Ilustre três diferentes dimensões de cada vínculo:
- (1) **Força de vínculo:** Fraco; Tênu; Incerto; Forte.
- (2) **Impacto do vínculo:** Sem impacto; Requerendo esforço/energia; Fornecendo apoio/energia.
- (3) **Qualidade do vínculo:** Estressante ; Não estressante.

O Ecomapa de forma geral é realizado junto com o genograma. Pode ser construído de forma individual ou com a família com um todo (AGOSTINHO, 2007; BRASIL, 2006).



Fonte: NÓBREGA et al., 2010.

E ainda sobre rede...



- **TAMANHO:** refere-se ao número de pessoas na rede. Rede pequena pode ser inefetiva, principalmente em situações de duração, como nas condições crônicas. Rede de tamanho médio é a mais afetiva. A rede numerosa pode-se dispersar e para coordenação.
- **DENSIDADE:** refere-se à conexão entre membros independentes do informante (meus amigos são amigos entre si). Alta há pressão para que o indivíduo se adapte às regras do grupo. Favorece a conformidade, inércia. Densidade média da efetividade do grupo já que permite troca de informações e diálogo.
- **DISTRIBUIÇÃO:** é a proporção do total de membros localizada em cada quadrante e em cada círculo. Redes muito localizadas, flexíveis e efetivas.
- **DISPERSÃO:** refere-se a facilidade de contato para gerar uma ação, ou seja, se o acesso do indivíduo é facilitado ou não.

2.12 Atividades Coletivas:



As atividades em grupo são as intervenções MAIS EFETIVAS para promover o autocuidado nas condições crônicas (ADA, 2023; WHO, 2022; OPAS, 2015; MENDES et al., 2012).

As atividades grupais devem ser preferencialmente coordenadas por EQUIPES INTERPROFISSIONAIS e utilizar METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS.

As METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS são centradas na pessoa, buscam a compreensão, estimulam a participação ativa, problematizam o cotidiano, promove o aprendizado coletivo e compartilhado. O PROFISSIONAL DE SAÚDE atua como MEDIADOR das experiências e conhecimentos do grupo mediante escuta ativa e reflexiva.

TÉCNICAS AFETIVO PARTICIPATIVAS: são as “dinâmicas” que favorecem a participação, interação, troca de experiências e o aprendizado coletivo. Compartilhar vivências e experiências propicia a reflexão e mudança.

ATIVIDADES COLETIVAS POR PROFISSIONAL, ESTRATO DE RISCO E EM ORDEM ALFABÉTICA - 1

ATIVIDADE	PROFISSIONAL	ESTRATO DE RISCO	DESCRIÇÃO
Para organizar as atividades coletivas considere o ESTRATO DE RISCO e EQUIPE DE REFERÊNCIA (MENDES et al., 2012).			
APOIO AO MANEJO DO ESTRESSE	Equipe Interprofissional	1-2-3-4	Grupo que de forma geral utilizam recursos como meditação, acupuntura, auriculoterapia, tai-chi-chuan, yoga, mindfulness, etc. (ver pg. 52).
CONSULTA COLETIVA	Equipe Interprofissional	1-2-3-4	Atividade interprofissional que tem como objetivo realizar algum procedimento em grupo. Por exemplo: Avaliação dos pés, medida de glicemia e TA renovação de receitas, solicitação de exames, aprenderem a usar insulina, etc. (MENDES et al., 2012).
CONSULTA SEQUENCIAL	Equipe Interprofissional	4-5	Consulta individual em que a pessoa com HAS/DM2, consulta com diversas categorias profissionais, de forma sequencial. I (MENDES et al., 2012).
GRUPOS DE APOIO	PSI, AS Equipe Interprofissional	1-2-3-4-5	Os grupos de apoio são voltados para o cuidado em saúde mental. São espaços seguros onde a pessoa compartilha sua experiência e vivências e tem o apoio mútuo dos integrantes como principal ferramenta de crescimento e reflexão. É também um espaço que propicia a criação de redes de apoio para lidar com a solidão e isolamento social, promove a “instalação” de esperança e estímulo de potencialidades.
GRUPOS DE CAMINHADAS	Equipe Interprofissional	1-2-3-4	Grupo que objetiva fazer caminhadas orientadas para atingir as metas desta atividade física.
GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO	Equipe Interprofissional	1-2-3-4-5	Grupo sistematizado em quatro encontros. Podem participar deste grupo pessoas que se encontram no mínimo no “estágio de preparação” de prontidão para a mudança (KRINSKI; FAUSTINO-SILVA; SCHNEIDER, 2018; BRASIL, 2001).

2.12 Atividades Coletivas:



ATIVIDADES COLETIVAS POR PROFISSIONAL, ESTRATO DE RISCO E EM ORDEM ALFABÉTICA - 2

As técnicas afetivo participativas são ferramentas que compõem o método educativo e devem ser condizentes com a proposta pedagógica, não devendo ser utilizadas somente para divertir e alegrar, pois têm por objetivo produzir reflexões acerca do cotidiano, bem como a construção de novas práticas e conhecimentos (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014)

As dinâmicas devem ser utilizadas oportunamente dentro do processo educativo. Quem vai coordenar a técnica deve ter segurança e ter clareza dos objetivos que se quer alcançar com a técnica em questão (DIERCKS; PEKELMAN, 2001).

ATIVIDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	ESTRATO DE RISCO	DESCRIÇÃO
		1-2-3-4-5	Para organizar as atividades coletivas considere o ESTRATO DE RISCO e EQUIPE DE REFERÊNCIA.
GRUPOS DE CONVIVÊNCIA	Equipe Interprofissional	1-2-3-4-5	Pessoas que se reúnem para conversar e refletir sobre seu cotidiano e promovem em conjunto ações de lazer, criativas, de promoção da saúde ou outras conforme necessidades do grupo.
GRUPO DE CUIDADO COM OS PÉ/AVALIAÇÃO DOS PÉS	ENF, MFC, TO.	2-3-4	Este grupo pode ser considerado como uma consulta coletiva específica para os cuidados com os pés. Precisa que haja participação de no mínimo dois profissionais habilitados para fazer este procedimento. A avaliação dos pés é feita de forma sequencial. Quem avalia os pés são ENFERMEIROS, MFC e TO.
GRUPO DE CUIDADORES/GRUPO DE APOIO AO CUIDADOR	Equipe Interprofissional	1-2-3-4-5	Objetiva promover compreensão e apoio emocional ao cuidador e favorecer a troca de experiência, fomentando a criação de uma rede de apoio entre os participantes e trabalhando, ao mesmo tempo, as questões coletivas e individuais. Os participantes são pessoas que estão passando por grande sobrecarga emocional que muitas vezes leva a estados depressivos. Os grupos on-line têm facilitado o acesso e a participação.
GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O AUTOCUIDADO	Equipe Interprofissional	2-3-4-5	Grupos que objetivam potencializar o engajamento no autocuidado das pessoas com HAS/DM2. Nesse sentido, os grupos abordam aspectos do aprender a fazer. Aprender a conviver e aprender a ser sobre esses problemas de saúde. Sugere-se que as pessoas com HAS/DM2 participem pelo menos uma vez ao ano deste tipo de atividade educativa: no momento do diagnóstico, quando houver mudança no tratamento e quando do surgimento de comorbidades (ver pg. 36).
GRUPO DE FORMAÇÃO DE MULTIPLICADORES PARA O AUTOCUIDADO EM HAS/DM2	Equipe Interprofissional	1-2-3-4	Atividade educativa que objetiva formar adultos para multiplicação de saberes no autocuidado em HAS/DM2. Os participantes necessariamente deverão ter alguma condição crônica, já que esta atividade procura desenvolver o protagonismo dos adultos no território. Utiliza a elaboração de estratégias colaborativas de cuidado, troca de experiências e reflexões e/ou identificação de barreiras e possibilidades locais que visem à qualidade do cuidado (PADRÃO et al., 2021).
GRUPO GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAÇÃO PARA DIABÉTICOS (GAM-DIABÉTICOS)	Equipe Interprofissional	2-3-4	Atividade em grupo organizada em oito encontros sistematizados segundo as dimensões do autocuidado. Cada participante recebe um Guia de atividades que são realizadas ao longo dos encontros. Em estudo realizado no SSC demonstrou efetividade na estabilização da glicemia (EINLOFT, 2017).

2.12 Atividades Coletivas:

ATIVIDADES COLETIVAS POR PROFISSIONAL, ESTRATO DE RISCO E EM ORDEM ALFABÉTICA - 3

A EDUCAÇÃO ENTRE PARES (*Peer Education*) é o processo educativo preferencial para promover o autocuidado (ADA, 2023; WHO, 2022; MENDES et al., 2012).



A educação entre pares é um processo grupal onde um participante do grupo (que não profissional) atua como mediador compartilhando a sua experiência de forma agregadora e reflexiva com seus pares. Esta pessoa já participou de outros grupos e/ou participou de “grupo de formação de multiplicadores” e foi identificada pela equipe de saúde como uma liderança positiva e efetiva para potencializar o autocuidado dos seus pares.



As atividades coletivas ENTRE PARES tem MAIOR EFETIVIDADE nas pessoas com baixa escolaridade, baixa capacidade de autocuidado, baixa adesão e rede de apoio reduzida (ADA, 2023; HENDRIECKX, 2021).

ATIVIDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	ESTRATO DE RISCO	DESCRIÇÃO
GRUPO SAÚDE NO PRATO	Nutricionista e Equipe Interprofissional	1-2-3-4	Atividade em grupo composta de quatro encontros de educação em saúde com foco na nutrição, baseado no Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2014).
REUNIÃO DE EQUIPE DE REFERÊNCIA	Equipe Interprofissional	2-3-4-5	Encontros semanais de equipe de referência por áreas de território de abrangência da Unidade para conhecer, identificar e construir estratégia para atingir metas populacionais estabelecidas pelo SSC, e fazer um acompanhamento mais próximo e qualificado dos problemas de saúde da população. Também nestes encontros há a possibilidade de discutir “casos complexos” que exigem a elaboração de um plano terapêutico singular ou gestão de caso.
SALA DE ESPERA	Equipe Interprofissional	1-2-3-4-5	Atividade tradicional na APS que pode ser utilizada para troca de informações e estimular o engajamento no cuidado das pessoas com HAS/DM2.
VISITA DOMICILIAR	Equipe Interprofissional	3-4-5	Atividade realizada no domicílio para acompanhar pessoas que se encontram impossibilitadas de comparecer à UBS. Em geral, são pessoas de estrato 4 ou 5. A ferramenta utilizada para acompanhamento é a Gestão de caso ou Plano Terapêutico Singular (BRASIL, 2013; MENDES, 2012).

Referência(s): BRASIL, 2013a.

2.13 Teleatendimento / Consulta Remota:

A consulta remota/teleatendimento é definida como o uso de tecnologias de informação e comunicação para apoiar a prestação de serviços à saúde a distância (ALMEIDA; MARABUJO; CARMO-GONÇALVES, 2021).

A consulta remota pode fazer uso de várias tecnologias: conversa pelo telefone, mensagens por e-mail, SMS, *WhatsApp*, videochamada por *WhatsApp* ou plataformas virtuais (*ZOOM*, *Google Meet*, etc.), uso de mídias sociais (*Instagram*, *Facebook*). Cada uma destas tecnologias tem características específicas de funcionamento, possibilidades e dificuldades. Neste capítulo será descrita a consulta por telefone (PYGALL, 2018) e a videoconsulta (DUNCAN et al., 2022).

A consulta por telefone ou vídeo conferência aumenta o acesso de forma importante (DUNCAN et al., 2022).

Os teleatendimentos que tem maior efetividade seriam as que são síncronas (ao vivo) e com a utilização de vídeo, o qual é possível utilizar as plataformas de uso gratuito ou sistemas fechados.

Estudos sugerem que em torno de 50% das consultas na APS poderiam ser realizadas via consulta telefônica (PYGALL, 2018). Já em relação às pessoas com HAS/DM2 a maioria das pessoas que consultam pelo telefone são do sexo feminino e com um grau de satisfação entre 70% a 90%. Nas pessoas idosas a satisfação fica entre 52 a 65% (ALMEIDA; MARABUJO; KHALID et al., 2023; CARMO-GONÇALVES, 2021; PYGALL, 2018).

Revisões de escopo e sistemática mostram que a consulta remota tem potencial para melhorar o controle da HbA1c das pessoas com DM2, melhorar os níveis de PA, porém, não reduz os níveis de dislipidemia (KHALID et al., 2023; TIMPEL et al., 2020; AHA, 2017).

Requisitos para a realização de um Teleatendimento

Sistema de comunicação adequado (internet disponível, telefone, plataforma de vídeo a ser utilizada).

Registro da consulta no prontuário eletrônico.

Registro na agenda do profissional deste tipo de consulta

Necessidade de um ambiente privado e livre de interrupções.

O profissional de saúde deve ter identificação clara. No caso da vídeo consulta deve ter boa iluminação, fundo claro, bom enquadramento centralizado na tela a uma distância que a pessoa possa ver o rosto, tronco, braços e mãos. Utilizar fone de ouvido que melhora a experiência.

O paciente deve receber as orientações antecipadamente para a realização da consulta.

Situações em que se deve evitar o Teleatendimento

Consultas clínicas compatíveis com emergência clínica.

Crianças menores de 5 anos.

Pessoas com deficiência auditiva, de fala ou de visão.

Pessoas com dificuldade com a tecnologia.

Insegurança do profissional e/ou da pessoa em fazer uso da tecnologia.



Experiência exitosa da equipe da US Jardim Itu - GHC!

Durante a pandemia a equipe da US Jardim Itu, do GHC, experimentou o teleatendimento com o objetivo de ampliar o acesso para as pessoas com HAS/DM2, devido à boa aceitação por parte dos usuários, a equipe se organizou para que os médicos tivessem um turno por semana de teleatendimento.

A pessoa pode agendar teleatendimento de duas formas:

(1) Ligar para o *WhatsApp* da US solicitando teleatendimento. O administrativo passa a solicitação para o médico da área de referência que agenda a consulta conforme disponibilidade.

(2) Após um atendimento presencial, o médico sugere teleatendimento para: retorno de exames, retorno de consultas, solicitação de encaminhamentos e solicitação de exames.

O teleatendimento é realizado pelo número de *WhatsApp* da US ou pela página do e-SUS, conforme disponibilidade de internet. Pode ser com vídeo ou chamada por telefone.

2.14 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS):

As PICS são indicadas para manutenção e recuperação da saúde e para prevenção de doenças e agravos. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, hoje, 29 procedimentos de PICS. Abaixo estão relacionados algumas evidências nas condições crônicas e fatores de risco (BRASIL, 2015):

MAPA DE EVIDÊNCIAS (CABSIN)*



**Auriculoterapia
Acupuntura**



**Meditação
Mindfulness**



Práticas Corporais

**Plantas
Medicinais**



Manejo de DM2, com controle de parâmetros laboratoriais (HGT, HbA1c).

Controle da PA em pessoas com DCV.

Manejo de obesidade e sobrepeso com melhora na antropometria, redução da gravidade e remissão da obesidade.

Redução de transtornos depressivos no manejo da SM.

Melhora na cessação do tabagismo e taxa de abandono ao tratamento.

Melhora da asma capacidade pulmonar.

Manejo da dor crônica e aguda.

Controle da PAS.

Nas doenças cardíacas: FC de repouso; diminuição do tempo de hospitalização.

Manejo da obesidade e sobrepeso.

Melhora no sofrimento psíquico; qualidade de vida.

Transtornos de Ansiedade e Depressão.

Melhora a tolerância ao exercício.

TAI CHI E QI GONG



Visam a autocura e meditação, com foco na mente, movimento, respiração e relaxamento profundo. Melhora do equilíbrio e manejo da DCV.

YOGA



Prática de movimento, meditação e respiração. Alívio de dores crônicas, útil no tratamento da depressão e ansiedade, prevenção de doenças crônicas e desejo de fumar.

HAS/DM2 *Allium sativum* (alho), *Camellia sinensis* (chá-da-india), *Cúrcuma longa* (açafraão-da-terra), *Cynara cardunculus* (alcachofra), *Hylocereus polyrhizus* (pitaya vermelha).

Camellia sinensis: efeito positivo para controle do ácido úrico, IMC, PA, biofilme na cavidade oral, enzimas hepáticas e inflamação. Nome popular: Chá-da-Índia.

Ginkgo biloba: efeito positivo sobre a demência, demência vascular e depressão.

Rhodiola rósea: efeito positivo sobre o cansaço, estresse, função física e humor. Nome Popular: raiz de ouro ou dourada.

Legenda: FC (Frequência Cardíaca); HGT (Hemoglitó Teste / Glicose Capilar); IMC (Índice de Massa Corporal); PAS (Pressão Arterial Sistólica); SM (Saúde Mental).

Cada prática tem uma indicação de frequência, dose, tempo e forma de ser utilizada. Na dúvida converse com o profissional da Unidade que aplica. Existem outras práticas que apresentam resultados satisfatórios e que podem ser parte do tratamento conforme a disponibilidade na US.



Quer saber mais? Acesse o Mapa de Evidências (CABSIN) em:
<https://cabsin.org.br/mapa-evidencias-pics/>



MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

3. MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA

3.1 Aspectos gerais das Mudanças de Estilo de Vida:

As mudanças de estilo de vida são processos ativos, contínuos, prolongados e inacabados. Os profissionais têm o papel de apoiar o autocuidado e oferecer suporte para a realização das mudanças utilizando os recursos e ferramentas apropriadas ([ver cap. 2](#)).

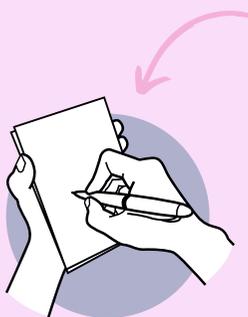
Técnicas Cognitivo-Comportamentais e a narrativa da experiência do adoecimento (SIFE) são as principais ferramentas que auxiliam o profissional na identificação das prioridades e estabelecer metas das mudanças necessárias.

Uma das questões mais enfatizadas na superação das barreiras para a mudança é que as metas necessariamente deverão ser escalonadas, gradativas e ter um tempo maior para alcançá-las. As prioridades e metas são uma escolha individual e específica para cada pessoa.

O suporte da família e rede de apoio são fundamentais para a motivação e manutenção das mudanças.

É possível que se faça necessário uma consulta interprofissional para entender a complexidade da não motivação/adesão.

As Intervenções multicomponentes que incluem modificação dietética, exercícios, farmacoterapia e aconselhamento sobre estratégias comportamentais são mais eficazes do que intervenções que se concentram em um único componente (PERREAULT; BURGERMASTER, 2022).



Sugere-se que as metas acordadas sejam escritas num receituário, para a pessoa ter em mãos o plano de ação. Ter um “papel na mão” com as atividades pactuadas (que também pode ser um aplicativo, mensagem eletrônica, caderneta, etc.) promove o empoderamento e implicação da pessoa na mudança, melhora a adesão e favorece a possibilidade de chegar na meta.

Referência(s): ADA, 2024; ADA, 2023; SBD, 2022.

As **BARREIRAS** para a mudança/adesão estão relacionadas com situação socioeconômica, multimorbidades e capacidade de autocuidado.



Para tentar superar as barreiras:

- Conversar sobre os motivos que dificultaram as tentativas de mudanças anteriores (qualquer mudança). Identificar gatilhos emocionais que dificultam as mudanças.
- Conhecer a rotina de afazeres diários da pessoa, buscando analisar as possibilidades de incluir um novo hábito nesse cotidiano (horários de trabalho, hábitos e atividades diárias, horário das refeições, hábitos de lazer, dificuldades rotineiras, etc.).
- Conversar sobre o processo de mudança: gradual, contínuo, necessidade de paciência e disciplina.
- Conversar sobre autocompaixão: olhar-se com gentileza, apoio e menos rigidez. Ser compreensivo consigo mesmo, reconhecer e aceitar os seus sentimentos. Desenvolver sentimentos de cooperação e solidariedade.
- Definir objetivos e metas realistas.
- Identificar e /ou construir rede de apoio.
- Participar de grupos.



3.2 Alimentação:

3.2.1 Alimentação saudável

MOTIVOS PARA ADOPTAR UM HÁBITO ALIMENTAR SAUDÁVEL

- Prevenção de obesidade e doenças associadas à obesidade.
- Melhora dos parâmetros metabólicos e nutricionais (glicemia, perfil lipídico, hiperinsulinemia, ácido úrico, creatinina, hemograma, etc.).
- Manutenção e prevenção de perda de massa magra.
- Perda de peso e/ou manutenção de peso saudável.
- Prevenção ou auxílio na correção de deficiências nutricionais.
- Melhora da saúde do intestino (microbiota).
- Melhora da saúde, tempo e qualidade de vida.

AVALIAÇÃO / INTERVENÇÃO RÁPIDA BASEADA NOS MARCADORES ALIMENTARES (SISVAN)

PERGUNTA (Adaptada da formulário de consumo alimentar, versão 3.0):

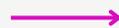
RECOMENDAÇÕES (BRASIL, 2022a):

Tem o costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?



Comer em ambientes apropriados e sem distrações. Praticar *mindful eating* - atenção plena ([ver pg. 52](#)).

Qual a frequência do consumo de frutas frescas (exceto suco de frutas)?



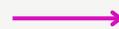
Consumir 1-3 unidades ou porções de frutas por dia.

Qual a frequência do consumo de leguminosas (feijão, lentilha, ervilhas,...)?



Consumir feijões/lentilha diariamente ou no mínimo 4x sem.

Qual a frequência de consumo de verduras e/ou legumes? - Não considerar tubérculos e raízes (batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame).



Consumir verduras e legumes diariamente - variadas e coloridas.

Tem o hábito de adicionar sal nas preparações ou usar temperos prontos?



Trocar tempero pronto por natural, diminuir a adição de sal.

Tem hábito de consumir alimentos ultraprocessados? (Ricos em sódio, gordura e açúcar):

- Embutidos (hambúrguer, presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha);
- Bebidas adoçadas (refrigerante, sucos de frutas, suco em pó, água de coco, xaropes de guaraná/groselha, bebidas lácteas, gelatina);
- Alimentos processados (macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, biscoitos salgados, salgados de padaria fritos ou assados);
- Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete...).



Evitar ou reduzir o consumo de alimentos industrializados (processados e ultra processados):

- Reduzir tamanho da porção - quantidade;
- Reduzir a frequência do consumo;
- Apresentar substitutos/alternativas;
- Se possível, e dependendo da condição, evitar o consumo;
- Substituir as calorias líquidas (bebidas adoçadas) por água;
- Preferir as preparações culinárias caseiras.

Quais refeições você faz ao longo do dia? Desjejum, lanches, almoço e jantar.



Realizar pelo menos 3 refeições diárias (desjejum, almoço e jantar), se necessário intercalar com lanches.



Quer saber mais? Acesse o Guia Alimentar para a População Brasileira em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf



3.2 Alimentação:

3.2.2 Avaliação e condutas

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (resumida)

Avaliação Física:

- Antropometria - Aferir e registrar no e-SUS APS:
 - Peso.
 - Altura.
 - Circunferência abdominal.

Em acamados, pessoas restritas ao domicílio:

- Circunferências: do braço, panturrilha e abdominal.
- Estimar Peso, Altura e IMC (fórmulas de estimativa).
- Utilizar a escala de IMC visual (BESERRA; RODRIGUES; LISBOA, 2011).
- Avaliar perda de massa magra (ver avaliação de idosos frágeis - [ver pg. 65](#)).

Exame da pele, mucosas, unhas, cabelos, boca, olhos, abdômen, membros inferiores (MUSSOI, 2014):

- Verificar edema, funcionamento do trato gastrointestinal, sinais de desidratação ou deficiências nutricionais, lesões.
- Uso de medicação que interfiram na biodisponibilidade dos nutrientes (Vit. B12, Zinco).

Anamnese Alimentar:

- Hábito alimentar - relato da rotina, recordatório 24h.
- Marcadores da Alimentação (marcar no e-SUS APS).

Em situação de vulnerabilidade:

- Aplicar Triagem para Insegurança Alimentar (TRIA) e registrar no e-SUS APS (BRASIL, 2022a).

Em acamados, idosos frágeis ou outras pessoas com risco de desnutrição:

- Aplicar a Mini Avaliação Nutricional - escala validada (MUSSOI, 2014).

CONDUTAS BASEADAS NA AVALIAÇÃO

Em casos de suspeita de deficiência nutricional:

- Solicitar exames de confirmação - ver exames complementares.
- Corrigir o status nutricional - suplementação de micronutrientes.

Em caso de risco de desnutrição ou desnutrição proteico-calórica, solicitar apoio matricial da nutrição para avaliação e realização de terapia nutricional.

Em caso de idosos com baixo peso e/ou sarcopenia: investigue causas da perda de peso com atenção para o consumo alimentar insuficiente e situações que levam à intensa degradação da massa muscular como doenças infecciosas, DRC, DM2; vômitos e diarreia; lesões bucais, problemas que afetem mastigação, deglutição ou absorção do alimento; má absorção (medicamentos); perda de apetite por condições psicológicas (luto, distúrbio de ansiedade, depressão) - (BRASIL, 2022).

Em caso de insegurança alimentar, acionar apoio da Equipe Interprofissional.

Em caso de dúvida na avaliação, solicitar apoio matricial da nutrição.

EM CASOS DE SOBREPESO OU OBESIDADE

Para adultos com sobrepeso e/ou obesidade, a perda de 3 a 7% do peso inicial melhora a glicemia e outros fatores de risco cardiovascular. Uma perda de 10% do peso sustentada ao longo do tempo melhora os desfechos cardiovasculares e a mortalidade (ADA, 2024; BRASIL, 2022b; BRASIL, 2021):

Abordagem de mudança de estilo de vida é mais efetiva se for em bloco:

- Alimentação saudável.
- Atividade física.
- Sono.
- Manejo de *stress*.
- Cessaçã do tabagismo.

Utilizar abordagens centradas na pessoa:

- Tomada de decisão compartilhada.
- 5 A's ([ver pg. 38](#)).
- Entrevista Motivacional.

Acionar Equipe Interprofissional, discussão de caso em equipes de referência.

Referência(s): SBD, 2023; PERREAULT; BURGERMASTER, 2022; ABESO, 2022; BRASIL)

Link para a Mini Avaliação Nutricional:
<https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-portuguese-brazil.pdf>



Link para a TRIA:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_inseguranca_alimentar_aps.pdf



Quer saber mais? Acesse os links a seguir!

3.2 Alimentação:

3.2.3 Sobrepeso e obesidade

A obesidade está associada a um aumento significativo da mortalidade e muitos riscos à saúde, incluindo HAS, DM2, DCV, DRC, IAM, dislipidemia, pré-eclâmpsia (ABESO, 2022; BRASIL, 2014b).

A obesidade é uma condição crônica multifatorial e complexa. Entre seus determinantes estão os fatores biológicos, sociais, históricos, ecológicos, econômicos, culturais e políticos (BRASIL, 2021; BRASIL, 2014b).

Quanto maior o IMC, maior o risco de morbidade e mortalidade por todas as causas cardiovasculares (ABESO, 2022).

A obesidade ultrapassou o tabagismo como a causa número um de doenças e incapacidades evitáveis (PERREAULT; BURGERMASTER, 2022).

Em pessoas com sobrepeso ou obesidade e pré DM2 é recomendado a restrição calórica, associada à prática de atividade física para a perda de peso e redução do risco de desenvolver DM2 (SBD, 2023).

Para cada kg de peso perdido houve uma redução de 16% no risco de desenvolver DM2, ajustado para atividade física (SBD, 2023).

O benefício da intervenção nas mudanças de estilo de vida persiste a longo prazo para prevenir ou postergar o aparecimento do DM2 em pessoas de risco (SBD, 2023).

ATITUDE DO PROFISSIONAL

- Preconceito;
- Discriminação;
- Culpabilização;
- Uso de termos depreciativos.

ESTIGMA

- Maior morbimortalidade;
- Efeitos físicos e psicológicos;
- Autodesvalorização e autodepreciação.

A internalização do preconceito em relação ao peso impacta negativamente a saúde e a vida das pessoas com obesidade, de forma que aumenta as chances de adoção de comportamentos que promovem o ganho de peso. Essas pessoas são menos propensas a procurar os serviços de saúde tanto para essa como para outras condições, comprometendo o acesso à saúde como um todo (BRASIL, 2021).

Legenda: DRC (Doença Renal Crônica); IAM (Infarto Agudo do Miocárdio).



Quer saber mais? Acesse o livreto em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Linguagem-Importa-2022.pdf>



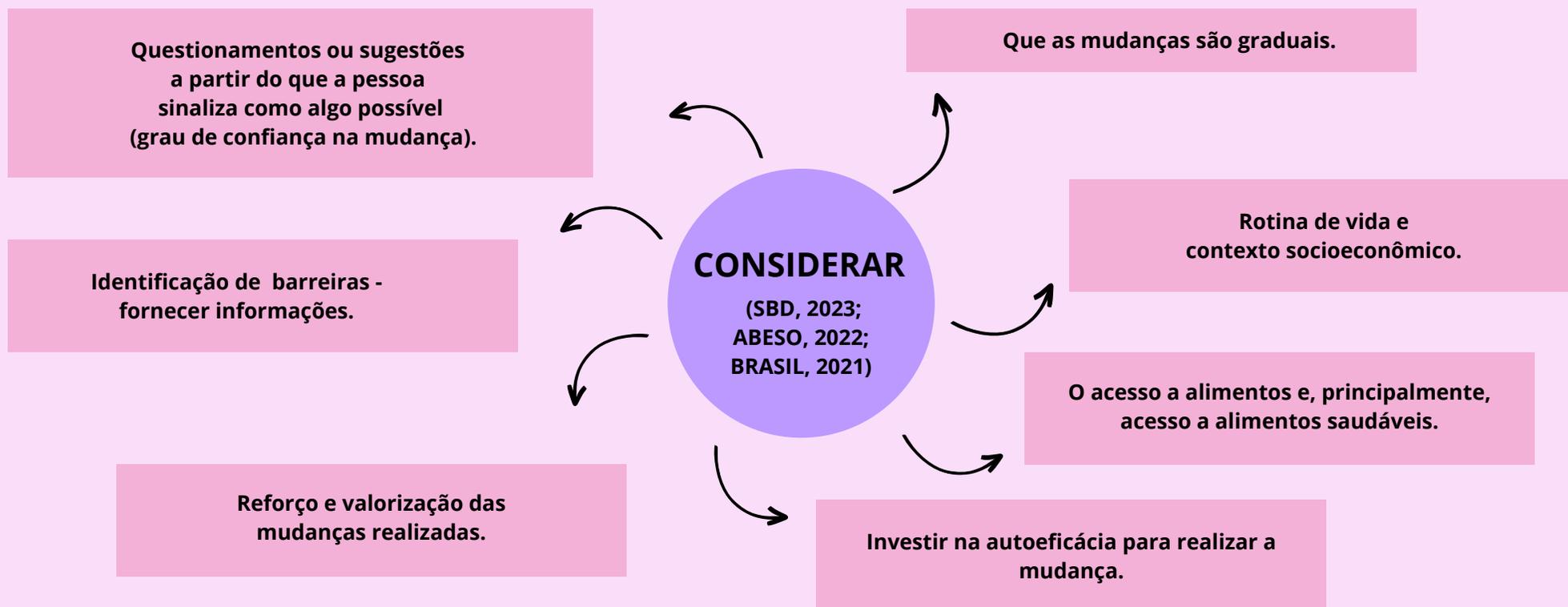
3.2 Alimentação:

3.2.3 Sobrepeso e obesidade

Intervenções intensivas de modificação comportamental visando a redução de peso e aumento dos níveis de atividade são bem sucedidas na redução do peso e na melhora do controle glicêmico, ao mesmo tempo em que contribuem para redução de medicamentos (SBD, 2023; PERREAULT; BURGERMASTER, 2022).

RECOMENDAÇÕES (SBD, 2023; BRASIL, 2021)

- Redução consumo energético:
 - a partir de melhorias qualitativas na dieta;
 - diminuição modesta e progressiva das porções;
- Manutenção de alimentação diversificada e próxima do que a pessoa relata preferir;
- Substituição das bebidas com adição de açúcar por água;
- Não substituição de açúcar por adoçante;
- Ingestão de alimentos em sua forma natural sem a adição de adoçantes (naturais ou artificiais).



3.2 Alimentação:

3.2.4 Intervenção aplicada à HAS/DM2

HAS

As melhores evidências recomendam a adoção da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Para facilitar a adaptação à cultura brasileira, foram utilizadas as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira que contemplam o padrão alimentar DASH mantendo os objetivos de: controlar a ingestão de sódio, aumentar a ingestão de potássio, diminuir a ingestão de gordura saturada.

- Preferência por alimentos de origem vegetal *in natura* e minimamente processados (frutas, legumes, verduras, leguminosas, cereais integrais e oleaginosas);
- Consumo de laticínios com baixo teor de gordura;
- Preferência por aves e peixes (sem pele) e consumo restrito de carnes vermelhas e processadas;
- Restringir bebidas adoçadas;
- Restringir uso de sal.

Referência(s): BRASIL, 2014; SACKS et al., 1995.

O Ministério da Saúde lançou uma cartilha e uma manual para os profissionais sobre a Alimentação Cardioprotetora com recomendações baseadas no Guia Alimentar da População Brasileira. Trata-se de um material de apoio que pode facilitar a abordagem das pessoas com risco cardiovascular.



Quer saber mais? Acesse o Manual de Alimentação Cardioprotetora em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf



DM2

É RECOMENDADO, quando disponível, o acompanhamento individualizado da terapia nutricional, com nutricionista, para otimizar a adesão e melhorar o controle glicêmico em pacientes com DM2 (SBD, 2023).

Não adotar dietas muito baixas em carboidratos (*low carb*), pois o impacto desse tipo de dieta ainda é inconclusivo.

Ingerir 25g a 35g de fibras dietéticas (frutas, verduras, legumes, cereais e grãos integrais, leguminosas).

Diminuir carga glicêmica: quantidade e índice glicêmico dos alimentos:

- Limitar consumo de frutas, orientar porções pequenas.
- Consumir alimentos proteicos com fontes de carboidratos, principalmente os simples, como a frutose.

Priorizar o uso de alimentos fontes de ácidos graxos mono e poli insaturados por estarem associados à menor incidência de DCV.

Maior cuidado na leitura de rótulos para evitar o consumo de açúcares ocultos em bebidas açucaradas e alimentos industrializados.

Considerar os horários de medicação e insulina ajustados à alimentação e medições da glicemia para atingir a meta glicêmica.

Evidências indicam adoção do padrão alimentar mediterrâneo com o consumo de alimentos frescos (minimamente processados), azeite de oliva extra virgem, consumo baixo a moderado de peixes, aves, ovos, laticínios e consumo baixo de carnes vermelhas e doces (DAVIS et al., 2015; WILLETT, 1995).

Os probióticos auxiliam na melhora da HbA1c, sensibilidade à insulina e perfil lipídico em pessoas com pré-diabetes. Também contribuem para a regular a homeostase da glicose no sangue (LI et al., 2022).

Referência(s): ADA, 2023; SBD, 2023; BRASIL, 2021.

3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

Quais são as evidências atuais sobre Atividade Física



- ✓ É a chave para reduzir o risco das doenças metabólicas mais prevalentes.
- ✓ Previne o declínio cognitivo.
- ✓ Melhora a qualidade do sono.
- ✓ Melhora a qualidade de vida.
- ✓ Reduz a ansiedade (aguda ou crônica), a depressão e os sintomas depressivos.
- ✓ O fortalecimento muscular traz benefícios para a saúde.
- ✓ Toda atividade física conta.
- ✓ Qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma, e quanto mais, melhor.
- ✓ O sedentarismo já é considerado uma doença.

As funções executivas são os processos cerebrais que melhoram a capacidade de organização diária e de planos para o futuro, assim como o automonitoramento. Além disso, essas funções são responsáveis também por inibir ou facilitar comportamentos, iniciar tarefas e controle das emoções (ADA, 2023; SBD, 2023; CRUMP et al., 2019; PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

OS BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO AO CÉREBRO



Aumenta a produção de neuroquímicos com efeitos neuroprotetores.



Associado à melhora da memória, velocidade de processamento e funções executivas.



Melhora o humor.



Associado à redução do risco de Alzheimer.

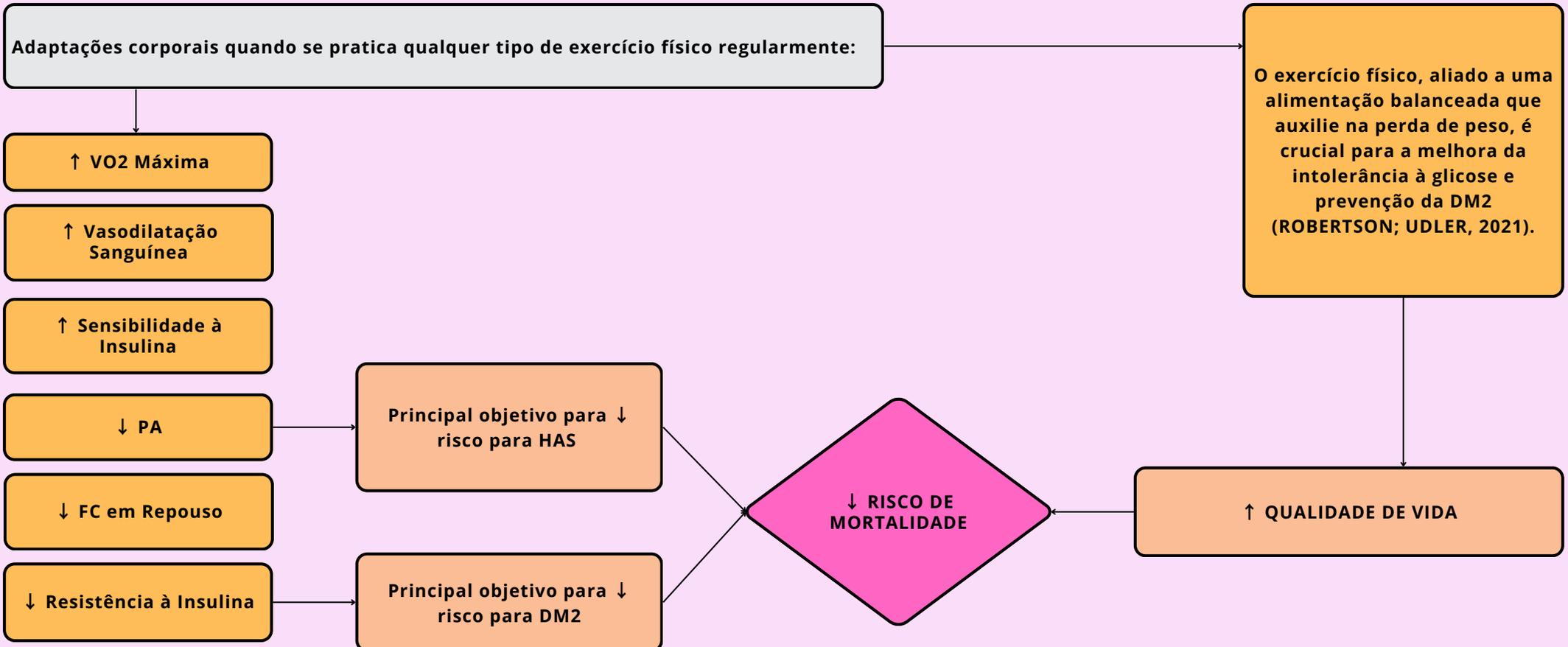


Fonte: Adaptação de imagem de páginas sem fonte autoral (2024).

Referência(s): OMS, 2020; PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018.

3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

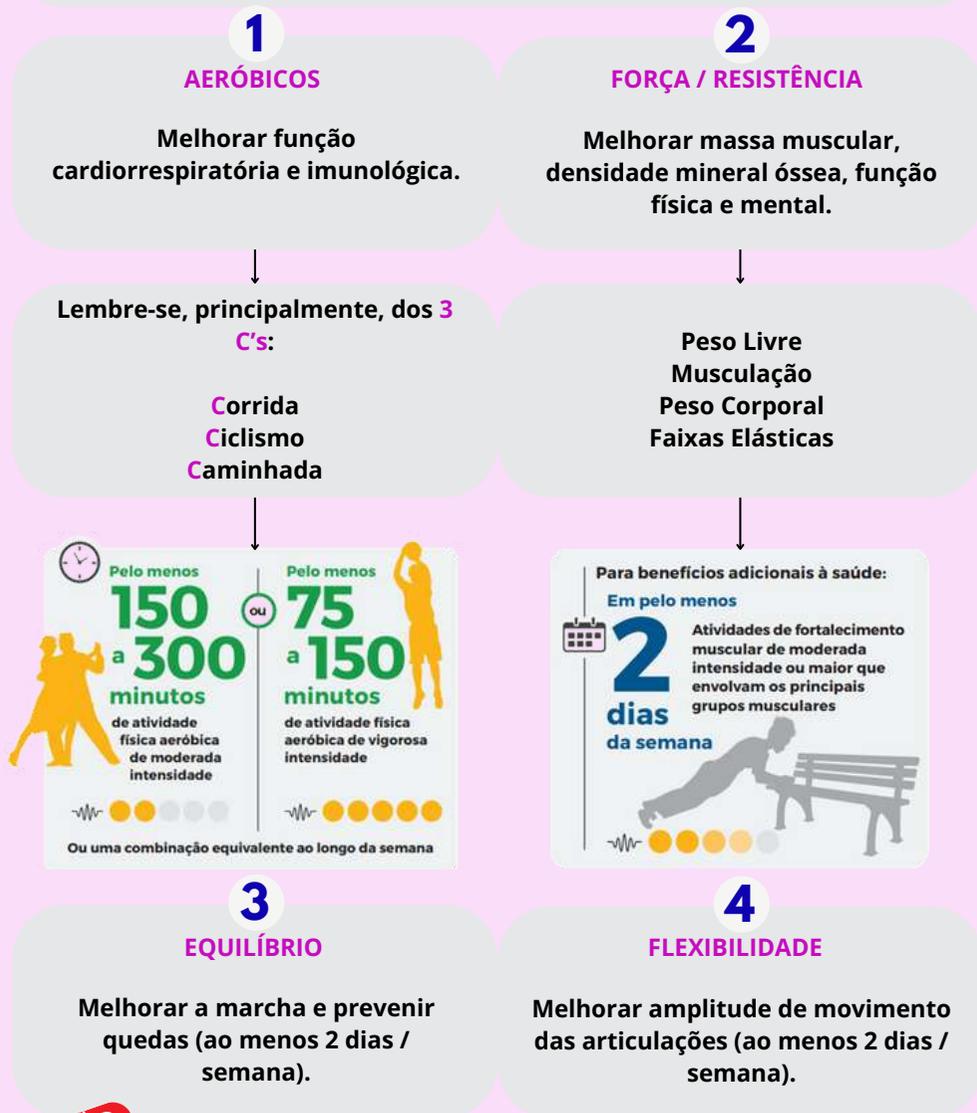
"Todo movimento conta!" - Já que há efeito acumulativo dos diferentes tipos de atividade física (atividade laboral ou de estudo, doméstica, deslocamento e de lazer) que influenciam positivamente nos níveis glicêmicos e de PA (OMS, 2020; PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).



Fonte: Organizado pelos autores e revisores técnicos (2023).
Referência(s): ROBERTSON; UDLER, 2021.

3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

Pode-se dividir os exercícios físicos em algumas categorias (OMS, 2020; COLBERG et al., 2016):



ATENÇÃO

Ao praticar exercícios aeróbicos e de resistência em uma mesma sessão, é indicada a realização dos exercícios de resistência ANTES dos aeróbicos, pois, dessa forma, a diminuição dos índices glicêmicos será MAIOR.



3.3.1 Avaliação e orientação para iniciar a atividade física

- Incentive a pessoa a começar com exercícios físicos que sejam do seu agrado, assim, a adesão será maior.
- Combine metas pequenas e realistas, pois quanto menor a meta, maior a chance da pessoa manter a prática de exercícios físicos regularmente.
- Solicite Eletrocardiograma de Esforço para pessoas com mais de 35 anos, com HAS e/ou com DM2 e que sejam tabagistas e/ou tenham dislipidemia associada.
- Oriente a pessoa com DM2 a fazer um teste rápido de glicose antes e depois do exercício físico, lembrando que a glicemia capilar deve estar entre 100 - 200 mg.
- Sugira que a pessoa tenha uma fonte de carboidrato de rápida absorção (como balas) quando for fazer exercício físico, já que pode ser necessária a ingestão em caso de hipoglicemia, principalmente, quando tiver DM2.
- Oriente o uso correto de meias e tênis às pessoas com DM2, bem como o autoexame dos pés antes e depois do exercício.
- Lembre que pessoas com Retinopatia ou Neuropatia Diabética devem EVITAR exercícios de impacto.
- NUNCA aplique insulina no músculo exercitado.

Referência(s): ADA, 2023; SBD, 2023.



3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

SUGESTÕES DE MUDANÇAS DE ROTINA PARA DIMINUIR O SEDENTARISMO

- **INCENTIVE** o abandono do sedentarismo, pois essa é uma condição que inibe todos os benefícios fisiológicos que o movimento físico provoca. O sedentarismo aumenta o risco em 150 a 240% para DCV (RIPPE, 2020).
- **ORIENTE**, sempre que possível, a reduzir o tempo que a pessoa permanece sentada, deitada ou assistindo TV ou outros eletrônicos (RIPPE, 2020).
- **SUGIRA** que, a cada hora, a pessoa faça 5 minutos de intervalo para se mexer: mudar de posição, ficar em pé, caminhar até o banheiro, subir e descer escadas, alongar o corpo, beber água (RIPPE, 2020).



Passeie com seu pet!

Substitua o elevador pelas escadas!



Faça agachamentos no meio dos turnos.

Fique em pé e caminhe enquanto fala ao celular!



Frequente o comércio do seu bairro a pé ou bicicleta!

Programo o alarme para sinalizar os horários de pausa.



Fonte: Imagem coletada do site da Clínica e Spa Vida Natural (2023).

Muitas pessoas não conseguem fazer os 150 - 300 min / semana de exercício físico preconizado pela OMS, porém, mesmo quem não atinge esta meta, mas já pratica alguma atividade física, terá redução do risco tanto de mortalidade por todas as causas como incidência de risco cardiovascular e DM2 (PORTELA et al., 2023; PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES

1

10.000 passos diários ou mais reduzem a mortalidade por todas as causas.

4

As pessoas sedentárias que acrescentam gradualmente algumas atividades moderadas ou vigorosas, como, por exemplo, correr ou andar de bicicleta 2x na semana, já reduzem os riscos à sua saúde.

2

Se aumentar + 2.000 passos diários aos 10.000 anteriores, diminui-se a incidência de DCV e Câncer.

5

Reduzir o comportamento sedentário das pessoas que fazem atividade física menor que a meta de 150 - 300 min / semana, já que qualquer aumento dessa atividade é benéfica à saúde.

3

Yoga, Tai Chi Chuan e Qigong são considerados exercícios especialmente benéficos, pois envolvem força e flexibilidade.

6

Já há redução do risco de mortalidade e incidência de HAS / DM2 em pessoas que realizam pouca ou nenhuma atividade física e que substituíram seu comportamento sedentário por atividade física leve.

Referência(s): PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018.

3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

CARDS DE ATIVIDADE FÍSICA QUE PODEM SER ENTREGUES ÀS PESSOAS COM HAS / DM2

GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

ATIVIDADES FÍSICAS PODEM SER PRATICADAS EM 4 DOMÍNIOS

- TEMPO LIVRE**: Praticar esportes, dançar, pedalar, participar de brincadeiras e jogos.
- DESLOCAMENTO**: Caminhar, pedalar, remar, andar a cavalo, de skate.
- TAREFAS DOMÉSTICAS**: Cortar a grama, lavar, varrer, esfregar, cuidar das plantas.
- TRABALHO OU ESTUDO**: Plantar, colher, limpar, carregar objetos, brincar no recreio ou intervalo.

Verifique mais exemplos de atividades acessando o Guia de Atividade Física para a População Brasileira.

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

ATIVIDADES FÍSICAS PODEM SER FEITAS EM DIFERENTES INTENSIDADES

	Leve	Moderada	Vigorosa
Esforço	Minimo	Médio	Alto
Respiração	Pequeno aumento	Mais rápido que o normal	Muito mais rápido que o normal
Batimentos do coração	Pequeno aumento	Moderado aumento	Aumenta muito
Conversar	Normalmente enquanto se movimenta	Dificuldade enquanto se movimenta	Não consegue

Verifique qual é sua percepção de esforço na atividade física de acordo com a escala abaixo:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Repouso Leve Moderado Vigoroso Muito Vigoroso

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS

Atividades físicas moderadas: A sua respiração e os batimentos do seu coração vão aumentar moderadamente.

150 pelo menos minutos por semana

ou

75 pelo menos minutos por semana

Atividades físicas vigorosas: A sua respiração será mais rápida e os batimentos do seu coração vão aumentar muito.

Combine atividades físicas moderadas + vigorosas

Evite comportamento sedentário: A cada 1 hora movimente-se 5 minutos

Fortalecimento muscular

Equilíbrio

2,3 vezes em dias alternados

Reduza o tempo em que você permanece sentado ou deitado assistindo à TV ou usando o celular.

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE



Quer saber mais? Acesse os cards de atividade física em:

<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Promocao-de-Praticas-Corporais-e-Atividade-Fisica>



3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

3.3.2 Atividade física para pessoas com fragilidade moderada ou severa

Pessoas com HAS / DM2 com fragilidade moderada à severa (estrato 4 ou 5) apresentam importantes alterações funcionais (IZQUIERDO; DUQUE; MORLEY, 2021), como:

↓ Funcionalidade (ex.: dificuldade para subir e descer escadas).

↓ Massa Muscular (ex.: perda ponderal de peso e caquexia).

↓ Execução das AVD's (ex.: dificuldade para tomar banho).

↑ Dependência de Cuidador (ex.: auxílio para ir ao banheiro).

↑ Índice de Úlceras de Pressão (ex.: falta de troca de decúbito).

↑ Declínio Cognitivo e Funcional (ex.: perda de memória).



A avaliação da atrofia muscular e/ou da perda de funcionalidade deve ser MULTIPROFISSIONAL, tendo em vista o reflexo desses processos sobre todos os sistemas corpóreos (MARTINEZ et al., 2021; CRUZ-JENTOFT et al., 2018), sendo alguns desses CRITÉRIOS AVALIATIVOS:

- ✓ Sensação de fraqueza / exaustão a partir da autopercepção da pessoa.
- ✓ Restrição de movimento articular, como dificuldade na marcha.
- ✓ Perda de peso não intencional de > 10% do peso corporal nos últimos 6 meses.
- ✓ Circunferência da panturrilha < 31 cm: indicativo de atrofia muscular.
- ✓ Força muscular:
 - Preensão palmar com uso do dinamômetro (**PADRÃO OURO**).
 - Teste de levantar da cadeira (saindo da posição sentado para de pé 5 vezes) - (**ACESSÍVEL**).

Pessoas com fragilidade moderada à severa, mas que NÃO estejam restritas ao leito, devem ser estimuladas para a prática de atividade física que reforce a força muscular dos membros superiores (ex.: levantamentos com pesos) e inferiores (ex.: agachamentos), além de exercícios aeróbicos de leve intensidade (ex.: caminhada de curta distância, *yoga* e hidroginástica), se possível, com supervisão de cuidadores (OMS, 2020; BRASIL, 2008).

3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

3.3.3 Atividade física para pessoas restritas ao leito

Para pessoas sem mobilidade e dependentes de cuidador, seguem algumas orientações a serem realizadas por tais cuidadores (BRASIL, 2008):

"GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR"

Material simples e didático, realizado pelo Ministério da Saúde, em 2008, com foco na demonstração de técnicas simples e efetivas na reabilitação dos pacientes acamados e/ou dependentes de cuidadores.

- **Massagem:** A massagem tem importante efeito regulador da circulação sanguínea, funcionalidade e sensibilidade.

- **Mobilização Passiva:** É uma importante técnica para melhorar o fluxo sanguíneo, função muscular e, principalmente, **NEUTRALIZAR** o efeito prejudicial do desuso crônico dos membros (PEDRINOLLA et al., 2022).

- **Mudanças de Decúbito:** Indivíduos acamados devem mudar de posição, pelo menos a cada 2 horas, para evitar úlceras de pressão.



Quer saber mais? Acesse o “Guia Prático do Cuidador” em:

[HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/GUIA_PRATICO_CUIDADOR.PDF](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)



3.3 Atividade Física - a importância do "sentar menos e se mexer mais":

3.3.4 Atividade física para pessoas com amputação de membro inferior

Estima-se uma média de 40 a 70% de amputações não traumáticas de membros inferiores decorrentes do pé diabético na população geral (DIERCKS; MATTOS; MARTINS, 2022).

Além da prática da MOBILIZAÇÃO PASSIVA pós-amputação imediata e da prática de atividades físicas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), pode-se citar 5 grandes OBJETIVOS FUNCIONAIS focados em orientações para as pessoas com amputação de membro inferior por decorrência da DM2 (BRASIL, 2013b):

IMPORTANTE

CHECKLIST RESUMIDO DE AVALIAÇÃO DO INDIVÍDUO COM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR POR DM2 (KALAPATAPU, 2022):

- AMPLITUDE DE MOVIMENTO E FORÇA MUSCULAR.
- INSPEÇÃO VISUAL E PALPÁVEL DO COTO (PRESENÇA DE DOR, EDEMA, ETC.).
- SUSTENTAÇÃO DO CORPO E DEAMBULAÇÃO COM DISPOSITIVOS AUXILIARES.



• **Transferências e Treino de Marcha:** Orientações e treinos das transferências de posições, bem como auxílio no treino de marcha com dispositivos auxiliares para atingir a marcha independente.

• **Orientação Postural:** Com cunho de evitar tendências posturais inadequadas, edema e deformidades do coto.

• **Dessensibilização do Coto:** Massagens e estímulos sensoriais diversos no coto.

• **Fortalecimento Muscular:** Iniciar com mobilizações passivas (semelhante ao idoso frágil e indivíduos acamados) e exercícios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020).



3.3 Atividade Física - a importância do “sentar menos e se mexer mais”:

3.3.5 Síntese da importância da atividade física ao longo do dia para pessoas com HAS/DM2

REDUZIR O TEMPO DE SEDENTARISMO

Limite o tempo sentado. Faça pausas a cada 30 min para realizar pequenas caminhadas ou exercícios simples de resistência para regular o metabolismo da glicose e estimular a circulação sanguínea.



CAMINHADA

Um incremento de 500 passos / dia está associado à diminuição de 2 - 9% do risco de morbidade cardiovascular e por todas as causas de mortalidade. Cinco a seis minutos de caminhada intensa, por dia, equivalem, aproximadamente, a 4 anos a mais de expectativa de vida.



SONO

Uma noite de sono constante e ininterrupta:



Quantidade: >8h ou <6h de sono afetam negativamente os níveis da hemoglobina glicada e aumento de PA.



Qualidade: noites de sono irregulares resultam em níveis glicídios e PA maiores, além de influenciar na prevalência de insônia, apneia do sono e síndrome das pernas inquietas.



Cronotipo: pessoas vespertinas (trocam o dia pela noite, dormem e acordam tarde) têm maiores níveis glicêmicos e de PA em relação às pessoas matutinas (dormem e acordam cedo).

EXERCÍCIO FÍSICO MODERADO A INTENSO

Estimule que a pessoa realize 150 min por semana de exercício físico de moderada intensidade OU 75 min por semana de exercício intenso, evitando 2 dias consecutivos de inatividade. Além disso, implemente 2 ou 3 sessões de exercícios de flexibilidade e equilíbrio. Apenas 30 min por semana de exercício físico de moderada intensidade já é suficiente para melhorar os perfis metabólicos.



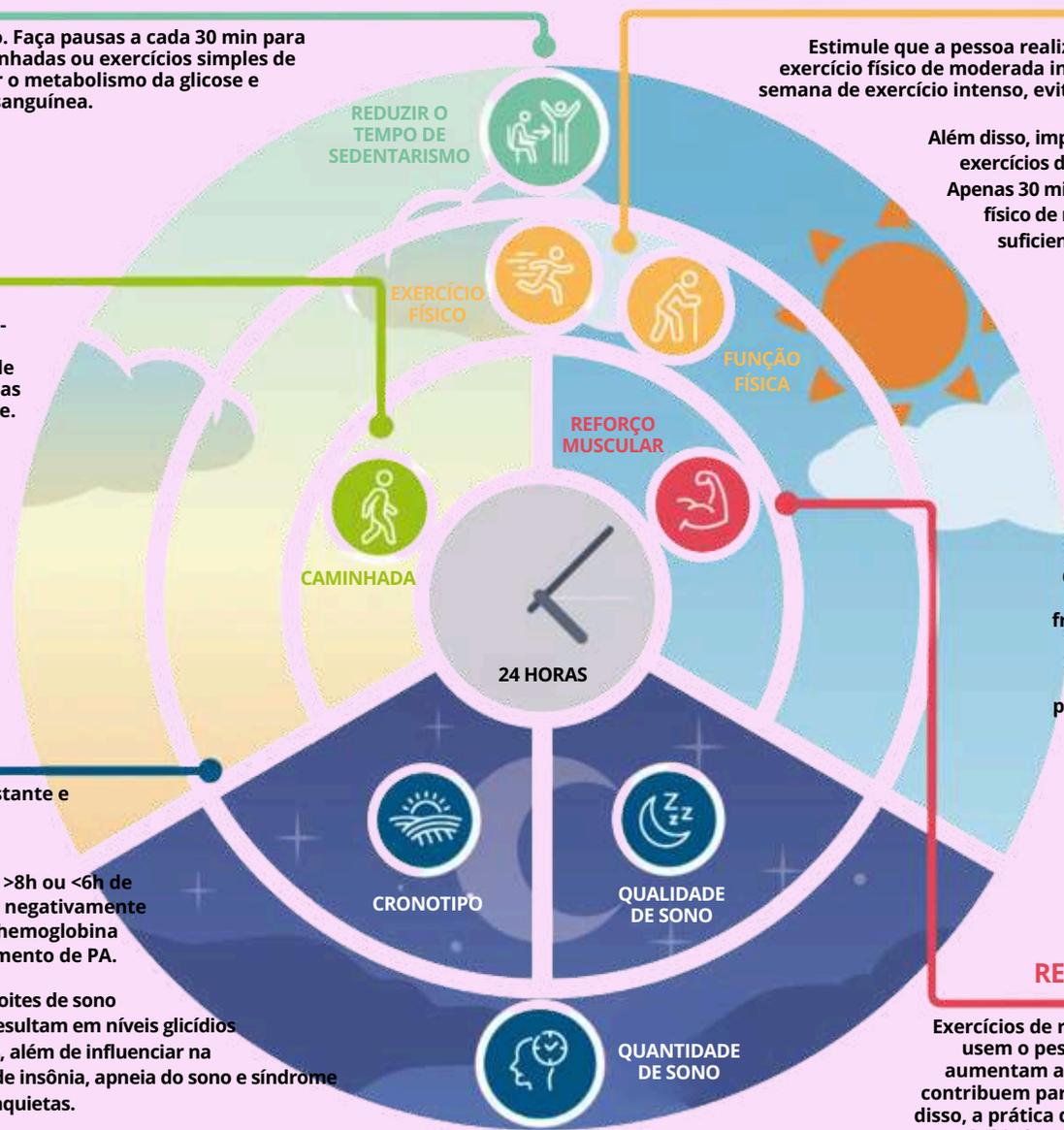
FUNÇÃO FÍSICA FRAGILIDADE SARCOPENIA

O fenótipo da pessoa com DM2 é único e está frequentemente associado à obesidade e fragilidade física precoce. A habilidade das pessoas com DM2 de meia-idade para realizar atividades funcionais simples é semelhante à dos idosos.



REFORÇO MUSCULAR

Exercícios de resistência (exercícios que usem o peso corporal ou resistência) aumentam a sensibilidade à insulina e contribuem para diminuição de PA. Além disso, a prática de atividades como *Yoga* e *Tai Chi Chuan* auxilia no equilíbrio e na flexibilidade.

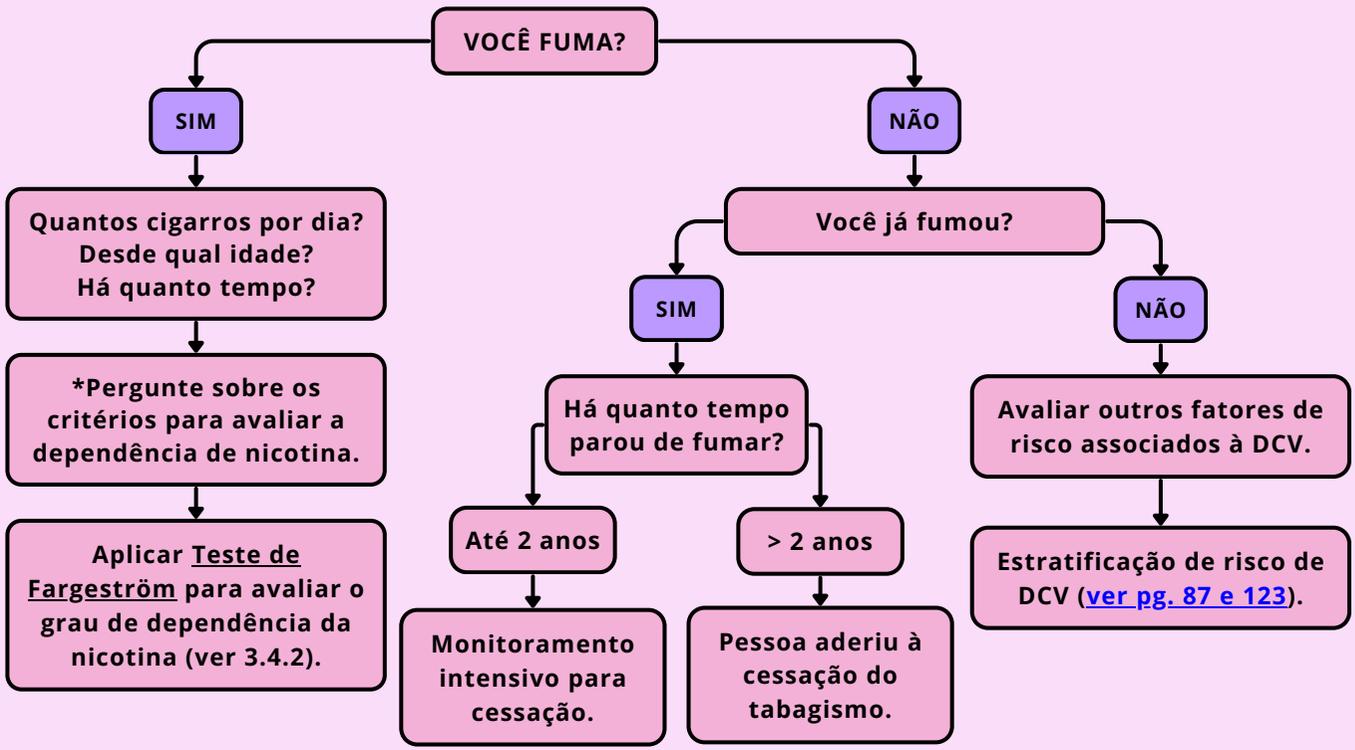


3.4 Tabagismo:

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para as DCV, e o consumo não apenas de cigarro, mas também de charuto, cigarrilha, cachimbo, narguilé e cigarro eletrônico (SBC, 2020; ISHG-HYPG, 2020).

- O uso do tabaco está associado:
- Ao aumento da pressão arterial e à resistência aos medicamentos anti-hipertensivos;
 - Aos processos metabólicos relacionados com o DM2, incluindo a homeostase da glicose, a hiperinsulinemia, resistência à insulina e o aumento dos níveis de hemoglobina glicada;
 - Ao aumento das concentrações de colesterol total e LDL, diminuição do HDL. Nos fumantes que têm DM2, aumenta o risco para neuropatia, úlcera do pé diabético e nefropatia diabética (BRASIL, 2021; COREN-RS, 2020; BRASIL, 2019).
 - O tabagismo está incluído no CID10 : F17: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo- Síndrome de dependência (BRASIL, 2020).

3.4.1 Avaliação do uso do tabaco



***Critérios para avaliar a dependência de nicotina: três ou mais critérios no último ano, a pessoa é considerada dependente da nicotina!**

- Desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou *craving*).
- Dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo).
- Estado de abstinência fisiológica diante de suspensão ou redução, caracterizado por síndrome de abstinência e consumo da mesma substância ou similar, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (reforço negativo).
- Evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes de substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores.
- Abandono progressivo de outros prazeres em detrimentos do uso de substâncias psicoativas.
- Aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância, ou recuperar-se de seus efeitos.
- Persistência no uso apesar das evidentes consequências como câncer pelo uso do tabaco, humor deprimido ou perturbações das funções cognitivas relacionadas com a substância.

3.4 Tabagismo:

3.4.2 Teste de Fagerström para avaliar o grau de dependência à nicotina

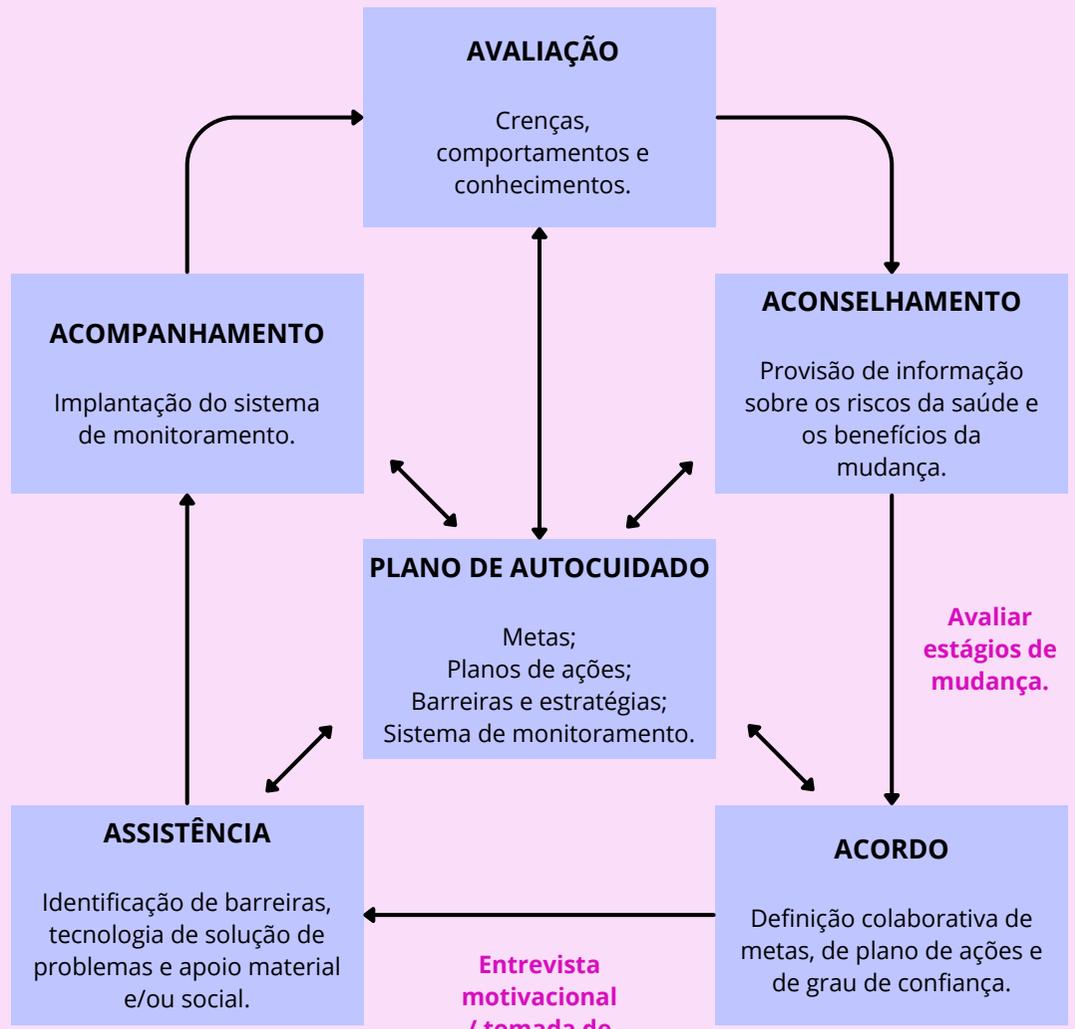
Perguntas	Respostas	Pontuação
Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Mais de 60 minutos	0
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	Sim	1
	Não	0
Qual cigarro no dia que traz mais satisfação?	O primeiro da manhã	1
	Os outros	0
Quantos cigarros você fuma por dia?	Mais de 31	3
	21 - 30	2
	11 - 20	1
	Menos de 10	0
Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim	1
	Não	0
Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	Sim	1
	Não	0
Escore Total (da dependência):		
0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada.		

Referência(s): STEFANI, 2008.

Quer saber mais? Acesse o teste em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=12>



3.4.3 Conversa sobre cessação do tabagismo utilizando a técnica dos "5 A's"



3.4 Tabagismo:

3.4.4 Acompanhamento da cessação do tabagismo

A associação entre o **ACONSELHAMENTO ESTRUTURADO/ABORDAGEM INTENSIVA** mais **MEDICAÇÃO** são as indicações para tratar a dependência à nicotina. O tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) pode combinar forma lenta (adesivo) e rápida (goma ou pastilha) de liberação de nicotina.

O aconselhamento estruturado/abordagem intensiva isolada, sem uso de medicamentos é preconizado em pacientes que apresentem uma ou mais das características abaixo:

- Relato de ausência de sintomas de abstinência;
- N° de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;
- Consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;
- Pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4.

O ACONSELHAMENTO ESTRUTURADO é feito em quatro sessões semanais, nas quais são abordados os seguintes assuntos:

- 1ª Sessão**
Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.
- 2ª Sessão**
Os primeiros dias sem fumar.
- 3ª Sessão**
Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.
- 4ª Sessão**
Benefícios obtidos após parar de fumar.

CONVERSAR SOBRE:

- Marcar a data da cessação.
- Estratégia que inibe a vontade de fumar (tomar água, escovar dentes).
- Identificar e inibir os estímulos para fumar (se desfazer de isqueiros, diminuir o café, manejo do estresse).
- O acompanhamento deve ser por 12 meses.

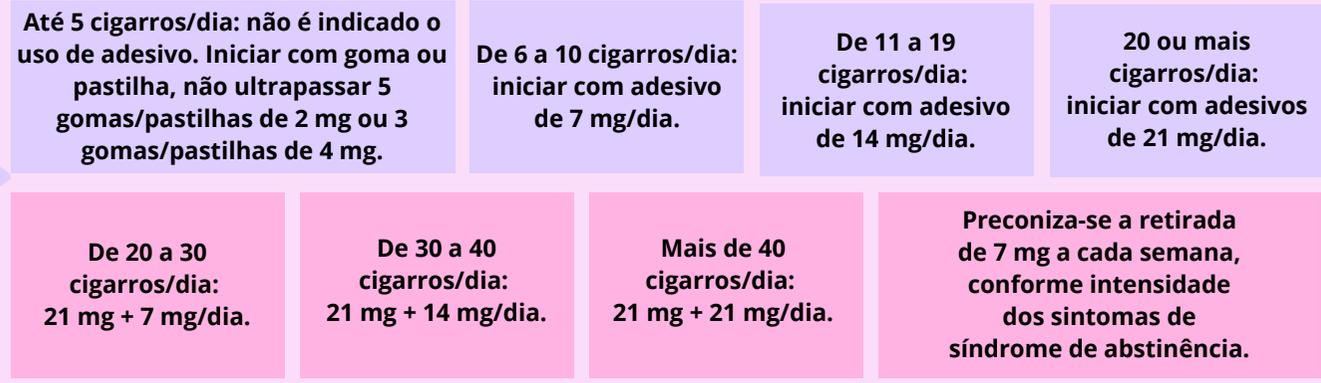
3.4.5 Tratamento medicamentoso

Opções terapêuticas à Terapia reposição à Nicotina:

- Bupropiona isolada;
- TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha);
- Bupropiona associada a uma TRN isolada.

- Cloridrato de bupropiona: comprimido de 150 mg (liberação prolongada);
- Nicotina (de liberação rápida): goma de mascar de 2 mg e pastilha de 2 mg.
- Nicotina (de liberação lenta): adesivo de 7, 14, 21 mg (uso transdérmico).

Reposição de nicotina: 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado.
Não ultrapasse a dose de 42 mg/dia.
A dose inicial de reposição de nicotina, para efeito de cálculo, considerar:



TRATAMENTO: 12 meses. ⚠️
Avaliação / Intervenção / Manutenção da Abstinência

3.5 Uso de Álcool:

O consumo elevado de bebidas alcoólicas é um importante fator de risco modificável no desenvolvimento de hipertensão (TANGNEY; ROENSON, 2021; SBD, 2019).



O consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear, e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de HAS. Estima-se que o aumento de 10g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA. Recomenda-se moderação no consumo de álcool (SBC, 2020).

Uma metanálise avaliou os efeitos da redução do consumo de etanol na PA e projetou que redução de 2mmHg na PAD poderia diminuir 17% a prevalência de HA, 6% risco de DAC, e 15% AVC isquêmico e ataque isquêmico transitório (PRÉCOMA et al., 2019).

O consumo superior ao aceitável por dia induz à elevação da concentração plasmática de triglicérides em indivíduos adultos sem Doenças Cardiovasculares (SBD, 2019).



Para pessoas com DM, se houver a ingestão excessiva de álcool, deve-se monitorizar a glicemia (ADA, 2023).

Os riscos associados ao consumo de álcool incluem hipoglicemia e/ou hipoglicemia tardia (particularmente para aqueles que usam insulina ou terapias com secretagogos de insulina), ganho de peso e hiperglicemia (para aqueles que consomem quantidades excessivas) (ADA, 2023; SBD, 2023).

O álcool pode piorar a neuropatia diabética, retinopatia diabética e aumentar os danos aos rins. Além disso, alguns medicamentos para DM, como as sulfonilureias, podem interagir com o álcool e causar reações adversas, como rubor facial extremo ou náuseas (PASTOR et al., 2020).

COMO IDENTIFICAR E AVALIAR O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS?

Entre indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas, a ingestão não deve ultrapassar 30g álcool/dia (duas doses padrão) que equivale a:



Uma garrafa de cerveja
(5% de álcool, 600 ml).



Duas taças de vinho
(12% de álcool, 250ml).



Uma dose de destilado:
whisky, vodca, aguardente
(42% de álcool, 60 ml).

O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM PESSOAS COM HASDM2

Para pessoas com DM, a ingestão não deve ultrapassar 15g álcool/dia (uma dose padrão) para mulheres e até duas doses para homens.



300mL de cerveja (5% de
álcool).



150mL de vinho (12% de
álcool).



Uma dose de destilado:
whisky, vodca, aguardente
(42% de álcool).



Esse limiar deve ser reduzido à metade para homens com baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados (SBC, 2020).

Para rastreamento de uso abusivo recomenda-se fazer o rastreamento utilizando o instrumento AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification*), em tradução livre: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool.

Referência(s): ADA, 2023; SBD, 2023; PASTOR et al., 2020.

MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

3.5 Uso de Álcool:



Avaliar todas as pessoas que refiram uso de álcool e manejar a condição a partir do resultado do AUDIT.

Alertar as pessoas com DM quanto à relação do álcool com o aumento do peso corporal, e com episódios de descompensação dos parâmetros glicêmicos.

Fazer uma avaliação utilizando o modelo transteórico (estágio de mudança - [ver pg. 37](#)) e entrevista motivacional ([ver pg. 39](#)).

Os indivíduos abstêmios não devem ser induzidos a consumir bebidas alcoólicas.

Diferenciar entre alcoolismo precoce (predisposição biológica) ou de início tardio (provocado por gatilhos ambientais e psicossociais) é fundamental para definir os encaminhamentos.

Quadro 1: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao álcool

PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
1) Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca	0
	Mensalmente ou menos	1
	De 2 a 4 vezes por mês	2
	De 2 a 3 vezes por semana	3
	4 ou mais vezes por semana	4
2) Quantas doses alcoólicas você costuma beber? (01 dose: um copinho de pinga, destilado ou licor, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho).	0 ou 1	0
	2 ou 3	1
	4 ou 5	2
	6 ou 7	3
	8 ou mais	4
3) Com que frequência você consome 06 ou mais doses em uma mesma ocasião?	Nunca	0
	Menos do que uma vez ao mês	1
	Mensalmente	2
	Semanalmente	3
	Todos ou quase todos os dias	4
4) Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	0
	Menos do que uma vez ao mês	1
	Mensalmente	2
	Semanalmente	3
	Todos ou quase todos os dias	4
5) Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?	Nunca	0
	Menos do que uma vez ao mês	1
	Mensalmente	2
	Semanalmente	3
	Todos ou quase todos os dias	4
6) Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca	0
	Menos do que uma vez ao mês	1
	Mensalmente	2
	Semanalmente	3
	Todos ou quase todos os dias	4
7) Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	Nunca	0
	Menos do que uma vez ao mês	1
	Mensalmente	2
	Semanalmente	3
	Todos ou quase todos os dias	4
8) Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca	0
	Menos do que uma vez ao mês	1
	Mensalmente	2
	Semanalmente	3
	Todos ou quase todos os dias	4
9) Você já causou ferimentos ou prejuízos à você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não	0
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	1
	Sim, nos últimos 12 meses	2
10) Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não	0
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	1
	Sim, nos últimos 12 meses	2
	Sim, nos últimos 12 meses	2

3.5 Uso de Álcool:

RESULTADO DO AUDIT

Pontuação	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o álcool: informações sobre consumos, limites de beber e orientações gerais.
8 a 15	Uso de Risco	Orientação básica: educação para o uso de álcool e a proposta de estabelecimento de metas para a redução ou abstinência.
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação básica: mais aconselhamento de acordo com a motivação para mudança do padrão de beber e monitoramento contínuo.
20 ou mais	Provável Dependência	Avaliação do diagnóstico e encaminhar para tratamento na Unidade de Saúde, se necessário, com apoio de profissionais de saúde mental ou nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

1) Orientações gerais: identificar se há adolescentes na família para abordagem preventiva e orientações dos pais.

1) Abordagem individual ou em grupo: quem está nesse nível de risco pode utilizar mecanismos de defesa como a negação, resistência e racionalização.
2) Fazer uma avaliação segundo o modelo transteórico: se em pré-contemplação fazer monitoramento anual. Na contemplação há ambivalência, uma etapa favorável para conversar sobre o problema e utilizar a entrevista motivacional.
3) Conversar com a família e entrevista familiar.

1) Abordagem inicial individual: de forma geral, quem está nesse nível de risco utiliza mecanismos de defesa como a negação, resistência, racionalização. Avaliar a presença de transtornos psiquiátricos associados (depressão, ansiedade, THB).
2) Conversar com a família e entrevista familiar.
3) Fazer uma avaliação via modelo transteórico: se em pré-contemplação fazer monitoramento contínuo.
4) Utilizar a entrevista motivacional para avaliar a ambivalência em relação à mudança.

- A abstinência completa é o único tratamento para dependência de álcool.
- Converse e enfatize para a pessoa que o erro mais comum é subestimar a quantidade de ajuda necessária para parar de beber.
- No início do tratamento, e talvez durante o tratamento, os pacientes devem remover o álcool de suas casas e evitar bares e outros estabelecimentos onde fortes pressões para beber possam dificultar a abstinência.
- É fortemente recomendado frequentar os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA).

As pessoas precisam comparecer às reuniões do AA regularmente (diariamente no início) e por um período suficiente (geralmente dois anos ou mais), porque a recuperação é um processo difícil e demorado.

Uso de medicação se faz necessário. Evite o uso fixo de Benzodiazepínicos. Naltrexona (não disponível no SUS) conforme avaliação.

Referência(s): THOMPSON, 2022; COREN-RS, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2017.

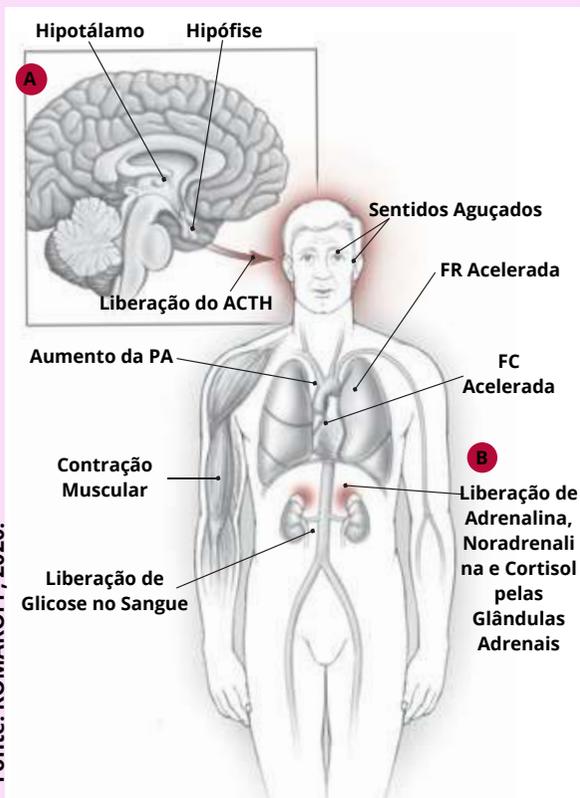
3.6 Estratégias para lidar com o stress:

STRESS CRÔNICO CONTRIBUI E AGRAVA

Aterosclerose, infarto, aumento da PA, podendo desencadear fibrilação atrial, palpitações, contrações ventriculares, arritmias e outras.
Insônia crônica ou falta de sono adequado.

Comportamentos não saudáveis como fumar, não se exercitar, comer em excesso, consumir bebida alcoólica, entre outros.

Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA)



(A) O hipotálamo libera o fator liberador de corticotrofina (CRF) para a glândula pituitária, que então libera o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH).

(B) O ACTH ativa as glândulas suprarrenais, que liberam vários hormônios. Os efeitos combinados desses hormônios são generalizados: sentidos ficam mais aguçados, os músculos se contraem, o coração bate mais rápido, a pressão sanguínea aumenta e a respiração acelera.

RESPOSTA DE RELAXAMENTO E GERENCIAMENTO DE STRESS CONTRIBUEM PARA O MANEJO DO PROBLEMA:

Em conjunto com os outros comportamentos para mudança de estilo de vida, as ferramentas para o gerenciamento do estresse podem promover a resiliência (FINCHAM et al., 2023; KOMAROFF, 2020).

MEDITAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA

Respiração profunda enquanto permanece no momento presente, concentrando-se sem julgamento nos pensamentos e nas sensações que vão surgindo.



FOCO NA INSPIRAÇÃO

Concentrar-se na respiração lenta e profunda, desengatando suavemente a mente de pensamentos e sensações que distraem.



YOGA, TAI CHI E QI GONG

Três antigas artes de exercício consciente que combinam respiração rítmica com uma série de posturas ou movimentos fluidos.



IMAGINAÇÃO GUIADA

Uso de imagens mentais agradáveis para ajudá-lo a relaxar e se concentrar.

VARREDURA DO CORPO

Concentrar-se em uma parte do corpo ou grupo muscular de cada vez, assim, liberando mentalmente qualquer tensão física presente no local.

ESPIRITUALIDADE

Identificar potencialidades na espiritualidade que possam auxiliar como: fé, crença, esperança, orações, etc... Aplicar questionários como FICA e HOPE.

PASSO A PASSO DA TÉCNICA DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA E RESPOSTA DE RELAXAMENTO

- TÉCNICA DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA (ABDOMINAL):** coloque uma mão no peito e a outra mão logo abaixo do umbigo. Ao inspirar e expirar profundamente, a parte inferior do abdômen sobe e desce. Ao inspirar, o diafragma desce pressionando os órgãos abdominais para abrir espaço para a expansão dos pulmões à medida que se enchem de ar. Ao expirar, o diafragma pressiona de volta para cima, ajudando os pulmões a expelir o dióxido de carbono. Repetir algumas vezes (KOMAROFF, 2020).



- RESPOSTA DE RELAXAMENTO: (Passo 1)** - Escolha um foco calmante como respiração, uma palavra ou frase positiva que pode ser mentalizada ou falada enquanto respira. **(Passo 2)** - Solte-se e relaxe. Não se preocupe com o que você está fazendo. Ao perceber que sua mente está divagando, simplesmente respire fundo ou diga a si mesmo "pensando, pensando" e gentilmente retorne sua atenção ao seu foco (KOMAROFF, 2020).



MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

3.7 Higiene do Sono:

A literatura científica traz evidências quanto ao prejuízo da privação de sono para a saúde, apontando associações com: obesidade, condições crônicas, maior ingestão de alimentos com preferência por doces, risco cardiovascular aumentado, perdas nas funções neurocognitivas, memória, resposta imune e regulação emocional, entre outros. Alguns destes problemas são causa e consequência da piora do sono.

O sono é controlado pelo ritmo circadiano e pelo equilíbrio sono-vigília. O ritmo circadiano, associado ao nosso relógio biológico está sincronizado com o ambiente, sendo a luz um dos principais influenciadores. O equilíbrio sono-vigília é regulado também pelo cérebro e pode ser alterado com a utilização de indutores ou bloqueadores, como, por exemplo, o café. Os dois sistemas interagem e atuam no "desligamento" do cérebro que possibilita o sono reparador.

Embora o sono tenha associação direta com as condições crônicas, não foram encontradas orientações nos protocolos e diretrizes de HAS e DM2 que tratassem desta questão. As orientações apresentadas a seguir foram buscadas nos manuais de autocuidado.

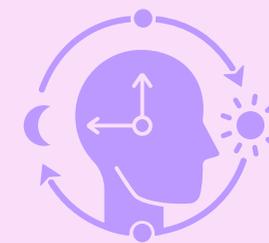
PELA MANHÃ

- Olhar para o céu;
- Se expor ao sol (luz natural);
- Não ficar na cama (forçar dormir mais);
- Realizar desjejum:
 - Incluir alimentos proteicos;
 - Evitar açúcar ou doces;
 - Reduzir a ingestão de café (se estiver excessiva).
- Evitar cochilos (máx. um de 20 min após o almoço);
- Realizar atividade física regularmente:
 - De preferência pela manhã e ao ar livre;
 - Após às 18h, evitar exercícios intensos ou competitivos;
 - Após às 18h, preferir alongamentos e/ou *yoga*.
- Consistência no horário de sono:
 - Ter rotina de horários para dormir e acordar;
 - Manter os mesmos horários;
 - Garantir de 7 a 8 horas de sono/noite.

À NOITE

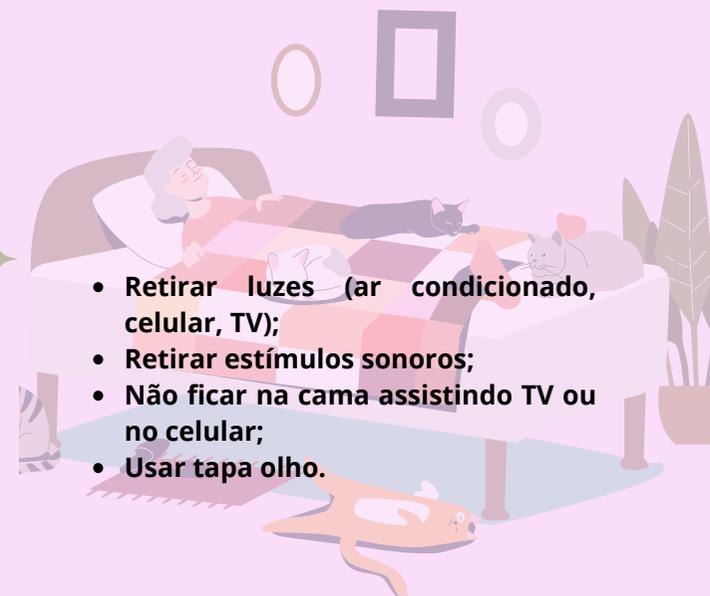


- Reduzir exposição à luz branca e/ou azul:
 - Usar luz amarela, indireta, velas;
 - Não usar celular (telas) pelo menos 1h antes de deitar;
 - Usar tela apropriada (configurações do celular ou computador).
- Tomar banho morno antes de deitar;
- Evitar exposição a tensões como: discussões, filmes de suspense ou terror, leitura de conteúdo técnico ou pesado, notícias ruins;
- Começar a relaxar antes de deitar na cama:
 - Uso de aromaterapia;
 - Meditação;
 - Músicas relaxantes.
- Alimentação da noite:
 - Realizar última refeição pelo menos 3 horas antes de deitar;
 - Evitar alimentos ricos em gorduras, doces e bebidas de álcool ou com cafeína;
- Evitar uso de tabaco (se for tabagista).



QUANDO FOR DORMIR

- Retirar luzes (ar condicionado, celular, TV);
- Retirar estímulos sonoros;
- Não ficar na cama assistindo TV ou no celular;
- Usar tapa olho.

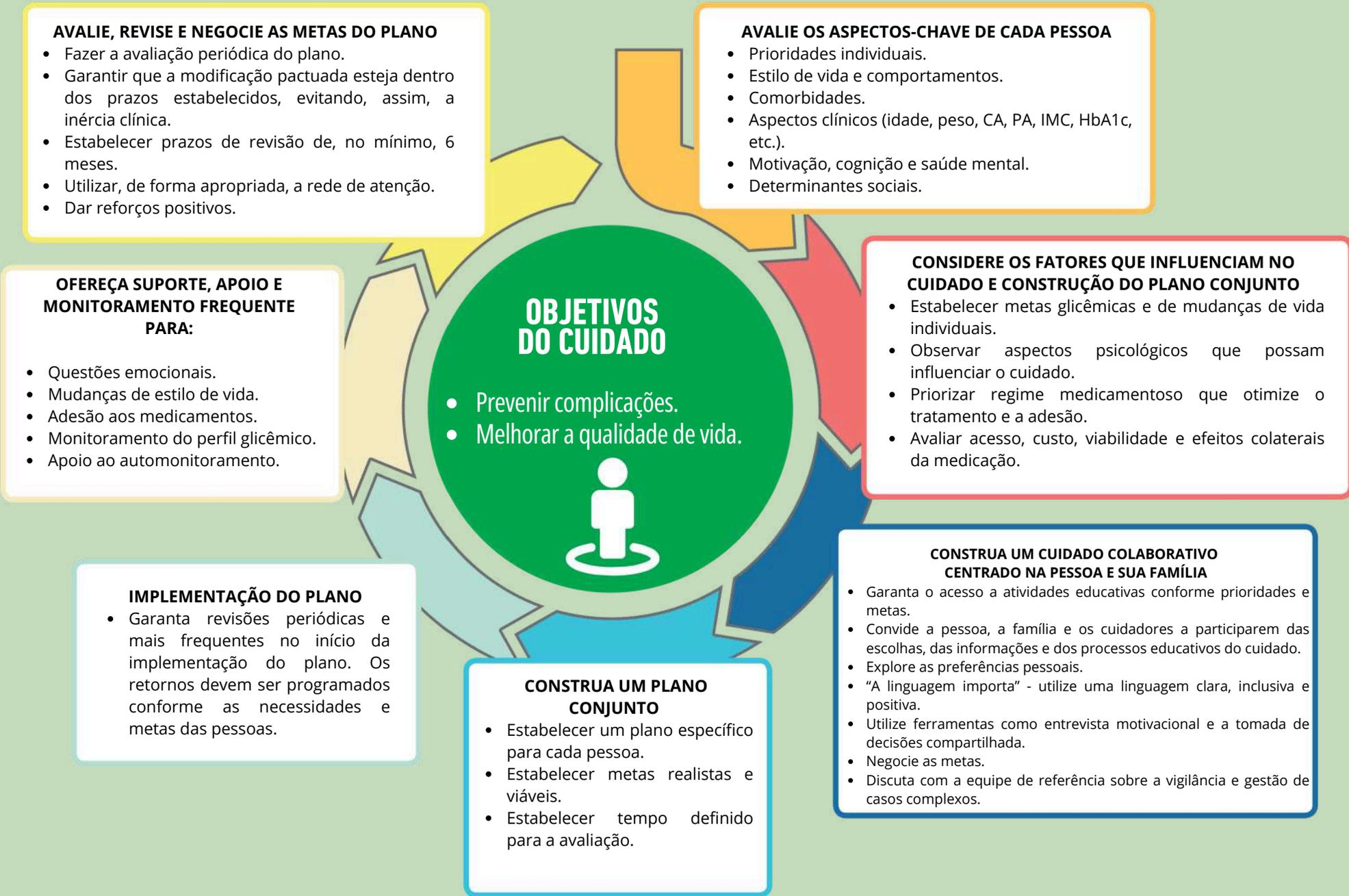


Quer saber mais? Acesse:
<https://www.sleepfoundation.org/>



4. O CUIDADO DA PESSOA COM DM2

4.1 Aspectos Gerais do Cuidado da Pessoa com DM2:



Legenda: CA (Circunferência Abdominal); PA (Pressão Arterial); IMC (Índice de Massa Corporal); HbA1c (Hemoglobina Glicada).
 Fonte: Adaptado de ADA (American Diabetes Association) e traduzido pelos autores e revisores técnicos (2023).

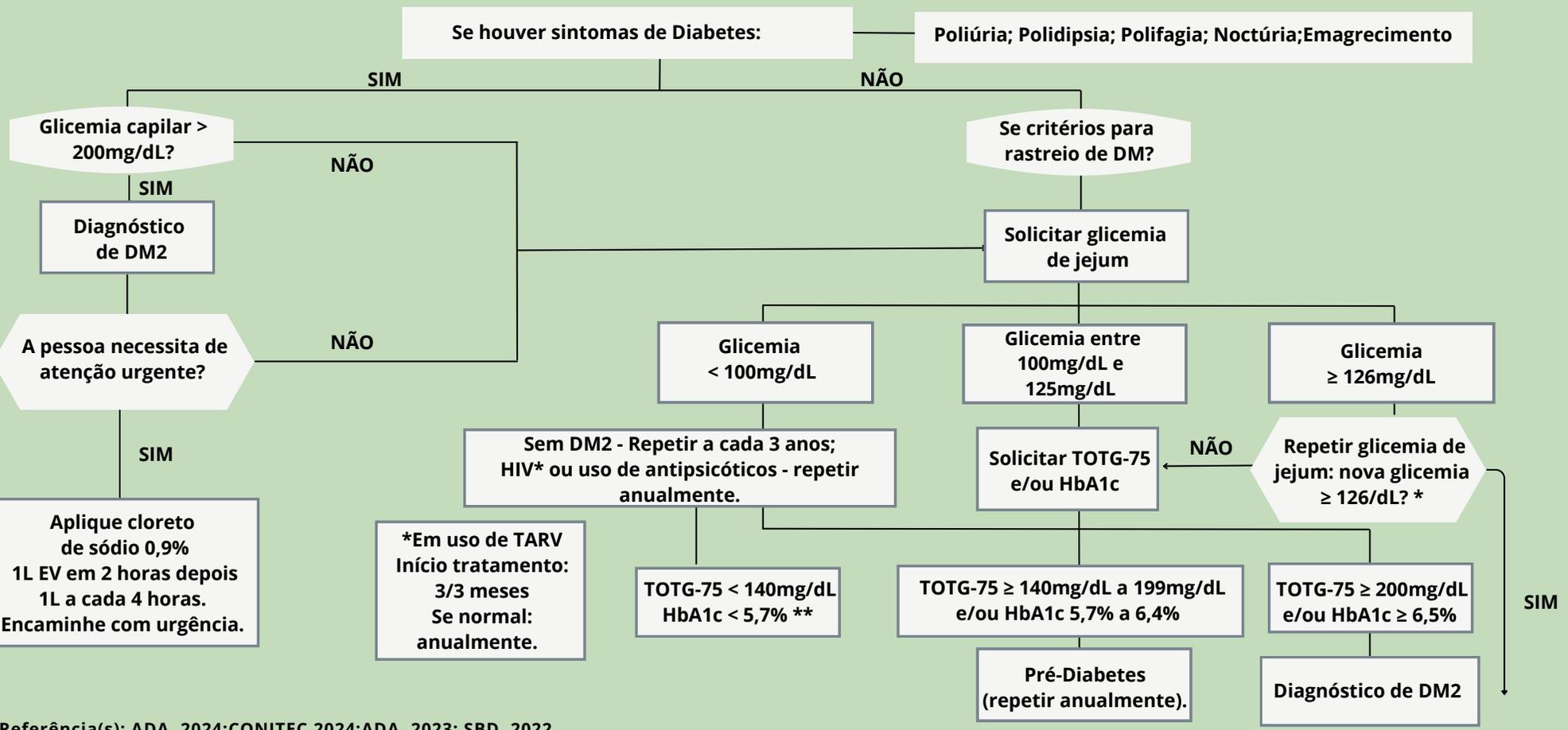
4.2 Rastreo e Diagnóstico:

Critérios para rastreamento de DM2 em adultos:

- Todas as pessoas com idade ≥ 45 anos.
- Pessoa com sintomas clínicos de diabetes (poliúria, polidipsia, noctúria, perda de peso).
- História prévia de Diabetes gestacional (DMG) ou bebê com peso ao nascer ≥ 4000g).
- Pessoas vivendo com HIV.
- Pessoa com IMC ≥ 25 kg/m² ou um dos seguintes fatores de risco para DM:
 - Acantose Nigricans;
 - Doença cardiovascular;
 - Etnia asiática, hispânica ou africana;
 - HDL < 35;
 - HAS (PA > 140/90 ou uso de anti-hipertensivo);
 - História familiar de Diabetes em pais ou irmãos;
 - História prévia de tolerância diminuída a glicose ou pré-DM;
 - Obesidade grau 3 (IMC > 40Kg/m²);
 - Sedentarismo;
 - Síndrome do ovário policístico;
 - Tabagismo;
 - Triglicérides > 250;

Todos os profissionais podem encaminhar para o rastreamento com médico, enfermeira ou nutricionista!

- Uso de antipsicóticos ou corticoides - antes de iniciar e em 12 semanas;
- Uso de estatinas e diuréticos tiazídicos;
- Doença periodontal;
- Pancreatite: 3 meses após episódio e depois anual.



(*) Diagnóstico de DM2: dois resultados acima do limiar normal. Se for solicitado amostras em dois tempos diferentes, recomenda-se que o segundo teste seja requisitado imediatamente. Dois exames diferentes (HbA1c e Glicemia de Jejum), ambos acima do limiar diagnóstico, confirmam DM2. Por outro lado, se a pessoa apresentar resultados discordantes em dois testes diferentes, deverá ser repetido o exame que estiver acima do limiar diagnóstico (ADA, 2024).
 (**) A HbA1c tem diversas vantagens em relação ao teste de glicemia e TGO-75, porém, tem um custo maior e acesso limitado em vários lugares do Brasil (ADA, 2024).

Referência(s): ADA, 2024; CONITEC, 2024; ADA, 2023; SBD, 2022.

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.1 Anamnese

	CATEGORIA	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Registro do CID E.10 ou E.11 CIPE: 0005876 CIAP: T89 Diabetes insulino-dependente T90 Diabetes não insulino-dependente		X	X		Registre na caixa "problemas", selecione a opção "ativo" e preencha o tempo de diagnóstico.
Registro da consulta no prontuário eletrônico	MFC, ENF	X	X		Registre no prontuário eletrônico. Marcar na condição ATIVA no e-SUS (ver pg. 24).
Percepção da pessoa sobre o diabetes (SIFE) Aspectos psicossociais do diabetes	MFC, ENF, EI	X	X		Converse com a pessoa e sua família sobre Sentimentos (S), Ideias (I), Funcionalidade (F) e Expectativa (E) (ver pg. 33).
História Familiar	EI	X			Registre no prontuário eletrônico.
Comorbidades	MFC, ENF, EI	X			Registre no prontuário eletrônico.
Sinais e Sintomas	MFC, ENF, EI	X	X		Maneje os sintomas conforme situação. Pergunte sobre dor no peito e dor na perna.
Avaliação de metas: glicêmica, estilo de vida e tratamento medicamentoso	MFC, ENF, EI, NUT		X	Conforme estratificação de risco DCV, fragilidade do idoso e prioridade e metas.	As metas de tratamento farmacológico e não farmacológico são estabelecidas em conjunto com a pessoa com DM2 e avaliadas nos prazos estipulados.

Legenda: AS (Assistente Social); DCV (Doença Cardiovascular); EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); PSI (Psicólogo).

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.1 Anamnese

	CATEGORIA	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Avaliação da alimentação	MFC ENF NUT	X	X	Na primeira consulta fazer a identificação de consumo. Preencher marcadores de consumo (campo do e-SUS). Nas consultas subsequentes, avaliar de acordo com as prioridade e metas.	Identificar o consumo de alimentos/bebidas com alta densidade calórica e/ou alto índice glicêmico: refrigerante, líquidos adoçados (sucos, gelatina, bebida láctea), biscoitos, doces, sorvetes, bolos, pães brancos, cereais refinados, iogurtes, <i>fast-foods</i> , mel, melado. Verificar consumo de gordura saturada ou trans; uso de bacon, banha no preparo dos alimentos, margarina, molhos industrializados, frituras, produtos de padaria, comida industrializada (massa instantânea, pizza congelada), carne vermelha embutidos, queijos amarelos, nata. Consumo de sódio: adição de sal, embutidos, alimentos industrializados, temperos prontos, comidas congeladas, salgadinhos, pizza, <i>fast-food</i> .
Rastreamento Depressão	MFC, ENF, PSI, AS		X		Utilize a escala PHQ9 para rastreamento ANUAL. Pontuações de 5, 10, 15 e 20 representam pontos de corte para leve, depressão moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente
Screening para Demência	MFC		X	Anual	Pessoas com diabetes têm maior incidência de qualquer demência, inclusive Alzheimer. Utilize o Mini-mental. Anual acima de 60 anos.
Rastreamento Ansiedade e Diabetes Distress	MFC, ENF, PSI, AS		X		Utilize a escala GAD-7 para rastreamento ANUAL. <i>Diabetes Distress</i> (ver pg. 114).
Identificar Determinantes Sociais em Saúde e Rede de Apoio	MFC, ENF, PSI, AS, EI		X		Identificar a rede de apoio para os cuidados. Aplique a ferramenta "Mapa de Rede" ou "Ecomapa" (ver pg. 46/47). Identificar se insegurança alimentar, situação de pobreza, baixa escolaridade, raça e infraestrutura do território.

Acesse o teste PHQ-9 em:
<http://www.phqscreeners.com>



Acesse o teste GAD-7 em:
<https://clenicapsicanalitica.com.br/crise-de-ansiedade/>



4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.1 Anamnese

	CATEGORIA	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Avaliação da Atividade Física	MFC, ENF, NUT	X	X	Na primeira consulta identificar se é sedentário ou não.	Fazer as seguintes perguntas: Faz exercício físico orientado? Qual? Frequência e tempo. Perguntar também sobre atividades físicas cotidianas (atividade laboral, caminhadas, atividade doméstica, movimentos).
Tabagismo	EI	X	X	Na primeira consulta identificar se é tabagista ou não.	Se tabagista: Nas consultas subsequentes aplicar o teste de Fargestrom (ver pg.70). Se não é: Perguntar se já fumou? Por quanto tempo? Quando parou?
Uso de Álcool	MFC, ENF, PSI, AS, ODO, TSB	X	X	Na primeira consulta identificar se há consumo de álcool.	Fazer as seguintes perguntas: Você faz uso de bebida alcoólica? Qual bebida? Qual frequência e quantidade? Se identificar que há uso de álcool, nas consultas subsequentes aplicar o AUDIT (ver pg. 73).
Avaliação de Risco Cardiovascular	MFC, ENF		X	Anual.	Avalie o risco cardiovascular (ver pg. 87).
Capacidade de Autocuidado	EI		X	Anual.	Avalie a capacidade de autocuidado (ver pg. 14).
Apneia do Sono	MFC		X		Pergunte sobre a qualidade do sono. As pessoas com diabetes têm com mais frequência apneia do sono, que piora a glicemia e os níveis tensionais (ver pg.76).
Calendário Vacinal	MFC, ENF, TEC ENF, EI		X	Conforme calendário de vacinação.	Anual: COVID-19 Bivalente e Influenza; Cada cinco anos: Herpes Zoster (acima de 50 anos), VPC 13 e VPP 23; Uma vez: Hepatite B e Haemophilus influenzae tipo B.

Legenda: AS (Assistente Social); EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); ODO (Odontólogo); PSI (Psicólogo); TEC ENF (Técnico de Enfermagem); TSB (Técnico de Saúde Bucal); VPC13 (Vacina Pneumocócica Conjugada 13 Valente); VPP23 (Vacina Pneumocócica Polissacarídica 23 Valente).

Referência(s): ADA, 2024; CONITEC,2024;ADA, 2023; ADA, 2022; SBD, 2022; SBIBAE, 2020; AHA, 2020; SBC, 2020; CONITEC, 2020; PACK, 2020; COREN-PE, 2019.

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.2 Exame Físico

	CATEGORIA	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Medição de PA	MFC, ENF, TEC ENF	X	X	Níveis de TA conforme risco DCV.	Pessoas com HAS e DM2 : alto risco cardiovascular: Meta: PA <130/80. Registrar a TA no campo apropriado no e-SUS.
Peso e Altura - IMC	MFC, ENF, TEC ENF, NUT	X	X	Adulto: IMC Eutrófico: 18,5 - 24,9; Sobrepeso: 25 - 29,9; Obesidade: > 30 Idosos: IMC Eutrófico: 22 - 27; Sobrepeso: > 27	Registrar no campo de Avaliação Antropométrica do e-SUS, que já fornece a classificação de acordo com a OMS, 1998 e Lipschitz para idosos.
Circunferência Abdominal	MFC, ENF, NUT	X	X	Baixo Risco: < 80 (mulher) < 94 (homem) Risco Aumentado: 80 - 87 (mulher) 94 - 101 (homem)	Importante realizar, principalmente, se o IMC estiver adequado. Preencher no e-SUS no quadro de Avaliação Antropométrica.
Frequência Cardíaca	MFC, ENF, TEC ENF	X	X		
Palpação e Ausculta Carótida e Pulsos Periféricos	MFC, ENF	X	X		Ideal fazer <i>Ecodoppler</i> de carótidas e de pulsos periféricos (ITB), principalmente se indícios de DCV e Doença Arterial Periférica. Os MFC do SSC não conseguem solicitar estes exames, pois ele só está disponível para pessoas com valvulopatia.
Ausculta Cardíaca e Pulmonar	MFC, ENF	X	X		

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.2 Exame Físico

	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Exame do Abdomen	MFC, ENF	X	X	
Exame dos Pés	MFC, ENF, TO	X	X	Em toda consulta avaliar a pele (cor, temperatura e lesões), unhas, pulsos pediosos e calçados.
Avaliação dos Pés	MFC, ENF, TO	X	<p>Risco 0: Anual: sem PSP, sem DAP, sem deformidade</p> <p>Risco 1: Uma vez a cada 6-12 meses</p> <p>Risco 2: Uma vez a cada 3-6 meses</p> <p>Risco 3: Mensal se histórico de úlcera ou amputação</p>	<ul style="list-style-type: none"> Toda pessoa com DM2 tem que ter seus pés avaliados no momento do diagnóstico e aprazado conforme risco; Pode ser registrado na ficha de avaliação do pé diabético no Prontuário GHC-Linha de cuidado HAS/DM2 e copiado no e-SUS. CID: Z.1.8: Avaliação normal; G.63.2: Polineuropatia diabética; I.73.8: DAP; L97: Úlcera dos Msls; Amputação: S78; S88; S98; Risco 2 e 3: Considerar encaminhamento para cirurgia vascular (ver pg. 88).
Exame da Cavidade Oral	TSB, ODO, ENF, MFC	X	Anual	Observe gengivite, problemas odontológicos e candidíase. Encaminhar para consulta odontológica anual. Observe inflamação gengival, cárie, restos radiculares, lesões apicais e em mucosa.
Testes de Audição - Teste do Sussurro	MFC, ENF	X	Anual	Pessoas com diabetes duplicam as suas chances de perda auditiva.
Avaliação Oftalmológica	MFC	X	Anual e se problemas visuais	Encaminhe para oftalmologista se diagnóstico de DM2, problemas visuais, catarata ou retinopatia.

Legenda: DAP (Doença Arterial Periférica); Msls (Membros Inferiores); PND (Polineuropatia Diabética); PSP (Perda de Sensibilidade Protetora); TO (Terapeuta Ocupacional).

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.3 Exame laboratoriais, de imagem e procedimentos

	CATEGORIA	1ª CONSULTA	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Hemograma	MFC, ENF, NUT	X		Exame faz parte da avaliação global da pessoa.
Glicemia Capilar Aleatória	TEC ENF	X	Se sintomas: imediatamente. Se ajuste tratamento oral: a cada 2 sem. Se ajuste de insulina: a cada três dias.	Jejum: <99 mg/dL 2h após as refeições: <200 mg/dL Sempre com prescrição médica ou de enfermagem.
Glicemia de Jejum	MFC, ENF, NUT	X	Metas da Glicemia de jejum: 80 - 126: adulto e idoso saudável / 90 - 150: idoso comprometido (multimorbidades, dificuldades cognitivas) / 100 - 180: idoso muito comprometido (cuidados paliativos, dificuldades cognitivas importantes).	A cada seis meses, se: glicemia na meta. A cada três meses, se: Acima da meta ou após mudanças de tratamento (ver pg. 94,96,97,98).
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	MFC, ENF, NUT	X	Metas HbA1c: <7.0 - Adulto < 7.5 - Idoso Saudável < 8.0 - Idoso Comprometido (multimorbidades, comprometimento cognitivo) Idoso muito comprometido: a meta deve ser estabelecida de forma a evitar sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. (Ver pg.94,96,97,98).	<ul style="list-style-type: none"> Se HbA1c na meta: Continue o mesmo tratamento e repita a HbA1c em seis meses. Se HbA1c acima da meta e com baixa capacidade de autocuidado: Redefinir as metas, conversar sobre a importância do engajamento no cuidado e repita HbA1c após três meses (ver pg. 94,96,97,98).
Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicerídeos	MFC, ENF, NUT	X	Anual	Três meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada.
Creatinina Sérica	MFC, ENF, NUT	X	Anual	Faça o cálculo da taxa de filtração glomerular utilizando a calculadora CKD-EPI.

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.3 Exame laboratoriais, de imagem e procedimentos

	1ª CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES COMENTÁRIOS
Potássio Sérico	MFC, ENF, NUT	X	Anual	Se utiliza Enalapril/Losartana: duas semanas após iniciar/aumentar.
EQU	MFC, ENF, NUT	X	Anual	
Albuminúria	MFC, ENF, NUT	X	Se normal: Anual	Se alterado, repetir 2 vezes com intervalo de três a seis meses.
Dosagem de Vitamina B12	MFC, ENF	X	Anual/Valor Normal: Igual ou maior que 300 pg/ml. (UpToDate)	Se não tiver dosagem, solicitar após quatro anos de uso de Metformina; Presença de neuropatia; Idosos (>65 anos); Uso de medicação H2RAS; Tratar se no limite ou abaixo de valores normais (<300pg/ml - UpToDate).
TSH	MFC	X	Anual	Mulheres acima de 50 anos.
TGO / TGP	MFC, ENF		X	Deve ser solicitado após o início ou mudança de dose de medicação que interfira na função hepática.
ECG	MFC	X	Anual	
Orientações <i>Screening</i> para Câncer	EI		Estimular a pessoa com diabetes a seguir o calendário dos diferentes <i>Screening</i> .	Pessoas com diabetes têm risco relativo aumentado de desenvolver câncer de fígado, pâncreas, endométrio, cólon e mama. Seguir orientações específicas conforme protocolos.

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.4 Estratificação de Risco Cardiovascular na DM2:

- Para pessoas com DM2 recomenda-se a estratificação de risco pela idade e presença de fatores de risco.
- A redução do risco cardiovascular, em pessoas com DM2, se sustenta em quatro pilares: redução e estabilização da glicemia e dos níveis de PA, redução dos lipídeos e na utilização de drogas cardioprotetoras.
- Recomenda-se não usar calculadoras de estratificação de risco para pessoas com DM2 * (ADA, 2023; SBD, 2022).
- As categorias de risco são determinadas pela idade e pelos estratificadores de alto risco (EAR) e de muito alto risco (EMAR).

QUADRO 1 - ESTRATIFICADORES DE ALTO RISCO

EAR:

DM2 há mais de 10 anos;
 HF DAC prematura (Homens <55 anos; Mulheres <65);
 Síndrome metabólica;
 HAS tratada ou não;
 Tabagismo ativo;
 Neuropatia autonômica cardiovascular incipiente;
 Retinopatia diabética não proliferativa leve;
 Doença renal estratificada como alto risco;
 Doença aterosclerótica subclínica: placa carótida,
 placas coronarianas, aneurisma da aorta abdominal, ITB <0,9.

QUADRO 2 - ESTRATIFICADORES DE MUITO ALTO RISCO - EMAR:

Três ou mais EAR;
 Estenose maior do que 50% em qualquer território vascular;
 Neuropatia autonômica cardiovascular instalada;
 Retinopatia diabética não proliferativa moderada ou severa; retinopatia proliferativa ou evidência de progressão;
 Síndrome coronariana aguda: IAM ou angina instável AVC;
 Revascularização coronariana, carotídea renal ou periférica,
 Insuficiência vascular periférica ou amputação de membros.

QUADRO 3 - CATEGORIA DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM DM2:

CATEGORIA DE RISCO	TAXA ANUAL DE DCV	IDADE	CONDIÇÃO NECESSÁRIA
BAIXO / ESTRATO 1	< 1%	Homem: <38 Mulher: < 46	Sem EAR Sem EMAR
MODERADO / ESTRATO 2	1%-2%	Homem: 38 - 49 Mulher: 46 - 56	Sem EAR Sem EMAR
ALTO / ESTRATO 3	2%-3%	Homem: 50 ou mais Mulher: 56 ou mais Se EAR: qualquer idade	ATÉ 2 EAR
MUITO ALTO/ESTRATO 4 E 5	>3%	Se EMAR: qualquer idade	EMAR ou > 3 EAR

Legenda: AVC (Acidente Vascular Cerebral); HF DAC (História Familiar de Doença Arterial Coronariana); IAM (Infarto Agudo do Miocárdio); ITB (Índice Tornozelo-Braquial). (*) O cálculo de risco cardiovascular global, mediante calculadoras de risco cardiovascular, não é recomendado para as pessoas com DM2 (ADA, 2023; SBD, 2022) mesmo sendo muito utilizadas atualmente. Por outro lado, se for utilizar calculadora se recomenda a HEARTS (CONITEC, 2024; RS, 2023).



Opção de calculadora:
<https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>



4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

4.3.5 Avaliação dos pés da pessoa com DM2

A avaliação dos pés é um dos aspectos mais negligenciados do cuidado das pessoas com DM2, em todos os níveis de atenção. Estudo realizado no SSC com pessoas amputadas, verificou que a única vez que as pessoas tiveram seus pés avaliados (“olhados”) foi no momento da amputação (MARTINS; MATTOS; DIERCKS, 2020).

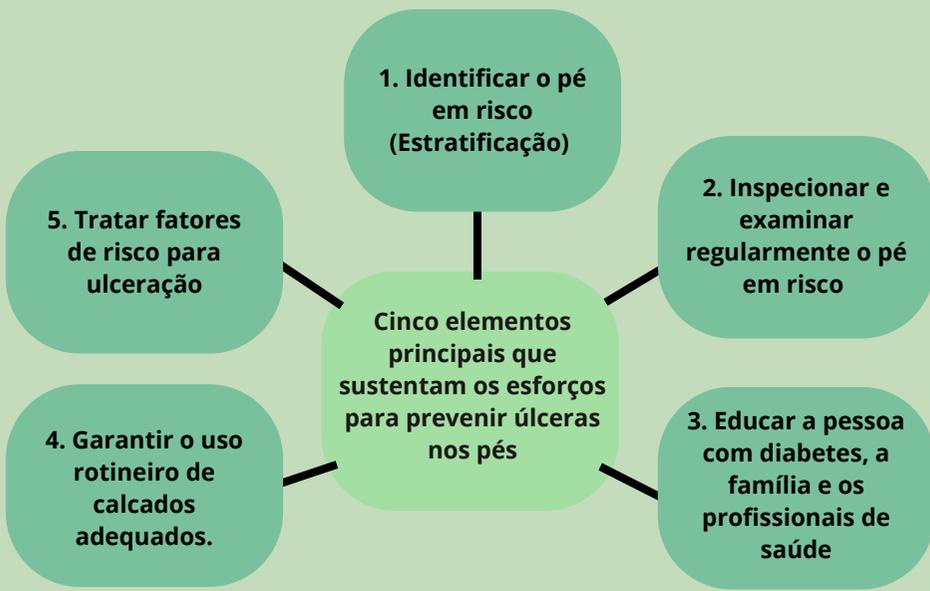
A doença do pé relacionada ao diabetes e a sua pior consequência, as amputações menores ou maiores dos membros inferiores, é uma condição sensível da APS, ou seja, através de ações próprias da APS, as amputações podem ser diminuídas substancialmente.

As categorias profissionais que estão habilitadas para fazer a avaliação do pé são Médicos, Enfermeiros e Terapeutas Ocupacionais.

O principal motivo para os profissionais da APS não realizarem avaliação dos pés é a “inercia clinica”, definida como a dificuldade do profissional realizar uma ação ou tomar uma atitude mesmo que quando há evidências explícitas de que a situação não está sendo manejada adequadamente (BRUTSAERT, 2022; ANTUNES, 2020).

O registro da avaliação do pé diabético, pode ser realizado no prontuário GHC por meio de aba especifica na linha de cuidado HAS/DM. No e-SUS, deve ser realizado no “objetivo” do SOAP.

PILARES DA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO



Fonte: IWGDF, 2019.

TABELA 1: OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO DO PÉ

(1) IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DE NEUROPATIA DIABÉTICA (FATOR DE RISCO PARA PÉ DIABÉTICO).

(2) IDENTIFICAR SINAIS E SINTOMAS DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (FATOR DE RISCO PARA PÉ DIABÉTICO).

(3) ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ATRAZAMENTO DA AVALIAÇÃO DOS PÉS.

4.3 Avaliação da pessoa com DM2 pela Equipe Interprofissional:

(1) FATORES DE RISCO PARA O PÉ DIABÉTICO

Fonte: INSTITUTO BARÃO, 2024; BRASIL, 2016.



(2) ANAMNESE DIRIGIDA PARA A AVALIAÇÃO DOS PÉS

(1) Perguntar sobre: claudicação, queimação, dormência, fadiga, câimbras, local mais frequente da dor (pés, pernas e outros); "já acordou à noite pelo sintoma?".

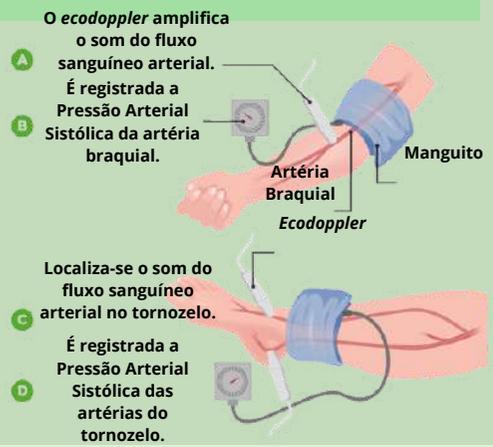
(2) Indagar sobre: úlcera/amputação anterior de membros inferiores, Doença Renal em Estágio Terminal (DRET), educação prévia sobre os pés, isolamento social, acesso precário a cuidados de saúde e restrições financeiras.

(3) Pergunte sobre: calçado e observe os mesmos; avaliar se calçados mal ajustados, inadequados ou falta de calçados.

(4) Autocuidado e capacidade de autocuidado: conhecimento sobre o cuidado dos pés, presença de obesidade e dificuldades visuais que podem dificultar o cuidado.

(3) EXAME FÍSICO DIRIGIDO PARA A AVALIAÇÃO DOS PÉS

Pele	Avaliar a cor da pele, temperatura, presença de calo ou edema, sinais pre-ulcerativos; corte indevido das unhas dos pés, higiene dos pés, infecção fúngica superficial e higiene.
Ossos/Articulação	Verificar se há deformidades (por exemplo, dedos em garra ou em martelo), proeminências ósseas anormalmente grandes ou limitação de mobilidade articular. Examine os pés com o paciente deitado e em pé.
Avaliação da Sensibilidade Tátil	Percepção de pressão: monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g OBS: Quando o monofilamento ou o diapasão não estiverem disponíveis, teste a sensação tátil: toque levemente as pontas dos dedos do pé da pessoa com diabetes, com a ponta do dedo indicador por 1-2 segundos. Repetir 3x.
Avaliação da Sensibilidade Vibratória	Percepção de vibração: diapasão de 128 Hz.
Avaliação Vascular	Palpar os pulsos dos pés (pedioso e tibial posterior); ITB se disponível.



Índice Tornozelo-Braquial (ITB): Medição da PA dos membros inferiores e superiores com *Ecodoppler*: padrão ouro para diagnóstico precoce de Doença Arterial Periférica (DAP). Recomenda-se *screening* de DAP para as pessoas com > 10 anos de DM2 (ADA, 2024).

4) AVALIAÇÃO DE RISCO: APÓS REALIZADA A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO, HÁ NECESSIDADE DE FAZER UMA AVALIAÇÃO DE RISCO, QUE VAI ORIENTAR O CUIDADO.

RISCO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÃO DE CUIDADO	APRAZAMENTO
0	Sem PSP. Sem DAP	Estímulo ao Autocuidado. Calçados apropriados	Anual com enfermeira ou MFC
1	PSP com ou sem deformidades	Prescrição de calçados. Considerar cirurgia profilática.	Uma vez a cada 6-12 meses com enfermeira ou MFC
2	DAP com ou sem PSP	Prescrição de calçados. Considerar Consulta e seguimento com Cirurgia Vascular	Uma vez a cada 3-6 meses com enfermeira e/ou MFC. Avaliar encaminhamento para Cirurgião Vascular
3	Histórico de úlcera ou amputação	Utilizar calçados adaptados; Se DAP, encaminhar para cirurgião vascular.	Cada 1-3 meses com MFC e/ou Enfermeira, ou com cirurgião vascular

Fonte: Adaptado de Lecturio (2024).

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.1 Aspectos Gerais

O tratamento da pessoa com DM2 é amplo e complexo. Deve ser orientado pelas necessidades, prioridades e metas de cada pessoa. Abrange também acesso e custo de medicamentos, mudança de estilo de vida e comorbidades.

O DM2 atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais que as mulheres brancas).

É RECOMENDADA a meta de HbA1c < 7,0% para todos os indivíduos com diabetes, para prevenção de complicações microvasculares, desde que não incorra em hipoglicemias graves e frequentes (observar metas diferenciadas em idosos com fragilidade ou comprometimento moderado a severo).

As pessoas com DM2 com moderado risco cardiovascular podem iniciar o seu tratamento com **METFORMINA** e orientações para a mudança de estilo de vida, que tem como objetivo diminuir os fatores de risco modificáveis. Obs.: está disponível no SUS a Metformina de liberação lenta.

PESSOAS COM DM2 COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR OU DCV ESTABELECIDA, a escolha deve ser orientada para drogas que reduzem o avanço de doença e mortalidade cardiovascular. Nessa situação associar à **METFORMINA + SGLT2I: DAPAGLIFLOZINA: 10MG-1X/DIA**. Se houver dificuldade de acesso, utilizar sulfonilureias de última geração: **GLICLAZIDA: 30-120MG/DIA** de liberação lenta.

PESSOAS COM DM2 COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR OU DCV ESTABELECIDA, a escolha deve ser orientada para drogas que reduzem o avanço de doença e mortalidade cardiovascular. Nessa situação associar à **METFORMINA + SGLT2I: DAPAGLIFLOZINA: 10MG-1X/DIA**. Se houver dificuldade de acesso, utilizar sulfonilureias de última geração: **GLICLAZIDA: 30-120MG/DIA** de liberação lenta.

PESSOAS COM DM2 E SOBREPESO E OBESIDADE se beneficiam do uso de medicamentos que aumentam a secreção de insulina, aumentam a saciedade e diminuem o peso. Nessa situação associe à **METFORMINA + SEMAGLUTIDA (0,25mg/0,5mg/1mg /1semana)**, ou **DAPAGLIFLOZINA 10mg/1xdia**.

Priorizar medicamentos que tenham menor risco de hipoglicemia. As sulfoniluréias tem alta incidência de hipoglicemia e o seu poder cardioprotetor é baixo ou inexistente. São indicadas se não houver outra opção acessível. Nesse contexto, a opção é pela **GLICLAZIDA** que tem menor risco de hipoglicemia e neutralidade cardioprotetora. Evite usar **GLIBENCLAMIDA** que está associada a aumento da mortalidade e hipoglicemia severa.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.1 Aspectos Gerais

Pessoas com DM2 e Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção preservada ou diminuída: iniciar com **METFORMINA** e **SGLT2i (DAPAGLIFLOZINA- 10MG - 1X/DIA)**.

Se houver perda de peso inesperada, hiperglicemia ou HbA1c com níveis muito altos, deve ser considerado iniciar terapia com insulina.

PESSOAS COM DM2 E PERDA DE FUNÇÃO RENAL: suspender **METFORMINA** SE Albuminúria < 30mg/dl. A escolha tem que ser orientada para medicamentos que reduzam o avanço da doença renal. Nessa situação, **SGLT2i (DAPAGLIFLOZINA- 10MG - 1X/DIA)** ou **GLP-1RA (SEMAGLUTIDA - 0,6 a 0,8mg/dia)**.

Nos países europeus e nos EUA, NÃO SÃO PRESCRITAS **SULFONILUREIAS**. É considerada uma droga de alto risco para hipoglicemia e com pouco benefício cardiovascular. As sulfonilureias foram substituídas pelas **SGLT2i (DAPAGLIFLOZINA)** e/ou **GLP-1RA (LIRAGLUTIDA)**. A associação mais utilizada na Europa e na América do Norte é **METFORMINA + LIRAGLUTIDA / SEMAGLUTIDA**, já que esta última além, do benefício cardiovascular, reduz o peso.

A ASSOCIAÇÃO MAIS UTILIZADA pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde é a de **METFORMINA** e **GLIBENCLAMIDA**. Entendemos que há a necessidade de mudanças qualitativas importantes no tratamento medicamentoso das pessoas com DM2. A principal delas seria não utilizar as **SULFONILUREIAS**, já que as mesmas não têm benefício cardiovascular, como também oferecem grande risco para hipoglicemia e aumento de peso. Portanto, sugere-se utilizar a **DAPAGLIFLOZINA (SGLT2i)**, que traz alto benefício cardiovascular, associada ou não à **METFORMINA**.

No entanto, no Brasil, o acesso a medicação do tipo SGLT2i e GLP-1RA é restrita . A **DAPAGLIFLOZINA** é acessível mediante processo na farmácia do Estado. A Semaglutida não tem no SUS e o preço desta medicação torna inviável o seu uso. Diante desse contexto sugere-se utilizar uma sulfoniluréia de segunda geração : a **GLICAZIDA**, ou Glimeripida que tem menos parefeitos do que a **GLIBENCLAMIDA**.

(*) Em **AZUL** os medicamentos disponibilizados no SUS. Observamos que a DAPAGLIFLOZINA passou por audiência pública para flexibilizar e aumentar o acesso nas farmácias especializadas e também foi incluída na lista de medicamentos da farmácia popular.

Legenda: GLP-1RA (Agonistas do GLP); SGLT2i (Inibidores do Cotransportador de Sódio-Glicose).

Referência(s): ADA, 2024; ADA, 2023; ADA, 2022; SBD, 2022; PACK, 2020; SBIBAE, 2020; AHA, 2020; SBC, 2020; CONITEC, 2020; COREN-PE, 2019.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.2 Hipoglicemiantes Orais

CLASSE	DROGA	EFICÁCIA	HIPOGLICEMIA	PESO	VIA DE ADM	POSOLOGIA	PROS	CONTRAS	CUSTO	DISP. SUS
Biguanidas	Metformina *	Alta	Não	Neutro	V.O.	500 a 850 mg - 1 a 3x/dia (Metformina de liberação lenta *)	Baixo custo. Pode ser combinada com todas as outras drogas.	Diarreia, náuseas, deficiência de vitamina B12, acidose lática em Insuficiência Renal Crônica.	Baixo	Sim
ISGLT2i ** (Inibidores do Cotransportador de Sódio-Glicose)	Dapagliflozina *	Alta	Não	Perda	V.O.	10 mg / 1x dia	Benefício cardiovascular estabelecido; Redução da progressão da insuficiência renal; Diminuição da morbidade hospitalar e mortalidade por insuficiência cardíaca.	Infecção e incontinência urinária, depleção de volume, candidíase.	Médio	Protocolo via SES: 40 anos ou mais + DCV estabelecida; 55 (homens), 60 (mulheres) se alto risco DCV.
GLP-1RA ** (Agonistas do GLP - 1)	Liraglutida Semaglutida	Alta	Não	Perda	SC SC V.O.	0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg/dia 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg/semana Aumento progressivo cada 7 a 14 dias 3 mg, 7 mg 1x/dia Aumento progressivo	Benefício cardiovascular: Redução de eventos e mortalidade cardiovascular. Diminuição risco AVC. Importante diminuição do peso.	Náuseas e redução do apetite; A maioria é injetável.	Muito Alto	Não
IDPP-4 *** (Inibidor da Dipeptidil Peptidase 4)	Gliptinas: Sitagliptina	Média	Não	Neutro	V.O.	100 mg / 1x dia Corrigir dose se IR	Aumenta secreção insulina pós-prandial	Urticária angioedema; Aumento das internações por IC (saxagliptina)	Médio	Não
	Gliclazida *	Alta	Sim	Ganho	V.O.	30 - 120 mg/dia Liberação lenta.	Diminuição da glicemia; Aumenta o risco de hipoglicemia quando associado à Metformina, principalmente em idosos.. Não tem benefício cardiovascular	Dor abdominal, náuseas e vômitos; Hipoglicemia, evitar em idosos.	Baixo	Sim
Sulfonilureias	Glimerípida	Alta	Sim	Ganho	V.O.	1 - 4 mg		Hipoglicemia, evitar em idosos.	Baixo	Não
	Glibenclamida *	Alta	Sim	Ganho	V.O.	2,5 - 5 mg/dia		Hipoglicemia, evitar em idosos.	Baixo	Sim

(*) Em **AZUL** medicamentos disponíveis no SUS e na farmácia popular.

(**) ISGLT2i vs GLP-1RA: Pessoas que já têm DCVe que utilizam ISGLT2i, tem risco similar para eventos cardiovasculares (IAM, AVC, morte por DCV) e para hospitalização por IC e diminuição do risco para eventos de insuficiência renal aguda, mas tem maior risco de coma hiperosmolar, amputação de MIs, ITU e candidíase, do que as pessoas que utilizam GLP-1RA, independente do nível da hemoglobina glicada. Pessoas sem DCV que utilizam ISGLT-2i tem uma diminuição do risco para hospitalização por insuficiência cardíaca (Paterno et al., 2021).

(***) ISGLT2i vs IDPP4: Pessoas que utilizam ISGLT2i tem menos risco para eventos cardiovasculares, para internação por insuficiência cardíaca e insuficiência renal aguda, mas maior risco de coma hiperosmolar, ITU e candidíase do que as pessoas que utilizam IDPP4 (Andrea et al., 2023).

Referência(s): ADA, 2023; ADA, 2022; SBD, 2022; SBC, 2020; AHA, 2020; CONITEC, 2020; PACK-BRASIL, 2020; CONASS, 2020.

MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.3 Insulinas

FORMULAÇÕES E COMBINAÇÕES DE INSULINAS DISPONÍVEIS NO BRASIL				
TIPO	NOME CIENTÍFICO (COMERCIAL)	INÍCIO	PICO	DURAÇÃO
INSULINAS BASAIS				
Insulina Intermediária	Insulina NPH (Humulin N, NovolinN)	2 - 4 h	4 - 10 h	10 - 18 h
Análogo da ação longa	Gardina (Basaglar, Lantus)	2 - 4 h	-	20 - 24 h
Análogo da ação intermediária	Detemir (Levemir)	1- 3 h	6 - 8 h	18 - 22 h
Análogo da ação ultra longa	Gardina U300 (Toujeo)	6 h	-	36 h
	Degludeca (Tresiba)	< 4 h	-	42 h
INSULINAS PRANDIAIS (BOLUS)				
Insulina Rápida	Insulina Regular (Humulin R, Novolin R)	30 - 60 min	2 - 3 h	5 - 8 h
	Asparte (Novorapid)			
Análogos de ação ultra rápida	Lispro (Humalog)	5 - 15 min	0,5 - 2 h	3 - 5 h
	Glulisina (Apidra)			
Análogos de ação ultra+rápida	Fast Asparte (Fiasp)	2 - 5 min	1 - 3 h	5 h
	Insulina Humana Inallada (Afrezza)	Imediato	10 - 20 min	1 - 2 h
INSULINAS PRÉ-MISTURADAS				
Insulina NPH + Regular	70% NPH / 30% R (Humulin 70/30)	0, 5 - 1 h	3 - 12 h	10 - 16 h
Insulina NPL + Lispro	75 % NPL / 25% Lispro (Humalog Mix 25)	5 - 15 min	1 - 4 h	10 - 16 h
	50 % NPL / 50% Lispro (Humalog Mix 50)			
Insulina NPA - Asparte	70 % NPA / 30% Asparte (NovoMix 70 - 30)	5 - 15 min	1 - 4 h	10 - 16 h

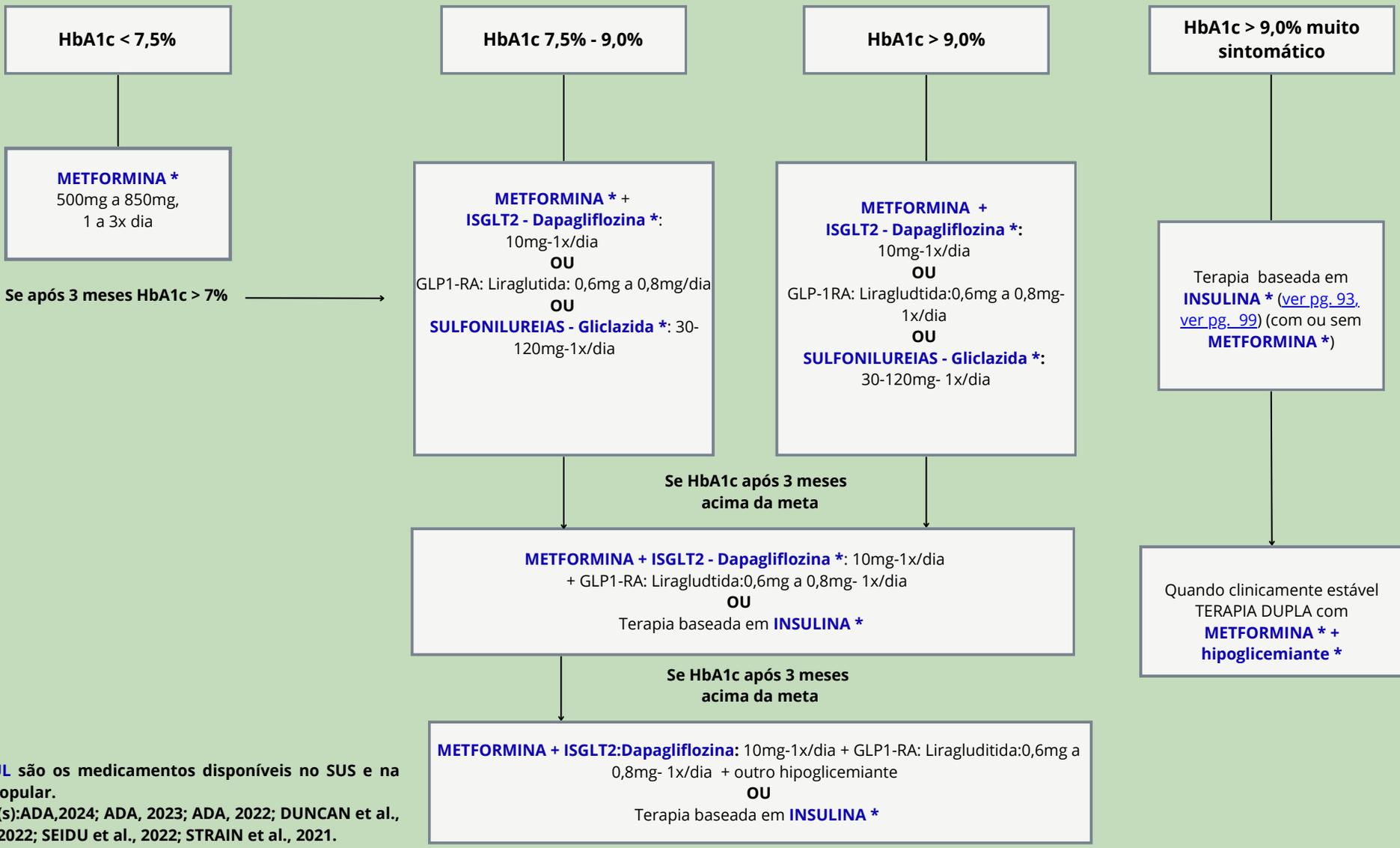
Referência(s): SILVA FILHO et al., 2023; SBD, 2022.

Atualmente, contamos com as seguintes Insulinas disponíveis no SUS: Insulina NPH e Insulina Regular. A Insulina Gargina está disponível mediante protocolo via Secretaria de Saúde - RS.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.4 Tratamento medicamentoso (ver pg. 92) de pessoas com DM2 < 60 anos de idade

Associar as mudanças de estilo de vida ao tratamento medicamentoso



(*) Em AZUL são os medicamentos disponíveis no SUS e na Farmácia Popular.
 Referência(s): ADA, 2024; ADA, 2023; ADA, 2022; DUNCAN et al., 2022; SBD, 2022; SEIDU et al., 2022; STRAIN et al., 2021.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.5 Avaliação da fragilidade e/ou comprometimento do idoso > 60 anos de idade com DM2

O manejo da hiperglicemia no idoso deve considerar o grau de da FRAGILIDADE ou COMPROMETIMENTO. Esse aspecto, mais do que a idade, determina as intervenções, metas glicêmicas e o tratamento. A pessoa idosa com alguma condição crônica, mas especialmente DM, tem aumento de 68% do risco de alterações da mobilidade, aumento de 87% do risco de não conseguir realizar as atividades da vida cotidiana e aumento de 67% da incapacidade de realizar atividades instrumentais da vida diária (ADA, 2023; ADA, 2022; STRAIN et al., 2021).

OBJETIVOS DO TRATAMENTO, INTERVENÇÕES E METAS RECOMENDADAS CONFORME O GRAU DE FRAGILIDADE OU COMPROMETIMENTO DO IDOSO

Grau de Fragilidade ou Comprometimento do Idoso	Descrição	Objetivos do Tratamento	Intervenções Recomendadas	Metas Recomendadas
Saudável e/ou comprometimento leve: Avaliação anual da fragilidade por MFC e Enfermeira. Utilizar Roteiro de Avaliação multifuncional do idoso (Duncan et al., 2022).	<ul style="list-style-type: none"> Funcionalidade preservada; Autônomo, independente; Expectativa de vida > 10 anos - Sem DCV; Sem alterações cognitivas; Força muscular preservada. 	<ul style="list-style-type: none"> Reverter fragilidade ou retardar progressão; Manter funcionalidade, independência e qualidade de vida; Prevenir ou retardar complicações micro e macrovasculares; Prevenir sarcopenia. 	<ul style="list-style-type: none"> Estabilização da glicemia; Atividade física para ganho de massa muscular (ver pg. 60); Orientação nutricional; Uso de estatinas conforme risco CV. 	HbA1c: < 7,5% TA: < 130/80
Comprometimento moderado ou fragilidade moderada: Avaliação anual da fragilidade por MFC e Enfermeira ou em 3 meses após nova intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> Duas ou mais comorbidades; Redução da expectativa de vida; Limitações funcionais e na capacidade de autocuidado; Força muscular reduzida. 	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir a piora da qualidade de vida; Retardar a progressão de complicações microvasculares; Evitar hipoglicemia; Otimizar a alimentação (proteínas). 	<ul style="list-style-type: none"> Estabilização da glicemia; Avaliar e retardar declínio cognitivo; Uso de estatinas. 	HbA1c: < 8,5% TA: < 130/80 (Se tolerado)
Comprometimento severo ou fragilidade importante: Avaliação por MFC e Enfermeira conforme intervenções.	<ul style="list-style-type: none"> Comorbidades significativas e déficits funcionais; Independência limitada; Redução importante da expectativa de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar qualidade de vida, reduzindo sintomas ou hospitalizações; Manter funcionalidade, focando na prevenção da disfunção dos membros inferiores; Evitar hiperglicemia; Otimizar conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> Estabilização da glicemia, evitando hipoglicemia e hiperglicemia; Evitar aumento do risco de infecções e desidratação; Avaliar benefícios das estatinas. 	Evitar a hipo ou hiperglicemia. PA <140/90 (Se tolerado).

Para idosos com DM2 com sobrepeso/obesidade e capacidade de praticar exercícios em segurança, recomenda-se uma intervenção intensiva no que se refere à mudança de estilo de vida focada em mudanças na dieta, atividade física e perda modesta de peso (por exemplo, 5a 7%) já que traz benefícios na qualidade de vida, mobilidade, funcionamento físico e controle dos fatores de risco cardiometabólicos (ADA, 2023).

METAS GLICÊMICAS CONFORME FRAGILIDADE OU COMPROMETIMENTO DO IDOSO

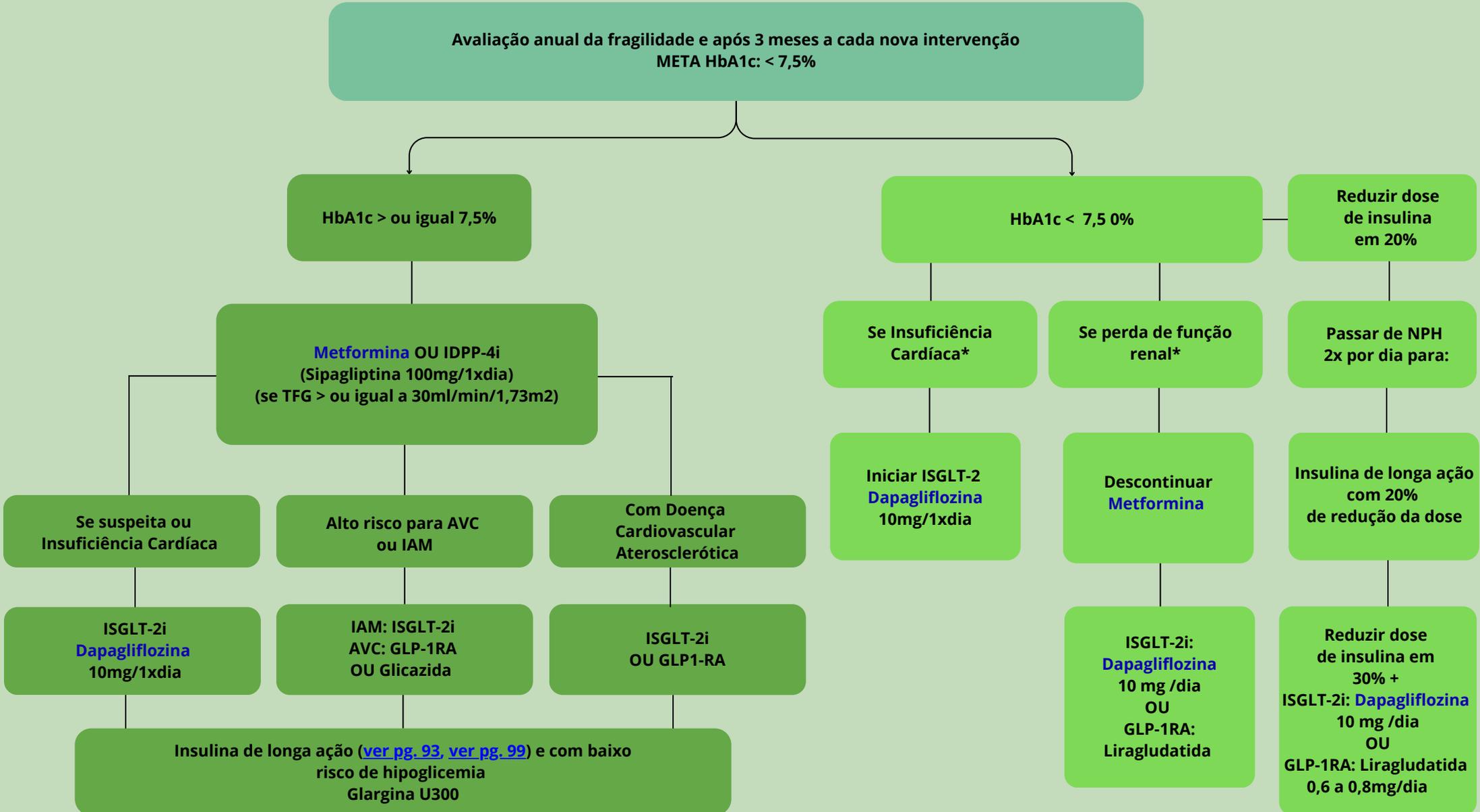
Exames	Idoso Saudável Comprometimento Leve	Idoso com comprometimento moderado ou fragilidade moderada	Idoso com comprometimento severo ou fragilidade importante
HbA1c	< 7,5%	<8,5 *	Evitar sintomas de hipo e hiperglicemia
Glicemia de Jejum	80 - 130 mg/dl	90 - 150 mg/dl	100 - 180 mg/dl
Glicemia Pós Prandial (2h)	180 mg/dl	<180 mg/dl	< 180 mg/dl

(*) ADA (2024; MS,2024 refere como meta da HbA1c, em pessoas com fragilidade moderada, de 8%. Os demais artigos e protocolos, inclusive, a SBD (2022) sugerem uma meta < 8,5%.

Referência(s): ADA, 2024; MS,2024; ADA, 2023; ADA, 2022; DUNCAN et al., 2022; SBD, 2022; SEIDU et al., 2022; STRAIN et al., 2021.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.6 Tratamento medicamentoso (ver pg. 92) de idosos > 60 anos de idade com DM2 e fragilidade e/ou comprometimento leve



Em cor AZUL, medicamentos disponíveis no SUS e na Farmácia Popular.

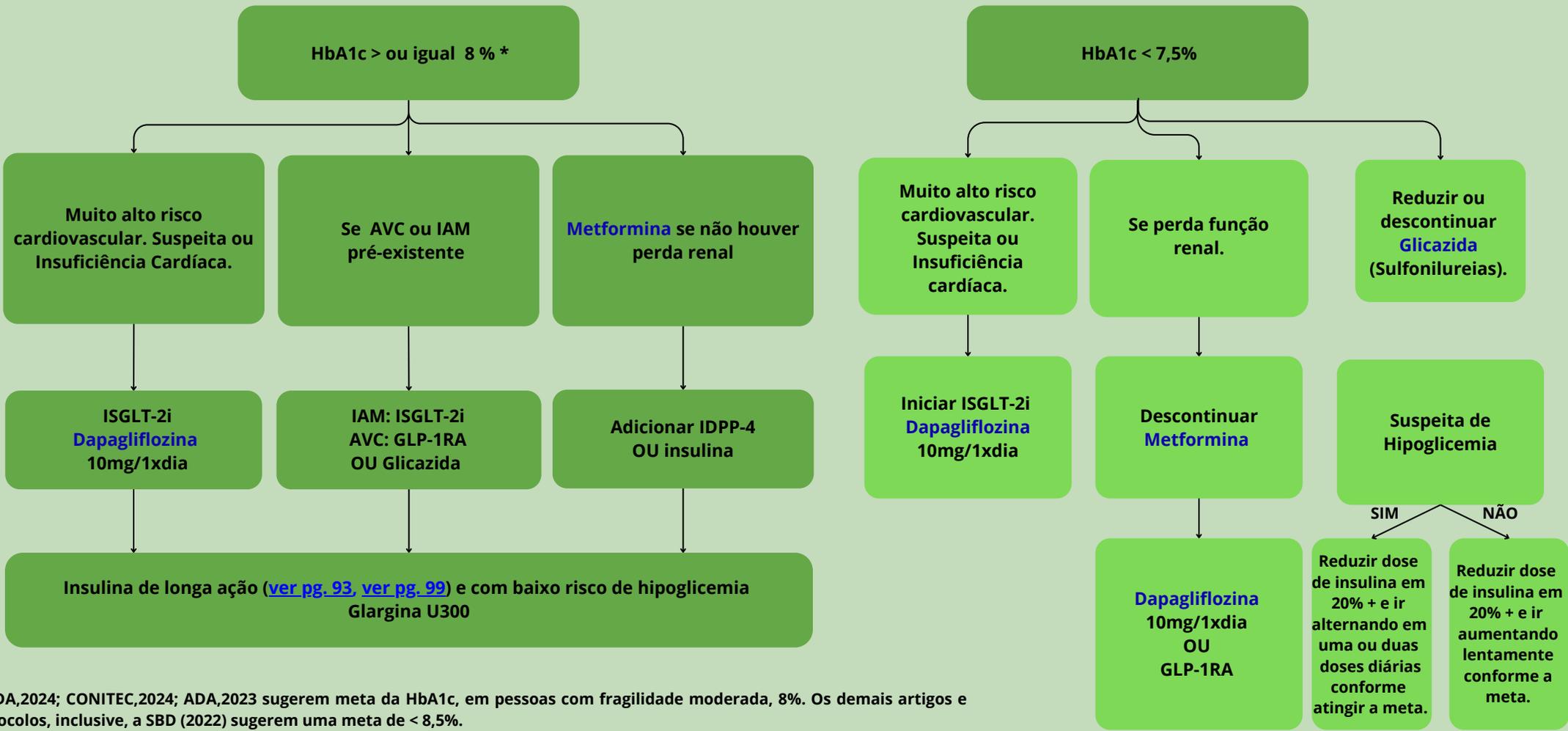
Referência(s): ADA, 2024; ADA,2023;DUNCAN et al., 2022; SBD, 2022; SEIDU et al., 2022; STRAIN et al., 2021; ADA, 2020.

(*) Em idosos com insuficiência cardíaca e doença renal crônica, o plano de tratamento deve incluir medicação que diminua o avanço / risco de doença cardiovascular e doença renal, independente dos níveis de glicemia.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.7 Tratamento medicamentoso (ver pg. 92) de idosos > 60 anos de idade com DM2 e fragilidade e/ou comprometimento moderado

Avaliação anual da fragilidade e após 3 meses a cada nova intervenção
META HbA1c: < 8,0%

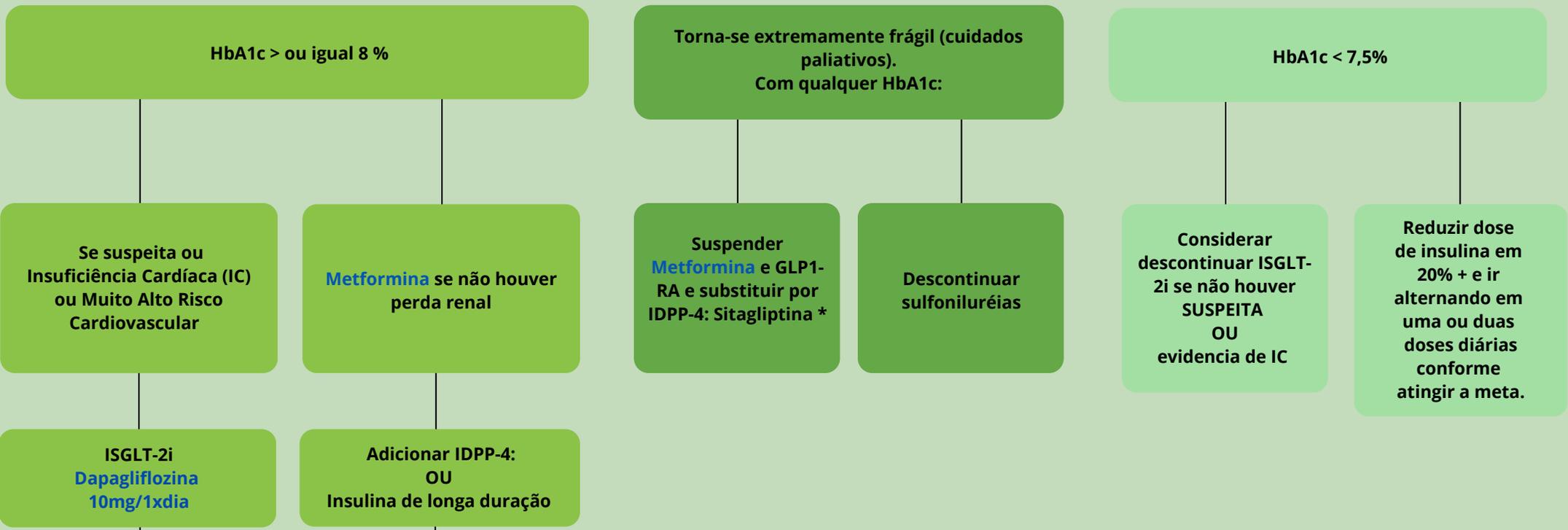


(*)ADA,2024; CONITEC,2024; ADA,2023 sugerem meta da HbA1c, em pessoas com fragilidade moderada, 8%. Os demais artigos e protocolos, inclusive, a SBD (2022) sugerem uma meta de < 8,5%.
 (**) Em cor AZUL, medicamentos disponíveis no SUS e na Farmácia Popular.
 Legenda: GLP-1RA (Agonistas do GLP-1): Liraglutida ou Semaglutida; ISGLT2i (Inibidores do Transportador de Sódio): Dapagliflozina; IDDP-4 (Inibidor da Dipeptidil Peptidase 4): Gliptinas.
 Referência(s): DUNCAN et al., 2022; SBD, 2022; SEIDU et al., 2022; STRAIN et al., 2021; ADA, 2020.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.8 Tratamento medicamentoso (ver pg. 92) de idosos > 60 anos de idade com DM2 e fragilidade e/ou comprometimento severo

Avaliação da fragilidade conforme nova intervenção.
METAS HbA1c: Individuais; Evitar hipoglicemia ou hiperglicemia.



(*) Em pessoas com fragilidade severa, em cuidados paliativos, a medicação a ser utilizada dependerá da tolerância da pessoa com DM2. A escolha da medicação deve ser individualizada.
 (**) ADA (2023) refere como meta da HbA1c, em pessoas com fragilidade moderada, 8%. Os demais artigos e protocolos, inclusive, MS,2024; SBD (2022) sugerem uma meta de < 8,5%.
 (***) Em cor AZUL, medicamentos disponíveis no SUS e na Farmácia Popular.
 Legenda: GLP-1RA (Agonistas do GLP-1): Liraglutida ou Semaglutida; ISGLT2i (Inibidores do Transportador de Sódio): Dapagliflozina; IDPP-4 (Inibidor da Dipeptidil Peptidase 4): Gliptinas.
 Referência(s): ADA,2023;DUNCAN et al., 2022; SBD, 2022; SEIDU et al., 2022; STRAIN et al., 2021; ADA, 2020.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.9 Insulinização - Consulta Médica

Pessoas com hiperglicemia persistente em uso de hipoglicemiantes orais*

Iniciar insulina NPH à noite: 10UI ou 0,2UI/kg. Realizar glicemia capilar em jejum, para ajuste*
Encaminhar para consulta de enfermagem para orientação sobre o uso de insulina.
Encaminhar para consulta com nutricionista para ajuste de dieta.

Aumentar 2 a 4UI a cada 3 dias até atingir a meta para glicemia de jejum*
Monitorar glicemia de jejum

Glicemia de jejum > 130mg/dl: aumentar 2UI

Glicemia de jejum < 70mg/dl:
Diminuir 4UI ou 10%*

Glicemia de jejum entre 70-130mg/dl e HbA1c acima da meta

Glicemia de jejum entre 70-130mg/dl e HbA1c na meta*

Verificar glicemia pós-prandial
Glicemia elevada após café, almoço ou janta

Manter conduta
Verificar glicemia pós-prandial
Acompanhar a cada 3 meses com Enfermeira.

Iniciar Insulina NPH ao acordar

Glicemia 2hrs pós-prandial mantem-se elevada

Iniciar insulina regular 2 a 4 UI, 30 min antes da refeição principal

*Considerar comprometimento e fragilidade do Idoso no estabelecimento de metas glicêmicas e dosagem de insulina.

Avaliar HbA1c a cada 3 meses. Se valores não atingirem a meta glicêmica, reavaliar glicemias pré-prandial e ao dormir e adicionar doses de insulina conforme necessário*. Caso a pessoa não atinja as metas glicêmicas, solicite avaliação do endocrinologista.

Referência(s): CONITEC, 2024;2020.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.10 Insulinização - Consulta Farmacêutica e de Enfermagem

Consulta Médica
Prescrição de Insulina

Encaminhar

Consulta com enfermeira ou consulta com farmacêutica:

A avaliação do uso do dispositivo e da técnica de injeção são componentes-chave para o plano de tratamento do DM. O objetivo da consulta com enfermeira ou farmacêutica é garantir que os usuários e/ou cuidadores entendam a técnica correta de injeção de insulina, que inclui: injeção em áreas apropriadas do corpo (evitando a administração de insulina intramuscular) e rotação do local de injeção.

Na consulta com a enfermeira ou com a farmacêutica, deve-se aproveitar para:

- Explorar as ansiedades sobre o uso da insulina e o processo/técnica de injeção/infusão;
- Certificar-se de que as informações fornecidas verbalmente e por escrito tenham sido compreendidas;
- Verificar o engajamento da pessoa com DM no tratamento.

Importante pedir para ver as agulhas, insulina e outros dispositivos recebidos da farmácia.

Dispositivos para aplicação:

1. Canetas descartáveis (disponíveis nas Farmácias Distritais);
2. Canetas recarregáveis (disponíveis nas Farmácias populares);
3. Seringas agulhadas.

Conferir sempre o rótulo para ter certeza de que sua caneta contém o tipo correto de insulina.

Agulhas



Agulha de 4 mm da caneta: Longa o suficiente para atravessar a pele e entrar no tecido SC, com pouco risco de injeção IM (ou intradérmica). É considerada a agulha mais segura para adultos e crianças, independentemente da idade, sexo, etnia ou IMC. Não é recomendável fazer a dobra cutânea, exceto em crianças muito pequenas (≤ 6 anos) e adultos muito magros.



Agulha de seringa: A mais segura, atualmente, disponível para todos os pacientes, tem 6 mm de comprimento. Quando qualquer agulha de seringa é usada em crianças (≥ 6 anos de idade), adolescentes ou adultos magros com peso normal (IMC de 19-25), as injeções devem ser sempre administradas em dobra cutânea. O uso de agulhas de seringa em crianças muito pequenas (< 6 anos de idade) e adultos extremamente magros (IMC < 19) não é recomendado, mesmo que usem uma prega cutânea elevada, devido ao risco excessivamente alto de injeções IM.

Acondicionamento

INSULINA

Insulina do estoque: Na geladeira armazenada nas prateleiras do meio, nas prateleiras da parte inferior ou na gaveta de verduras, longe das paredes, em sua embalagem original e acondicionada em recipiente plástico ou de metal com tampa. Não deve ser congelada, se acontecer, deve ser descartada. **IMPORTANTE:** Na data de abertura, datar o frasco (validade de 30 dias) - Sempre confirmar orientação do fabricante.

Insulina em uso: Deve ser mantida em temperatura ambiente, em local fresco, seco e protegido da luz.

CANETA

Deve ser mantida em temperatura ambiente, até 30° C, em local fresco, seco e protegido da luz.



Referência(s): ADA, 2023; FRID et al., 2016.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.10 Insulinização - Consulta Farmacêutica e de Enfermagem

ORIENTAÇÃO PARA PREPARO DE 1 INSULINA

1. **Lavar e secar as mãos.**
2. Reunir a insulina prescrita, a seringa com agulha, a gaze estéril e o álcool 70%.
3. **Homogeneizar a suspensão de insulina (NPH).**
4. Proceder à desinfecção da borracha do frasco de insulina.
5. **Manter o protetor da agulha e aspirar o ar até a graduação correspondente à dose de insulina prescrita.**
6. Retirar o protetor da agulha e injetar o ar no frasco de insulina.
7. **Sem retirar a agulha, posicionar o frasco de cabeça para baixo e aspirar a insulina até a dose prescrita.**
8. Eliminar bolhas de ar, se presentes.
9. **Virar o frasco para a posição inicial.**
10. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.
11. **Aplicar a insulina e manter a agulha sob a pele por no mínimo 6 segundos.**

ORIENTAÇÃO PARA PREPARO DE 2 INSULINAS: NPH + Regular

1. **Lavar e secar as mãos.**
2. Reunir as insulinas prescritas, a seringa com agulha, a gaze estéril e o álcool 70%.
3. **Homogeneizar a suspensão de insulina (NPH).**
4. Proceder à desinfecção da borracha do frasco de insulina.
5. **Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina NPH.**
6. Injetar o ar no frasco de insulina NPH, depois retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH.
7. **Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina Regular.**
8. Injetar o ar no frasco de insulina Regular, virar o frasco e aspirar a dose prescrita de insulina Regular.
9. **Colocar o frasco de insulina Regular na posição inicial e retirar a agulha.**
10. Posicionar o frasco de insulina NPH de cabeça para baixo, introduzir a agulha da seringa que já está com a insulina regular e aspirar a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas.
11. **Retornar o frasco à posição inicial.**
12. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.
13. **Aplicar a insulina e manter a agulha sob a pele por no mínimo 6 segundos. Se a dose aspirada na seringa for maior que a soma das doses prescritas: descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com uma seringa nova.**

ORIENTAÇÃO PARA USO DA CANETA DE INSULINA

1. Lavar e secar as mãos.
2. **Homogeneizar vagorosamente a insulina NPH por, no mínimo, 20 vezes (primeira vez), depois por no mínimo 10 vezes. *Obs.: A insulina regular não precisa ser homogeneizada.***
3. Limpar com álcool 70° o local da caneta que será acoplada a agulha.
4. **Remover o lacre da agulha e rosquear na caneta.**
5. Guardar a tampa externa da agulha.
6. **Para evitar a injeção de ar, bater na caneta, desprezar 2 UI, e verificar se saiu a gota da insulina.**
7. Verificar se o seletor de dose está no zero. Girar o seletor até a quantidade desejada (consegue selecionar até 60UI).
8. **Limpar o local de aplicação com álcool 70°.**
9. Aplicar a insulina e manter a agulha sob a pele por no mínimo 10 segundos (especialmente ao administrar doses mais altas. Contar apenas até 5 pode ser aceitável para doses mais baixas.)
10. **Retirar a caneta e certificar-se que o seletor de dose retornou ao zero.**
11. Tampar a agulha com a tampa interna verde e a tampa da caneta.
12. **Para descartar a agulha, colocar a tampa externa, desenroscar para retirar a agulha. Tampar com a tampa da caneta.**
13. Não utilizar a caneta de NPH se tiver menos de 12 unidades (dificulta a ressuspensão).

A caneta NPH e regular da Farmácia Distrital e Farmácia popular, em uso, podem ser utilizadas por até 6 semanas.

Estas orientações dizem respeito à caneta da marca *NOVOLIN FLEXPEN*. Na mudança da marca do insumo, as instruções do fabricante devem ser seguidas.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.10 Insulinização - Consulta Farmacêutica e de Enfermagem

LOCAIS DE APLICAÇÃO

Deve ser injetada no tecido subcutâneo (SC).

Evitar: articulações, ossos, grandes vasos sanguíneos e nervos, locais com lipodistrofia, inflamação, edema, ulceração, ferida, infecção, cicatriz ou fístula.

Prega cutânea:

Levantar uma prega cutânea é necessário quando a distância da superfície da pele ao músculo é menor ou igual ao comprimento da agulha. Uma prega correta é feita levantando a pele com o polegar e o dedo indicador (se a pele for levantada usando toda a mão, o músculo pode ser levantado, o que pode levar a injeções IM).

Sequência ideal para injetar em uma prega cutânea:

- (1) levante suavemente uma prega cutânea,
- (2) injete a insulina lentamente em um ângulo de 90° em relação à superfície da prega cutânea,
- (3) deixe a agulha permanecer na pele por uma contagem de 10 segundos após o êmbolo ser pressionado (ao usar uma caneta),
- (4) retire a agulha da pele no mesmo ângulo em que foi inserida,
- (5) libere a prega cutânea e
- (6) descartar a agulha usada com segurança.

Rotação dos Locais de Injeção:

Enfermeira ou Farmacêutica avalia cada local de injeção/infusão visualmente e por palpação, se possível, em cada visita, mas no mínimo uma vez por ano.

- As injeções devem ser sistematicamente alternadas para evitar Lipohipertrofia. Isso significa injetar pelo menos 1 cm (ou aproximadamente a largura de um dedo adulto) de injeções anteriores.
- Os pacientes devem receber um esquema de rotação fácil de seguir desde o início da terapia de injeção/infusão.
- Um esquema baseado em evidências envolve dividir os locais de injeção em quadrantes (ou metades, ao usar as coxas ou nádegas), usando um quadrante por semana e girando quadrante a quadrante em uma direção consistente (por exemplo, no sentido horário).

Locais recomendados para injeção:

Abdômen dentro dos seguintes limites:
 1 cm acima da sínfise púbica,
 1 cm abaixo da última costela,
 1 cm de distância do umbigo e lateralmente nos flancos

Face lateral anterior do terço superior de ambas as coxas

Região lateral posterior de ambas as nádegas superiores e flancos

Face posterior do terço médio do braço

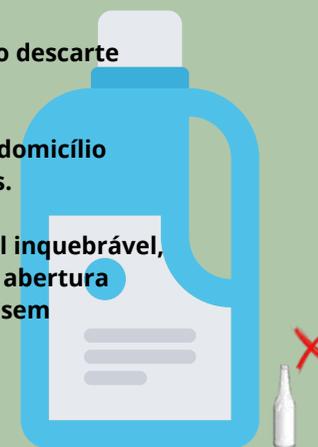


A pessoa com DM deve ser orientada a realizar o descarte seguro de perfurocortantes usados.

Perfurocortantes e contaminantes gerados em domicílio devem ser descartados em coletores específicos.

Descarte adequado em recipiente com: material inquebrável, paredes rígidas e resistentes à perfuração, com abertura larga (o suficiente para o depósito de materiais sem acidentes) e tampa.

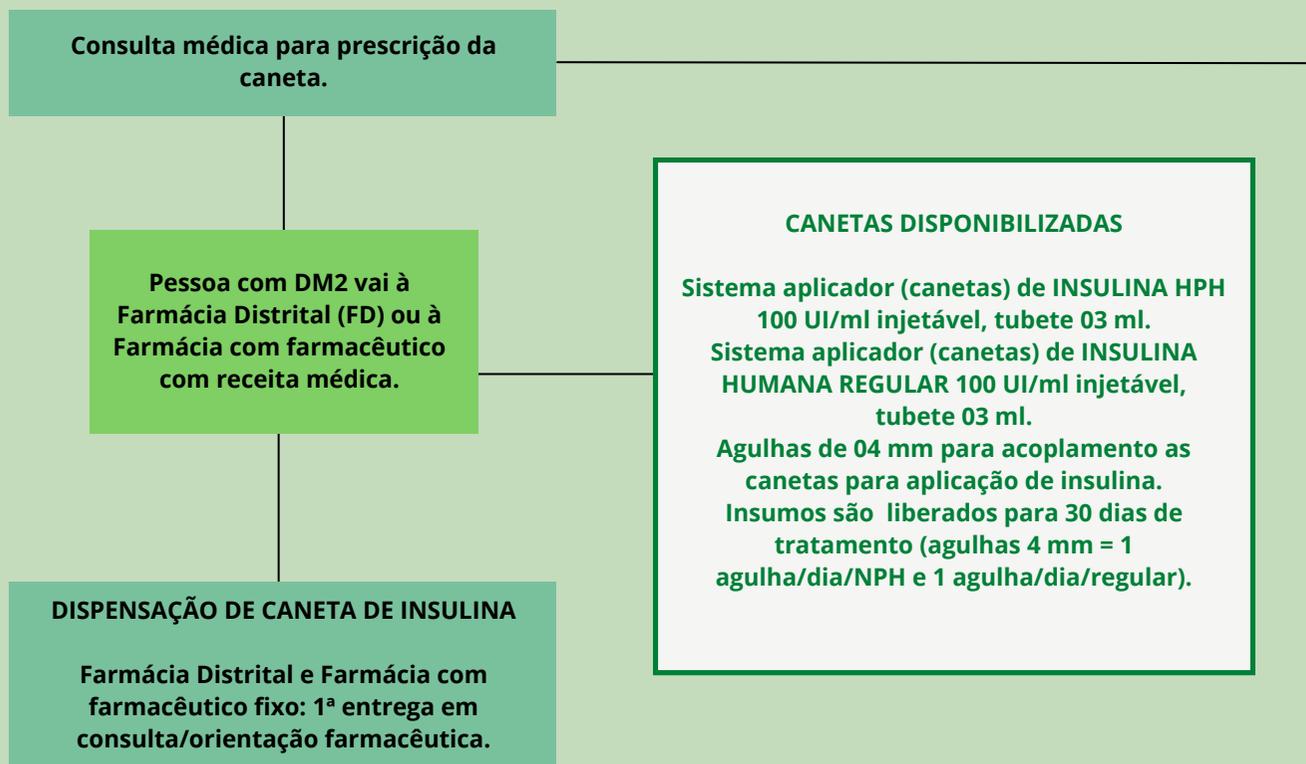
Garrafas PET não são seguras.



Referência(s): ADA, 2023; FRID et al., 2016.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.11 Fluxo de acesso aos insumos (caneta de insulina)



FARMÁCIAS DISTRITAIS (FD)

Critérios:

- Moradores de Porto Alegre, conforme cadastro no cartão nacional do SUS;
- Diabetes tipo I em qualquer idade;
- Diabetes tipo II: ≤ 19 anos ou ≥ 40 anos;
- Diabetes gestacional;
- E/ou cegos de ambos os olhos ou com acuidade visual que dificulte a aplicação com o frasco (qualquer idade);
- Impossibilitados do uso pleno de um dos membros superiores (qualquer idade).

Recebe canetas descartáveis e agulhas; Receita deve conter "caneta insulina NPH / regular", Paciente vai na FD retirar - primeira entrega - recebe treinamento/orientação do farmacêutico - não precisa agendamento na FD.



FARMÁCIA POPULAR (FP)

Não tem critério;

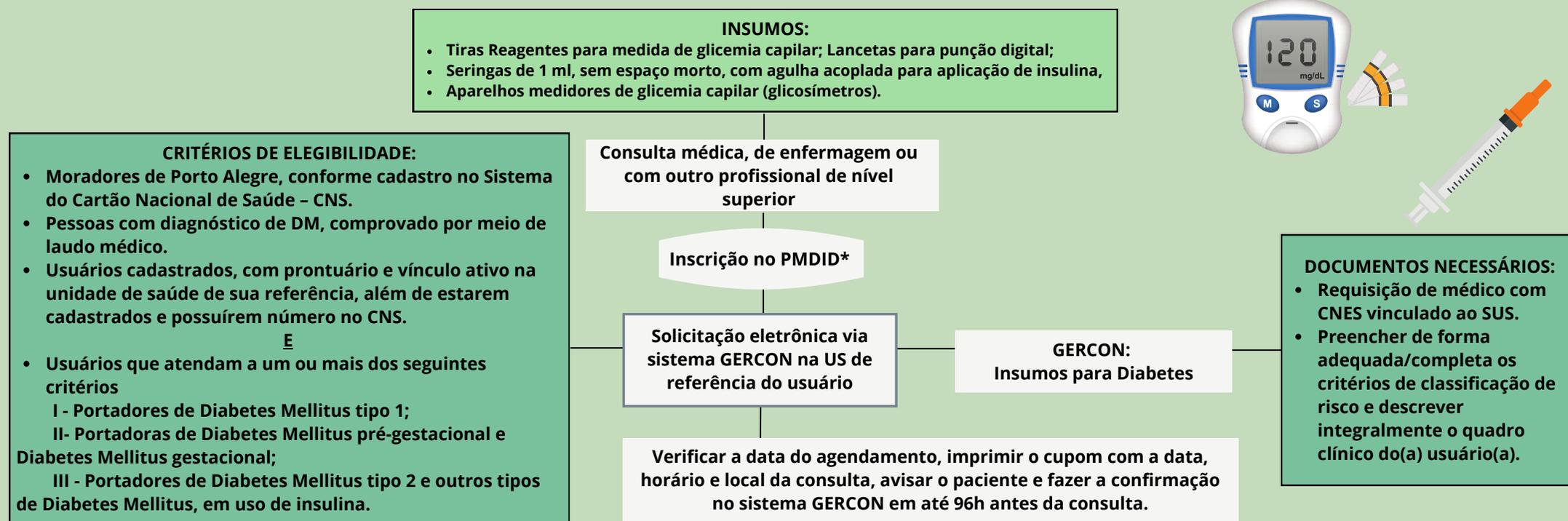
Compra a caneta (permanente) e as agulhas; Recebe gratuito o refil da insulina NPH / regular, Receita deve conter "caneta insulina NPH / regular".



Fonte: PORTO ALEGRE, 2022a.

4.4 Tratamento Medicamentoso na DM2:

4.4.12 Fluxo de acesso aos insumos (automonitoramento da glicemia capilar)



CRITÉRIOS	Nº MEDIÇÕES / DIA	Nº FITAS/LANCETAS/SERINGAS/MÊS
DMI Gestantes	Até 6 medições / dia	Até 150 fitas e lancetas e 30 seringas
Uso intensivo (basal-bolus)	Até 4 medições / dia	Até 100 fitas e lancetas e 30 seringas
Uso apenas de NPH, insulina lenta ou ultra-lenta	Até 15 medições / mês	15 fitas e lancetas e 10 seringas

- MANUTENÇÃO NO PROGRAMA:**
- A cada dois anos, a contar da data da inscrição inicial, o cidadão ativo no Programa deverá atualizar seu cadastro via solicitação eletrônica de renovação na unidade de saúde de referência apresentando os documentos necessários.
 - Verificar a data do agendamento, imprimir o cupom com a data, horário e local da consulta, avisar o paciente e fazer a confirmação no sistema GERCON em até 96h antes da consulta.

Legenda: PMDID (Programa Municipal de Distribuição dos Insumos para Diabetes).
Referência(s): PORTO ALEGRE, 2022a; PORTO ALEGRE, 2019a; PORTO ALEGRE, 2019b.

4.5 DM2 e Dislipidemia Associada:

A alteração lipídica mais frequente nas pessoas com DM2 é a hipertrigliceridemia. As mudanças de estilo de vida e as estatinas são a primeira escolha para hipertrigliceridemia leve a moderada. O controle da glicemia melhora os níveis lipídicos. O tratamento da dislipidemia objetiva reduzir eventos e mortalidade cardiovascular e redução do risco para pancreatite aguda. A terapia medicamentosa e metas terapêuticas da dislipidemia dependem do risco cardiovascular (ver tabela abaixo).

Solicitar perfil lipídico (Colesterol total, Triglicerídeos, HDL e Colesterol - não HDL) na primeira avaliação clínica, após o diagnóstico de DM.
Solicitar perfil lipídico antes do início do tratamento com estatinas e após 4 a 12 semanas do início do uso, ou na mudança da dose. Após, solicitar anualmente.

Em pessoas com muito alto risco cardiovascular, a combinação de sinvastatina de moderada potência e ezetimiba (10 mg) mostrou uma redução significativa dos principais eventos cardiovasculares em relação à utilização única de sinvastatina (ADA, 2024).

Prevenção secundária com AAS 75-162mg/dia deve ser instituída nas pessoas com HAS/DM2 e doença cardiovascular estabelecida (muito alto risco cardiovascular).

Prevenção primária com AAS 75-162mg/dia deve ser considerada em pessoas entre 40 a 75 anos com HAS/DM2 e alto risco cardiovascular. Avaliar risco de sangramento.

Utilizar por um ano terapia dupla de antiagregantes plaquetários (AAS + Clopidrogel 75mg/dia), após evento coronariano agudo.

METAS TERAPÊUTICAS CONFORME RISCO CARDIOVASCULAR

CATEGORIA DE RISCO	USO DE ESTATINAS	ESTATINA - DOSAGEM	METAS (mg/dL)		
			LDL - c	HDL	Colesterol
BAIXO / ESTRATO 1	Estatina de moderada potência *	Sinvastatina 20 - 40 mg/dia Atorvastatina 1 - 20 mg/dia	< 100	> 40	< 130
MODERADO / ESTRATO 2	Estatina de moderada potência	Sinvastatina 20 - 40 mg/dia Atorvastatina 1 - 20 mg/dia Rosuvastatina 5 - 10 mg/dia	< 100	> 40	< 130
ALTO / ESTRATO 3	Estatina de alta potência	Atorvastatina 40 - 80 mg/dia Rosuvastatina 20 - 40 mg/dia	< 70	> 40	< 100
MUITO ALTO / ESTRATO 4 E 5	Estatina de alta potência	Atorvastatina 40 - 80 mg/dia	< 55	> 40	< 80

(*) A ADA (2024 / 2023) refere nível de evidência A para o uso de estatina de moderada potência para pessoas de 40-75 anos de baixo risco de DCV. A *US Preventive Task Force* (2023) sugere com moderada certeza o uso de estatinas para a população de baixo risco e sem DCV. Os protocolos citados não recomendam o uso de estatinas para prevenção primária de DCV para pessoas acima de 75 anos.

(**) Em cor AZUL, os medicamentos disponíveis no SUS e na Farmácia Popular.

4.5 DM2 e Dislipidemia Associada:

Em pessoas com **MUITO ALTO RISCO CARDIOVASCULAR** é recomendado o uso de estatina de alta potência independente do nível LDLc inicial. Se não atingir metas com dose máxima de atorvastatina, considerar adição de ezetimiba.

Em pessoas com **ALTO RISCO CARDIOVASCULAR** é recomendado o uso de estatina de alta potência independente do nível LDLc inicial.

Em pessoas de **MODERADO RISCO CARDIOVASCULAR** é recomendado uso de estatina independente do nível LDL-c inicial. Se a meta não for atingida após três meses de tratamento, é sugerido aumentar a dose de estatina ou trocar por estatina de maior potência.

Em pessoas com intolerância às estatinas, é recomendado utilizar ácido bempedoico.

A hipertrigliceridemia deve ser tratada com mudanças dietéticas, perda de peso, restrição do álcool e atividade física.

Em pessoas com DM2 e **ALTO** ou **MUITO ALTO RISCO CARDIOVASCULAR** com Triglicerídeos > que 200 associado à HDL-colesterol <34, a combinação de fibrato e estatina **PODE SER CONSIDERADA** para redução do risco de DCV.

Para Hipertrigliceridemia grave (acima de 800mg/dL) é recomendado o uso de fibratos, além de restrição de gorduras e carboidratos para prevenção de pancreatite aguda.

VALORES DE TRIGLICERÍDEOS

- **NORMAL:** abaixo de 150mg/dl
- **MODERADO:** entre 150 e 199 mg/dL
- **ALTO:** entre 200 e 499 mg/dL.
- **MUITO ALTO:** maior ou igual a 500 mg/dL

HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR confere 20x mais risco para desenvolvimento de doença aterosclerótica prematura.

CRITÉRIOS PARA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR:

Pessoas jovens com colesterol total > 260 **OU** colesterol LDL > 155mg/dL em crianças < 16 anos **OU** Colesterol total >290mg/dL **OU** colesterol LDL >190mg/dL em adultos. HF de DCV/coronariana < que 55 (homens) < 60 anos (mulheres) de primeiro grau **OU** HF de colesterol total > 290mg/dL em familiar adulto de primeiro **OU** segundo grau **OU** > 260mg/dL em filho ou irmão com idade < 16 anos.
Parente de primeiro grau com xantoma tendinoso e/ou arco córneo.



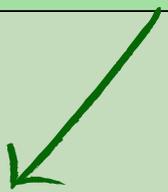
Acesse a calculadora para diagnóstico de hipercolesterolemia familiar em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAHF2017/index.html>



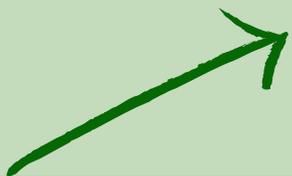
4.6 DM2 e HAS Associada:

HAS EM PESSOAS COM DM2

CONTEXTO	OBSERVAÇÃO
Recomenda-se aferir os níveis de TA em cada consulta	Se PA > ou igual a 140/90 mmHg, fazer novas medidas em diferentes contextos; Se PA > ou igual 160/110 mmHg, considera-se diagnóstico de HAS.
Se possível, orientar a pessoa com DM2 e hipertensão a fazer medições da TA em seu domicílio.	Melhora adesão e o controle, melhorando, portanto, o risco cardiovascular.
Pessoas com DM2 e hipertensão e com alto risco cardiovascular (ASCVD)	Manter níveis tensionais < 130/80 mmHg.



QUADRO 2: METAS DE TRATAMENTO E RECOMENDAÇÕES PARA INÍCIO DE TRATAMENTO

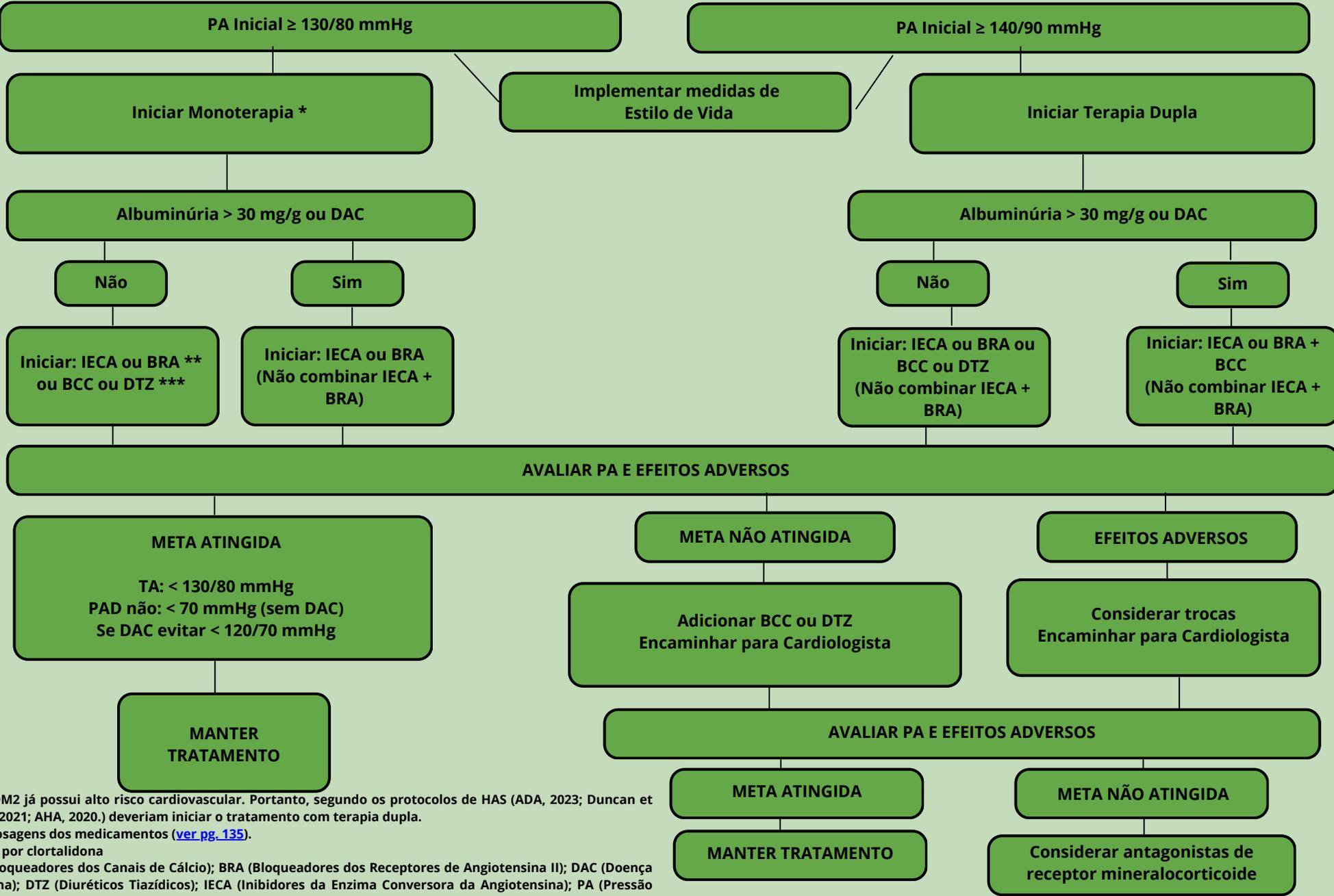


POPULAÇÃO	META TRATAMENTO		QUANDO INICIAR TRATAMENTO		OBSERVAÇÃO
DM2 Alto Risco Cardiovascular	< 130	< 80	≥ 130	≥ 80	Evitar reduzir PA abaixo de 120/70 mmHg
DM2 com Albuminúria	< 130	< 80	≥ 130	≥ 80	IECA ou BRA (Doses máximas toleradas)
DM2 com HAS 180/110	< 140	< 90			Terapia dupla / Redução gradual da PA
DM2 com idoso > 80 Saudável	130 - 139	70 - 79	≥ 140	≥ 80	Terapia dupla / Redução gradual da PA
DM2 em idoso com comprometimento moderado a severo	140 - 149	70 - 79	> 140	> 90	Atenção para Neuropatia Autonômica Cardiovascular (NAC)

Referência(s): ADA, 2024; ADA 2023.

4.6 DM2 e HAS Associada:

4.6.1 Tratamento medicamentoso em DM2 e HAS associada



(*) Pessoa com DM2 já possui alto risco cardiovascular. Portanto, segundo os protocolos de HAS (ADA, 2023; Duncan et al., 2022; SBHAS, 2021; AHA, 2020.) deveriam iniciar o tratamento com terapia dupla.
 (**) Descrição, dosagens dos medicamentos (ver pg. 135).
 (***) Preferência por clortalidona
 Legenda: BCC (Bloqueadores dos Canais de Cálcio); BRA (Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina II); DAC (Doença Arterial Coronariana); DTZ (Diuréticos Tiazídicos); IECA (Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina); PA (Pressão Arterial).
 Referência(s): ADA, 2024; ADA, 2023; SBD, 2022.

4.7 Saúde Bucal e DM2:

Estudos recentes ratificam uma potencial associação bidirecional de patologias bucais com Condições Crônicas (CC). As evidências disponíveis apoiam que as pessoas portadoras de CC têm maior prevalência de doenças bucais, particularmente aquelas com capacidade limitada de autocuidado bucal (BOTELHO et al., 2022).

Uma grande revisão (BOTELHO et al., 2022), que reuniu 293 revisões sistemáticas com meta-análises, avaliou a força e validade da evidência para a associação entre saúde bucal e saúde sistêmica. Vinte e oito DCNT foram fortemente associadas a doenças bucais, dentre as quais cinco tipos de câncer, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, depressão, doenças neurodegenerativas, doenças reumáticas, doença inflamatória intestinal, *Helicobacter pylori*, obesidade e asma.

A presença de infecções, como a doença periodontal, leva ao estímulo da resposta inflamatória, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, provocando a piora do controle glicêmico. Há evidências de que o manejo adequado das infecções periodontais nas pessoas com DM sem controle glicêmico pode restabelecer valores normais da glicemia (SIMPSON et al., 2022).

Há evidências de certeza moderada que o tratamento periodontal usando instrumentação subgengival melhora o controle glicêmico em pessoas com periodontite e diabetes em quantidade clinicamente significativa quando comparada a nenhum tratamento ou cuidados habituais (SIMPSON et al., 2022).

O tabagismo, associado ao mau controle glicêmico aumentam o risco de doença periodontal (LEITE et al., 2019).

A equipe de saúde bucal (Odontólogos e Técnicos de Saúde Bucal) na APS deve colaborar na gestão das condições crônicas (CC), implementando estratégias para detecção precoce de periodontite e de doenças cardiovasculares ou diabetes em ambientes odontológicos. A equipe de saúde deve ser informada sobre as doenças periodontais e suas consequências, bem como dos fatores de risco em comum. Acesso facilitado para o cuidado odontológico das pessoas com DM e HAS deve ser considerado pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB).



Recomenda-se que os usuários com diabetes e hipertensão sejam encaminhados para avaliação e cuidado odontológico, ao menos uma vez por ano, pois as infecções e condições inflamatórias agudas e crônicas podem prejudicar o controle dessas condições.



A equipe de saúde bucal deve promover a educação permanente dos profissionais da Unidade de Saúde, incluindo aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma que todos estejam atentos a saúde bucal das pessoas com DM e HAS.

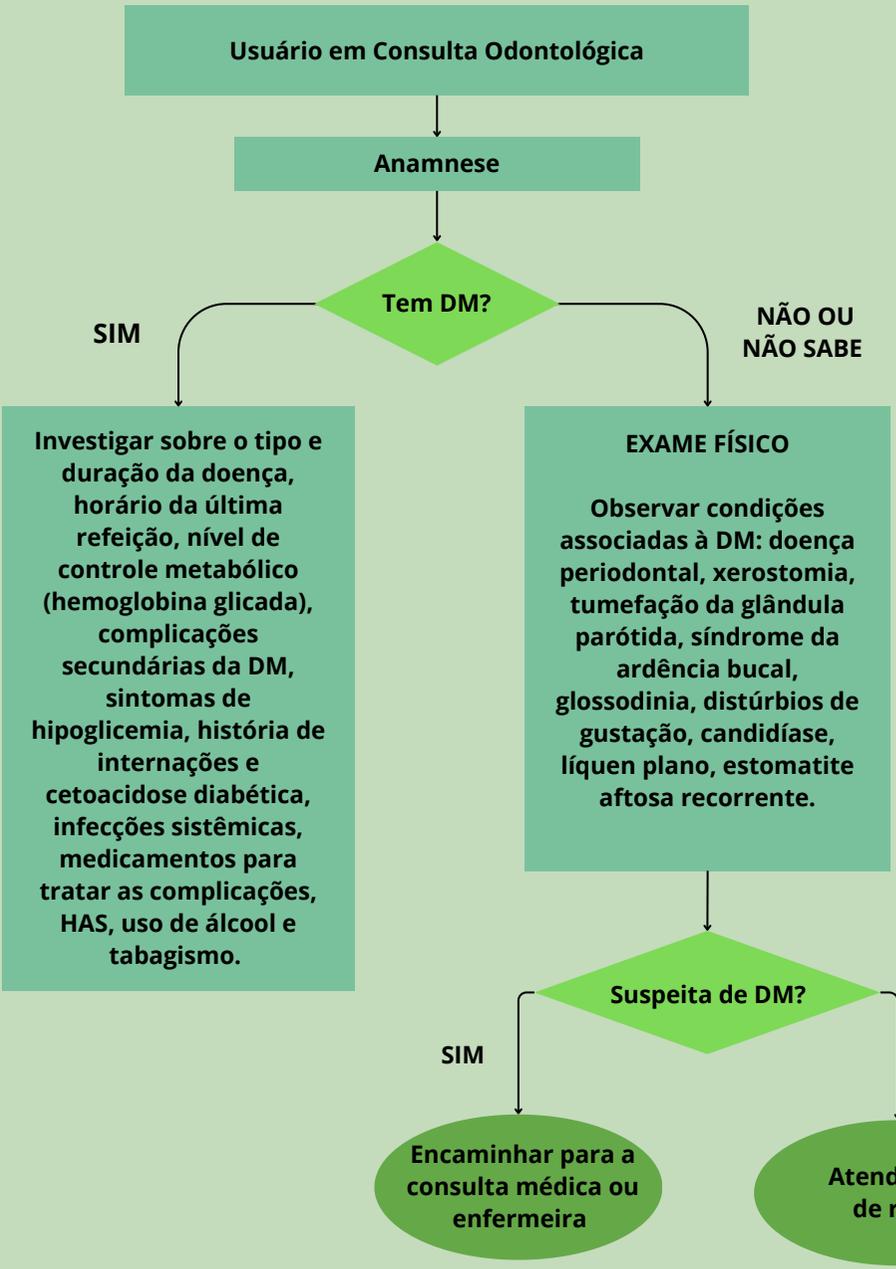
Ações individuais e/ou coletivas desenvolvidas pela equipe da APS e voltadas as pessoas com DM2 e HAS devem incluir orientações sobre a realização adequada da higiene bucal e alimentação saudável de forma a prevenir a cárie e, principalmente, a doença periodontal.

A periodontite está independentemente associada a doenças cardiovasculares, diabetes, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), apneia obstrutiva do sono e complicações da COVID-19 (HERRERA et al., 2023).

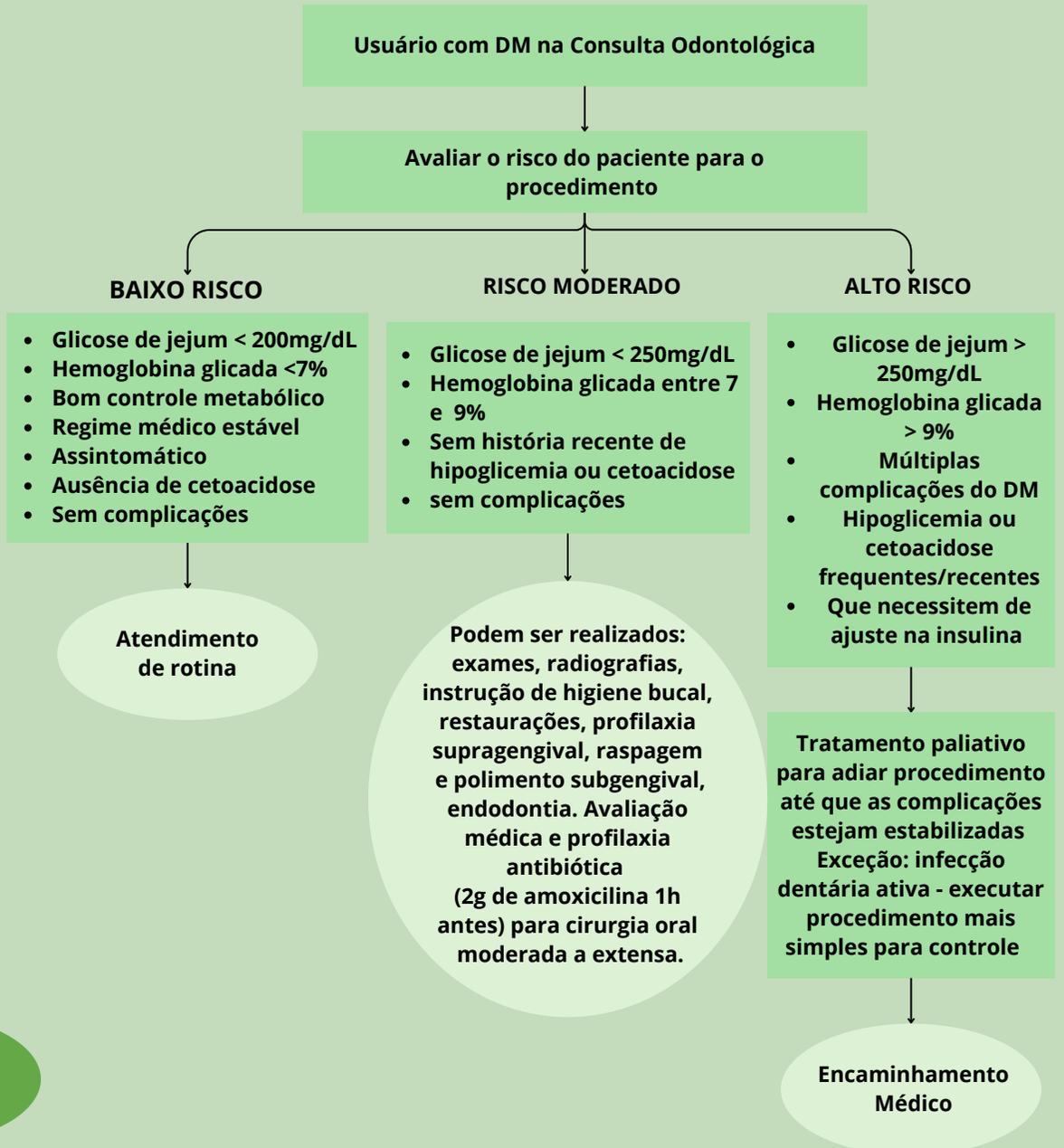


4.7 Saúde Bucal e DM2:

(1) Orientação para consulta Odontológica



(2) Orientação para o manejo clínico da pessoa com DM na consulta



4.8 Saúde Mental e DM2:



Evidências sugerem haver uma relação bidirecional entre Saúde Mental e Condições Crônicas (ZHANG et al., 2021). Pessoas em sofrimento psíquico têm o estilo de vida e o status socioeconômico afetado, o que, por sua vez, pode mediar o risco de condições crônicas subsequentes (MOMEN et al., 2020).

A presença de multimorbidade aumenta o risco para problemas de saúde mental. Pessoas com baixa condição sócio econômica têm maior número de comorbidades e uma proporção maior de problemas de saúde mental associados (MOMEN et al., 2020).

É necessária uma melhor compreensão dos fatores comportamentais, afetivos e cognitivos que interferem no autocuidado das Condições Crônicas. UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA E UMA COMUNICAÇÃO CENTRADA NA PESSOA é associada à melhora do conhecimento a respeito do problema de saúde, maior eficácia no autocuidado, melhora no controle glicêmico, nos níveis de PA e na qualidade de vida (HENDRIECKX et al., 2021).

“O AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM HAS/DM2 exige altos níveis de autoeficácia, resiliência, auto medições, manejo adequado, autonomia e empoderamento. Portanto, não é surpreendente que viver com uma ou mais condições crônicas afete negativamente o bem-estar emocional e a qualidade de vida de muitas pessoas que vivem com essas doenças” (HENDRIECKX et al., 2021).

A condição crônica afeta o bem-estar emocional da família e das pessoas que apoiam o autocuidado. O diagnóstico traz incertezas e preocupações de toda ordem. ADAPTAR-SE à nova condição, conhecer, aprender e incorporar mudanças LEVA TEMPO. Nesses processos, sentimentos como angústia, medo, ambivalência, raiva, tristeza, desesperança e culpa fazem parte da caminhada da aceitação.

Em cada encontro com a equipe e/ou com os diferentes profissionais de saúde é fundamental propiciar uma ESCUTA ATIVA da pessoa sobre seus sentimentos, ideias, cotidiano/funcionalidade e expectativas (SIFE) sobre HAS/DM2 ([ver pg.33](#)) (HENDRIECKX et al., 2021; STEWART et al., 2017).

Nesses encontros a pessoa recém-diagnosticada, de forma geral, se encontra sobrecarregada com muitas informações e necessidades (HENDRIECKX et al., 2021; STEWART et al., 2017). O profissional de saúde pode identificar quais problemas provocam respostas emocionais adicionais (ex: conseguir a medicação, mudança de alimentação, etc) e oferecer apoio para enfrentá-las.



4.8 Saúde Mental e DM2:

4.8.1 Apoio para o autocuidado em Saúde Mental e DM2

- **A jornada de viver com HAS/DM2 é DIFERENTE para cada PESSOA. A maioria das pessoas precisará do apoio em relação à saúde mental em algum momento.**
- O IMPACTO EMOCIONAL do diagnóstico de uma condição crônica pode variar bastante. A maioria das pessoas vivencia uma série de emoções e etapas de luto relacionadas a esta condição. Após tempo variável, há uma adaptação ou integração do problema de saúde no cotidiano.
- **A PERSISTÊNCIA DE SINTOMAS EMOCIONAIS, que chegam a afetar atividades do dia-a-dia como trabalho, relações afetivas e o cuidado da condição crônica, podem indicar o desenvolvimento de um transtorno de saúde mental.**
- 25% das pessoas com DM2 mantêm respostas emocionais que as levam a desenvolver transtorno de ansiedade ou depressão. A ansiedade afeta 20% das pessoas com DM2.
- **Ao longo da vida, várias situações podem desencadear sofrimento psíquico, o que exige apoio da equipe de saúde para lidar com o problema que desencadeou os sintomas (por ex. diagnóstico de mais uma condição crônica, intolerância à medicação, frustração por não conseguir fazer mudanças no estilo de vida, crises do ciclo vital, desemprego, problemas financeiros, etc).**
- ANSIEDADE, DEPRESSÃO e DIABETES DISTRESS são os problemas de saúde mental mais frequentes nas pessoas com HAS/DM2.
- **A depressão como comorbidade piora gradualmente a saúde em comparação com a depressão isoladamente, com qualquer uma das doenças crônicas isoladamente e com qualquer combinação de doenças crônicas sem depressão.**
- DIABETES DISTRESS é uma resposta emocional das pessoas que vivem com DM2 à experiência de lidar com uma doença crônica grave, complexa e exigente. A prevalência é alta, atingindo em torno de 36% das pessoas com DM2, com maior prevalência em mulheres com depressão associada (SBD, 2022; HENDRIECKX et al., 2021).

ACÇÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL PARA APOIAR O AUTOCUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Incorporar em cada encontro a escuta sobre os sentimentos e emoções relacionados ao efeito da condição crônica no cotidiano. Pode-se utilizar o SIFE: Como você sente sobre...? Qual a sua preocupação sobre...? ([ver pg. 33](#)).

Conhecer o cotidiano da pessoa para entender as possibilidades efetivas de cuidado. Como é realizado o cuidado? Qual a rotina? As escolhas estão integradas no cotidiano? Identificar as potencialidades e dificuldades para o autocuidado.

Incluir a família para avaliar as potencialidades e dificuldades de apoio para o autocuidado. Cuidar do cuidador (Escala de Zarit Reduzida).

Identificar em que etapa do ciclo vital a pessoa se encontra para prevenir e identificar possíveis crises próprias de cada etapa, que possam estar afetando o cuidado (MCGOLDRICK; PRETO; CARTER, 2015).

Identificar a rede de apoio e necessidades psicossociais ([ver pg. 47](#)).

Incentivar e realizar atividades educativas entre pares e de apoio psicossocial. As atividades coletivas entre pares tem maior efetividade nas pessoas com baixa escolaridade, baixa capacidade de autocuidado, baixo engajamento e rede de apoio reduzida (ADA, 2023; HENDRIECKX et al., 2021) ([ver pg.48](#)).

Realizar rastreamento anual dos problemas de saúde mental relacionados a HAS/DM2: Ansiedade, depressão e diabetes distress. Tratar com medicamentos específicos e buscar apoio da psicologia, do serviço social e da psiquiatria, conforme necessidade (SBD, 2022).

Converse sobre ações que melhoram a saúde mental:



Alimentação: sobre micro biótica, alimentação saudável.



Atividades ao ar livre: O SOL como aliado para produzir serotonina.



SONO: Higiene do sono ([ver pg. 76](#)).



EXERCÍCIOS: produzem neurotransmissores do bem-estar e desativam os genes que causam transtornos mentais ([ver pg. 60](#)).



APOIO PSICOLÓGICO: Disponibilidade de escuta.



Exercícios de RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO.



Estimular e motivar a SOCIALIZAÇÃO: conversa com vizinhos, familiares, amigos, grupos...



Incluir atividades e hobbies que proporcionam PRAZER E BEM-ESTAR NA SUA ROTINA.



4.8 Saúde Mental e DM2:

4.8.2 Ansiedade, Depressão e DM2

SINTOMAS DA ANSIEDADE

EMOCIONAIS

- Impaciência.
- Irritabilidade.
- Medos irrealistas.
- Nervosismo.
- Tristeza.



FISIOLÓGICOS

- Coração acelerado.
- Dor de cabeça e muscular.
- Falta de ar.
- Formigamento.
- Insônia.



- Baixa concentração.
- Indecisão.
- Memória fraca.
- Pensamentos frequentes.
- Pensamentos repetitivos.



COGNITIVOS

- Agressividade.
- Dificuldade para falar.
- Fala acelerada.
- Impulsividade.
- Procrastinação.



COMPORTAMENTAIS

ATENÇÃO: sintomas de hipoglicemia podem ser confundidos com Síndrome do Pânico e vice-versa.

Fonte: Adaptação de imagem de páginas sem fonte autoral (2024).

Sintomas da depressão

Mente

Dificuldade de concentração
Falta de memória
Pensamentos de morte ou suicídio

Sentimentos

Tristeza
Culpa
Vazio interior
Pessimismo
Ansiedade
Desesperança

Comportamento

Perda de interesse em atividades antes prazerosas, incluindo sexo, Inquietação
Irritabilidade
Isolamento

Corpo

Insônia ou excesso de sono
Falta de energia, fadiga
Alteração de apetite
Perda de peso



Fonte: SINDESPORTE (2024).

Escuta ativa: Estimule a pessoa a narrar seus sentimentos, emoções. Tente identificar e compreender o problema que está provocando sintomas de ansiedade e/ou depressão. Pode-se utilizar o SIFE para iniciar a conversa.

Se necessário, utilize questionário GAD-7 (utilizar link abaixo) para diagnosticar transtorno de ansiedade. Lembre-se: faz parte dos cuidados de rotina aplicar o GAD-7 anualmente, mesmo que a pessoa não apresente sintomas.

Se necessário utilize questionário PHQ-9 (utilizar link abaixo) para diagnosticar transtorno depressivo. Lembre-se: Faz parte dos cuidados de rotina aplicar o PHQ-9 anualmente, mesmo que a pessoa não apresente sintomas.

Se resultado é **ansiedade moderada** ou **grave**

Se resultado é **ausência** ou **ansiedade leve**

Se resultado é **ausência** ou **depressão leve**

Se for **depressão moderada** ou **grave**

Converse sobre ações que melhoram a saúde mental e construa um plano conjunto de cuidados

MFC: Tratamento medicamentoso. Primeira escolha: Inibidores de recaptção da serotonina. Converse com a pessoa para decidir, em conjunto, o uso de medicação. Evitar uso de benzodiazepínicos, pois causam sedação, tolerância e dependência (se usados por mais que 4 semanas), aumento de incidência de queda em idosos, déficit cognitivo e perda de memória.

Acesse o teste GAD-7 em: <https://clinicapsicanalitica.com.br/crise-de-ansiedade/>
Pontuações de 5, 10 e 15 representam pontos de corte para ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente.



Acesse o teste PHQ-9 em: <http://www.phqscreeners.com>
Pontuações de 5, 10, 15 e 20 representam pontos de corte para leve, depressão moderada, moderadamente grave e grave, respectivamente.



4.8 Saúde Mental e DM2:

4.8.3 Diabetes Distress

São as emoções e sentimentos que acompanham a pessoa com DM2. Preocupações, medos e ameaças se manifestam de forma intensa a ponto de interferir no autocuidado. Não é considerada uma psicopatologia e não é uma comorbidade. São as manifestações emocionais das pessoas com DM2, que, devido à sua intensidade e frequência, dificultam e interferem no seu cotidiano e autocuidado.

Sem identificação e manejo, o *Diabetes Distress* piora com o tempo, evoluindo ao ponto de pessoa se sentir emocionalmente exausta e “entregar os pontos” no que se refere ao seu autocuidado. Esses sentimentos são entendidos como “*burnout*”.

De forma geral, o diagnóstico é realizado aplicando escalas específicas que identificam o sofrimento emocional. No Brasil, há duas escalas validadas: a Escala de Sofrimento Emocional causado pelo Diabetes (*Diabetes Distress Scale*) e B-PAID (*Problem Areas in Diabetes Scale*). Ambas escalas são de fácil e rápida aplicação, podendo ser utilizadas em algum momento da consulta ou de um grupo.

Escala de Sofrimento Emocional causado pelo *Diabetes Distress* (DDS)

- Sentir que meu médico não sabe o suficiente sobre o diabetes e seus cuidados.
 - Sentir que, a cada dia, o Diabetes está acabando com a minha energia física e mental.
 - Não sentir confiança em minha capacidade para lidar com o dia a dia do Diabetes.
 - Sentir-me com raiva, assustado e/ou deprimido, quando penso em viver com Diabetes.
 - Sentir que meu médico não me dá orientações claras sobre como lidar com meu Diabetes.
 - Sentir que eu não estou testando os meus níveis de açúcar no sangue com a devida frequência.
 - Sentir que eu acabarei tendo sérias complicações com o passar do tempo, não importa o que eu faça.
 - Sentir que eu estou falhando frequentemente com minha rotina do Diabetes.
 - Sentir que os amigos e a família não apoiam de maneira satisfatória meus esforços de autocuidado (ex: planejam atividades que entram em conflito com meus horários, encorajam-me a comer comidas “erradas”).
 - Sentir que o Diabetes controla a minha vida.
 - Sentir que meu médico não leva suficientemente a sério minhas preocupações.
 - Sentir que não estou seguindo, com a devida disciplina, um plano de refeições.
 - Sentir que os amigos e a família não percebem o quanto pode ser difícil viver com Diabetes.
 - Sentir-me arrasado pelas exigências de se viver com Diabetes.
 - Sentir que não tenho um médico que eu possa consultar com regularidade suficiente sobre meu Diabetes.
 - Não me sentir motivado a continuar controlando o meu Diabetes.
 - Sentir que os amigos ou a familiar não me dão o apoio emocional que eu gostaria.
- São 17 questões que tem 6 opções de respostas: “Não é um problema” (1 ponto) a “é um problema muito sério” (6 pontos). Somam-se todas as respostas e divide-se por 17. Valor \geq a 3 indica sofrimento emocional moderado que precisa de atenção e acompanhamento.
 - Há possibilidade de fazer a avaliação por grupos de respostas que se referem à carga emocional do cuidado, angústia relacionada ao profissional de saúde, angústia relacionada à alimentação e angústia interpessoal.



Quer saber mais? Acesse a escala em:
<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=12>



4.8 Saúde Mental e DM2:

4.8.3 Diabetes Distress

B-PAID (*Problem Areas in Diabetes*)

- São 20 questões que tem 4 opções de resposta: “Não é um problema” (0 ponto) a “é um problema sério” (4 pontos). Soma-se todas as respostas. Valores \geq a 40 indicam sofrimento emocional moderado que precisa de atenção e acompanhamento.
- Avalia a autopercepção da pessoa sobre as dificuldades enfrentadas no dia a dia com a doença.
- Algumas perguntas contidas no questionário: Sentir medo quando pensa no Diabetes; sentir que o Diabetes é um peso para você; sentir desencorajado quando pensa no seu tratamento do Diabetes; preocupar-se com a comida e o que comer; sentir-se culpado ou ansioso quando deixa de cuidar do seu Diabetes, etc.

AÇÕES DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL PARA APOIAR O CUIDADO DA PESSOA COM *DIABETES DISTRESS*

- Avalie a possibilidade de *Diabetes Distress* (DD) de forma sistemática e regular (1x ao ano), seja na consulta individual ou em grupos.
- Converse sobre DD, pois a maioria das pessoas desconhece essa possibilidade.
- Os resultados do teste podem servir como roteiro de conversa para se aprofundar nas dificuldades e pensar nos próximos passos.
- Foque nos sentimentos, crenças, medos e expectativas. Observe que as pessoas muitas vezes dão pouca atenção à sua vida emocional e podem ter dificuldade de expressar os sentimentos e emoções.
- Muitas pessoas com DM2 se sentem sozinhas e isoladas. Elucidar que o DD é comum nas pessoas com DM2, e que faz parte do processo de reconhecer e integrar a doença, alivia a carga emocional do DD.
- Encaminhar para grupos onde a pessoa possa reconhecer seus pares e não se sentir sozinha é altamente benéfico para o manejo do DD.
- Ajude a pessoa ter uma nova perspectiva sobre o DM2. Identifique aspectos positivos que a pessoa já realizou em relação ao DM2 e os sentimentos que surgem em cada situação estressante a ser trabalhada.
- Construa um plano conjunto onde a pessoa consiga identificar os sentimentos “negativos” em relação a determinada ação e ressignificá-los.

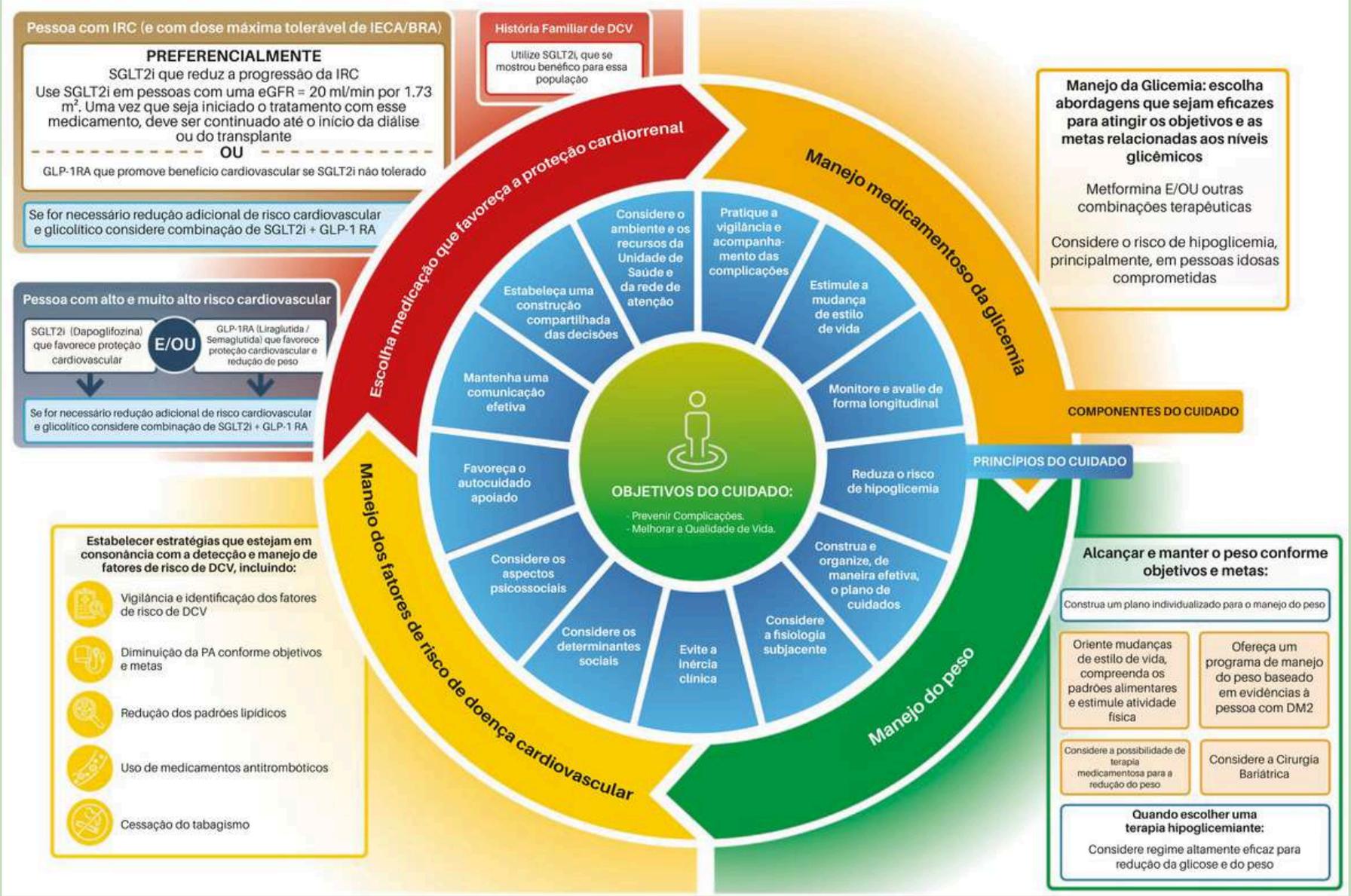
Referência(s): SBD, 2022; HENDRIECKX et al., 2021; FISCHER; POLONSKY; HESSLER, 2019.



Quer saber mais? Acesse em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10808/000602030.pdf>



4.9 Síntese do Cuidado da Pessoa com DM2:



Legenda: BRA (Bloqueador dos Receptores AT1 da Angiotensina II); DCV (Doença Cardiovascular); eGFR (Índice de Filtração Glomerular); IRC (Insuficiência Renal Crônica); IECA (Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina); PA (Pressão Arterial).
 Fonte: Adaptado de ADA (American Diabetes Association) e traduzido pelos autores e revisores técnicos (2023).

5. O CUIDADO DA PESSOA COM HAS

5.1 Aspectos Gerais do Cuidado da Pessoa com HAS:

Hipertensão Arterial Sistêmica é causa ou fator de risco dominante para grande parte das doenças cardiovasculares, doenças do sistema nervoso central de origem vascular, doenças de grandes vasos, insuficiência renal crônica, disfunção erétil e maculopatia degenerativa em idosos (DUNCAN et al., 2022).

“Historicamente houve uma lenta progressão de valores diagnósticos de hipertensão para valores mais baixos de PA sistólica e diastólica, mas não há consenso atualmente sobre os valores diagnósticos e alvos pressóricos” (DUNCAN et al., 2022).

Em 2017, foi publicado pela Associação Americana de Cardiologia e a pela Associação Americana de Hipertensão protocolo onde é estabelecido como valor diagnóstico de HAS uma PA $\geq 130/80$ mmHg, e alvos pressóricos para adultos e idosos de $< 130/80$ mmHg (AHA, 2017).

Os resultados do *Systolic Blood Pressure Intervention Trial* (SPRINT RESEARCH GROUP, 2015) são os que, individualmente, mais contribuem para a recomendação de reduzir a PA dos usuários com HAS a valores de $< 130/80$ mmHg. Metanálises realizadas a partir de centenas de ensaios clínicos randomizados demonstram o benefício de reduzir a PA a valores de, pelo menos, < 130 mmHg de PA sistólica em usuários adultos com qualquer idade, em usuários com DM2 e em usuários com doença renal crônica (CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; FUCHS; WHELTON, 2020).

Esta publicação seguirá as orientações de manejo de HAS da Associação Americana de Cardiologia e da Associação Americana de Hipertensão (CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; FUCHS; WHELTON, 2020; AHA, 2017).

CLASSIFICAÇÃO DA PA - APRAZAMENTO PARA ADULTOS ≥ 18 ANOS

CLASSIFICAÇÃO	PAS	PAD	APRAZAMENTO	PROFISSIONAL
PA Normal	< 120	< 80	3 anos sem FRCV; Anual (se FRCV); Orientações sobre MEV.	EI - ENF
PA Elevada	120-129	< 80	3 anos sem FRCV; Anual (se FRCV); Orientações sobre MEV.	EI - ENF
HAS Estágio I	130-139	80-89	Automedição da PA; Se baixo ou moderado risco (estrato 2): anual e MEV; Se alto risco (estrato 3): terapia dupla e MEV trimestral. Se muito alto risco (estrato 4 e 5): terapia dupla trimestral.	Se baixo ou moderado risco: ENF - MFC (intercalado). Se alto e muito alto risco: EI - MFC. ODO anual. OFT anual.
HAS Estágio II	≥ 140	≥ 90	Automedição da PA; Se baixo ou moderado risco (estrato 2): anual e MEV; Se alto risco (estrato 3): terapia dupla e MEV trimestral. Se muito alto risco (estrato 4 e 5): terapia dupla trimestral.	Se baixo ou moderado risco: ENF - MFC (intercalado). Se alto e muito alto risco: EI - MFC. ODO anual. OFT anual.

Legenda: EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); FRCV (Fatores de Risco Cardiovascular); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); MEV (Mudanças de Estilo de Vida); MFC (Médico de Família e Comunidade); PA (Pressão Arterial); PAD (Pressão Arterial Diastólica); PAS (Pressão Arterial Sistólica); ODO (Odontólogo); OFT (Oftalmologista).

5.1 Aspectos Gerais do Cuidado da Pessoa com HAS:

Reduzir 10 mmHg diminui a incidência de eventos cardiovasculares em 29%, reduzir 20 mmHg diminui em 42% e reduzir 30 mmHg diminui a incidência em 54%.

As mudanças de estilo de vida devem acompanhar o tratamento medicamentoso e serem pactuadas conjuntamente com a pessoa. Negociar metas realistas e de curto prazo ([ver cap. 3](#)).

A redução de sódio é recomendada para pessoas com HAS ou PA elevada. Uma metanálise de ensaios clínicos identificou redução de 20% de eventos cardiovasculares em indivíduos randomizados para dietas hipossódicas. Meta recomendada de consumo de sal é de 5g/dia, que corresponde a 2g de sódio.

A ingestão de alimentos ricos em cálcio, magnésio e potássio diminuem os níveis de PA: abacate, nozes, grãos, tofu, beterraba e vegetais folhosos e ricos em nitratos ([ver pg. 59](#)). É contraindicada para pessoas com insuficiência renal crônica e em caso de utilização de drogas que reduzam a excreção de potássio.

PICS que promovem o relaxamento muscular diminuem os níveis de PA, como meditação, *mindfulness*, *reiki* e *yoga* ([ver pg. 52](#)).

A longo prazo a poluição do ar tem efeito no aumento dos níveis de PA.

LEMBRANDO: a adesão ao tratamento melhora significativamente se:

(A) é estimulada a automedicação da PA;

(B) a medicação tiver uma posologia com maior comodidade possível (dose única diária, menores doses e comprimidos com associação medicamentosa);

(C) houver acompanhamento com equipe interprofissional.



Referência(s): CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; FUCHS; WHELTON, 2020.

5.1 Aspectos Gerais do Cuidado da Pessoa com HAS:

Em dezembro de 2023, a Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH) publicou o protocolo de manejo de HAS (MANCIA et al., 2023), cujas semelhanças e diferenças em relação ao protocolo de ACC/AHA (2017) estão colocadas a seguir (PRASANTHA et al., 2024):



AHA - 2017

ESH - 2023

SEMELHANÇAS

Correta aferição da PA como procedimento central para o diagnóstico e prognóstico: a correta aferição da PA deve seguir as orientações técnicas descritas na [pg. 122](#). Para fazer o diagnóstico de HAS, o monitoramento da PA deve ser realizado na unidade de saúde e também no domicílio - estimulando a automedicação. Também é necessário distinguir e identificar o “Efeito do Avental Branco” e o “Efeito do Mascaramento” ([ver pg. 122](#)).

A orientação do tratamento farmacológico é definida pelo cálculo do risco cardiovascular global: a identificação de fatores de risco e, na sequência, a estratificação de risco cardiovascular, permitem calcular o risco cardiovascular global - que estima o risco de eventos cardiovasculares fatais ou não fatais em 10 anos. Esse processo é facilitado pelo uso de calculadoras. No Brasil, recomenda-se o uso da calculadora “HEARTS” da OMS.

Orientações farmacológicas iniciais: as medicações de primeira escolha para tratamento da HAS são: IECA, BRA, DIU e BCC. Preferir comprimidos com associação medicamentosa.

DIFERENÇAS

Definição de HAS

≥ 130/80

≥ 140/90

PA Normal

< 120/80

120-129/80-84

PA Elevada

120-129/<80

130-139/85-89

HAS Estágio I

130-139/80-89

HAS Estágio I: 140-159/90-99

HAS Estágio II

≥ 140/90

HAS Estágio II: 160-179/100-109
HAS Estágio III: ≥ 180/110

Metas de tratamento por idade

≥ 18-80 anos de idade: <130/80

≥ 18-79 anos de idade: <130/80
≥ 80 anos de idade: 140-150/<80

Tratamento Medicamentoso

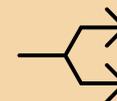
O uso de betabloqueadores está restrito a condições específicas como, por exemplo, doença cardíaca isquêmica e insuficiência cardíaca.

Os betabloqueadores estão entre os medicamentos de primeira escolha.

5.2 Rastreo e Diagnóstico:

5.2.1 Aferição da PA - procedimento central para o diagnóstico e prognóstico de HAS

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (o manguito deve cobrir de 75 - 100% do braço)
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da PA sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial;
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
10. Determinar a PA diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons;
11. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons e anotar valores da PAS/PAD/zero;
13. Informar o valor de PA obtido para o paciente;
14. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a PA foi medida.



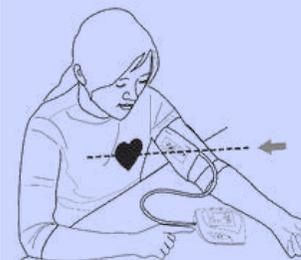
22 - 34 cm
Adulto

35 - 45 cm
Adulto grande

ATENÇÃO!

Garantir no momento da medição da PA:

- Ambiente calmo e com temperatura confortável;
- Conferir se: está com bexiga vazia, não fumou, tomou café ou fez exercícios nos últimos 30 minutos;
- Não conversar durante a aferição;
- Repouso por 3 a 5 minutos;
- Em cada visita, faça 3 medições com 1 min entre elas. Calcule a média das 2 últimas medições. Se a PA da primeira leitura for < 130/85 mmHg, nenhuma medição adicional é necessária. A pressão arterial de 2-3 visitas ao consultório \geq 140/90 mmHg indica hipertensão.



ORIENTAÇÕES PARA AUTOMEDIÇÃO DA PA

Estudos sugerem que a automedicação da PA ou Monitorização Residencial da PA (MRPA) melhora a adesão ao tratamento, a autonomia e o controle/estabilização da PA (AHA, 2017).

A monitorização residencial da PA elimina o Efeito do Avental Branco (DUNCAN et al., 2022).

Orientações para realização da automedicação da PA devem ser dadas de forma cuidadosa, enfatizando o tipo de aparelho (eletrônico e de braço), modo correto de aferir a PA, aspectos ambientais (ver ao lado) e a necessidade de calibrar anualmente o aparelho utilizado.

A monitorização residencial da PA deve ser realizada três vezes pela manhã e três vezes à noite, por 5 dias (DUNCAN et al., 2022).

5.2 Rastreo e Diagnóstico:

5.2.2 Efeito do Avental Branco / Efeito de Mascaramento

Efeito do Avental Branco (EAB) ou Efeito de Mascaramento (EM)

Conceito

A diferença da PA entre as medidas obtidas no consultório e fora dele: Efeito do Avental Branco - EAB (medidas positivos) ou Efeito de Mascaramento- EM (medidas negativos).



Efeito do Avental Branco (EAB)

Efeito de Mascaramento (EM)

O diagnóstico precisa de confirmação com medições repetidas da PA no consultório e fora do consultório.

Diferenças ≥ 15 mmHg na PAS e/ou 9 mmHg na PAD

Diferenças ≤ -1 mmHg na PAS e/ou PAD

Efeito do Avental Branco significativa

Efeito de Mascaramento significativa

Consulta médica: Se RCV baixo e não houver LOA, o tto medicamentoso pode não ser prescrito; MEV. Consulta com enfermeira: MEV

Consulta médica: Pacientes apresentam risco semelhante de eventos cardiovasculares aos hipertensos persistentes. Pode requerer tto medicamentoso.

Essas situações não mudam o diagnóstico. Se normotenso, permanecerá normotenso; se hipertenso, continuará hipertenso.

Médicos e enfermeiras devem permanecer atentos, pois estes efeitos podem alterar o estágio e/ou dar a falsa impressão de necessidade de adequações no tratamento.

Algumas Recomendações

Recomenda-se que a PA no consultório seja medida em ambos os braços pelo menos na primeira consulta, pois uma diferença de PAS entre os braços > 15 mmHg é sugestiva de doença aterosclerótica e está associada a um RCV aumentado.

Recomenda-se que o diagnóstico de HAS seja baseado em medições repetidas da PA em consultório em mais de uma consulta, exceto em caso de HAS estágio 3 e especialmente em pacientes de alto risco.

Em cada consulta, três medidas da PA devem ser registradas (com 1 a 2 minutos de intervalo) e medidas adicionais devem ser realizadas se as duas primeiras leituras diferirem em > 10 mmHg. A PA do paciente é a média das duas últimas leituras da PA. De maneira mais assertiva, realiza-se o diagnóstico com medidas fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem LOA ou doença cardiovascular.

Idosos, diabéticos, disautonômicos ou aqueles em uso de anti-hipertensivos: PA deve ser medida também 1 minuto e 3 minutos após estar em pé (imóvel). Hipotensão ortostática = redução na PAS ≥ 20 mmHg ou na PAD ≥ 10 mmHg dentro do 3º minuto em pé está associada a um risco aumentado de mortalidade e eventos cardiovasculares.

Legenda: HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); LOA (Lesões em Órgão-Alvo); MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial); MEV (Mudanças de Estilo de Vida); MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial); PA (Pressão Arterial); PAD (Pressão Arterial Diastólica); PAS (Pressão Arterial Sistólica); RCV (Risco Cardiovascular).

Referência(s): AHA, 2020; SBC, 2020.

5.2 Rastreamento e Diagnóstico:

5.2.3 Algoritmo

Verificar a PA de adultos ≥ 18 anos quando presentes na Unidade de Saúde (consulta, atividades educativas, procedimentos, etc) caso não haja, pelo menos, um registro de medida de PA nos últimos 2 anos.

Investigar fatores de risco para HAS:

- História familiar de HAS, DM2, DCV prematura, hipercolesterolemia;
- Antecedentes genéticos;
- Idade (indivíduos acima dos 60 anos);
- Sexo: PA é mais elevada entre homens mais jovens e em mulheres nas faixas etárias maiores;
- Raça/cor: pessoas negras têm maior risco;
- DM, DRC, dislipidemia, história de DCV (IAM; IC; AVE; AIT);
- Estilo de vida;
- Fatores socioeconômicos e psicossociais;
- Uso de certas medicações e drogas ilícitas;
- Apneia obstrutiva do sono.

Pessoa ≥ 18 anos

Verificar PA
(2 verificações)

Avaliar fatores de risco para DCV:

- DM ou pré-DM;
- Dislipidemia: triglicerídeos (TG) > 150 mg/dL em jejum; LDL-c > 100 mg/dL; HDL-c < 40 mg/dL;
- Obesidade central;
- Hiperuricemia;
- Síndrome metabólica;
- Idade (mulher > 65 anos e homem > 55 anos);
- História familiar prematura de DCV: mulher < 65 anos e homem < 55 anos;
- Pressão de pulso em idosos (PP = PAS - PAD) > 65 mmHg ITB ou VOP anormais;
- História patológica progressiva de pré-eclampsia ou eclampsia;
- Estilo de vida pouco saudável (tabagismo, álcool, sedentarismo).

PA: $< 120 \times 80$ mmHg
PA Normal

PA: $120-129 \times 80$ mmHg
PA Elevada

PA: $\geq 130-139 \times 80-89$ mmHg
HAS Estágio I

PA: $\geq 140 \times 90$ mmHg
HAS Estágio II

Fazer 3 aferições de PA na Unidade de Saúde com intervalo de 7 a 14 dias.
Em casa, aferir 3 vezes de manhã e à noite, por 5 dias ([ver pg. 121](#)).

Consulta com enfermeira para MEV e estratificação do risco de DCV:

- Sem fatores de risco: medir em 3 anos.
- Se mais de um fator de risco para DCV: medir em 1 ano.

Confirma PA $120-129 \times 80$ mmHg

Confirma PA $\geq 130-139 \times 80-89$ mmHg
Avaliação de risco para DCV

Confirma PA $\geq 140 \times 90$ mmHg

NÃO

SIM

Avaliação clínica e de risco de DCV.

Construção de um plano conjunto de cuidados - conforme estratificação de risco cardiovascular.

Referência(s): CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2017.

MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.1 Anamnese

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Registro de CID I. 10 CIPE: 100009394 CIAP: K85 Pressão Arterial Elevada K86 Hipertensão sem complicações K87 Hipertensão com complicações	MFC, ENF	X	X		Registre na caixa "Problemas", selecione a opção "Ativo" e preencha o tempo de diagnóstico
Registro da consulta no prontuário eletrônico	MFC, ENF	X	X		Registre no prontuário eletrônico.
Percepção da pessoa sobre a HAS	MFC, ENF, EI	X	X		Converse com a pessoa e sua família sobre Sentimentos (S), Ideias (I), Funcionalidade (F) e Expectativas (E).
História Familiar	EI	X			Registre no prontuário eletrônico.
Comorbidades	MFC, ENF, EI	X			Registre no prontuário eletrônico.
Sinais e Sintomas	MFC, ENF, EI	X	X		Maneje os sintomas conforme a situação; Pergunte sobre dores no peito e nas pernas.
Avaliação das Metas: Níveis Tensionais, Estilo de Vida e Tratamento Medicamentoso	MFC, ENF, EI, NUT		X	Conforme estratificação de risco DCV, fragilidade do idoso e prioridade e metas.	As metas de tratamento farmacológico e não farmacológico são estabelecidas em conjunto com a pessoa com HAS e avaliadas nos prazos estipulados.

Legenda: DCV (Doença Cardiovascular); EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista).

Referência(s): DUNCAN et al., 2022; AHA, 2017;

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.1 Anamnese

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Avaliação da Alimentação	MFC, ENF, NUT	X	X	Na primeira consulta, fazer identificação de consumo; Preencher marcadores de Consumo disponíveis do e-SUS nas subsequentes, conforme prioridade e metas.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar o consumo de alimentos/bebidas com alta densidade calórica e/ou alto índice glicêmico; Verificar consumo de gordura saturada ou trans; (Ver pg. 55 e 59) A redução de sal é recomendada para pessoas com HAS ou PA elevada. Meta: 5g/dia de sal (2g de sódio); A ingestão de alimentos ricos em potássio, magnésio, cálcio e potássio diminuem os níveis de PA. Contraindicada em pessoas com IRC e utilização de drogas que reduzem a excreção de potássio. Cafeína: não mais do que 30mg por dia (3 cafés de 100ml).
Rastreamento Depressão	MFC, ENF, PSI, AS		X		Utilize a escala PHQ9 para rastreamento ANUAL: Acesse o teste PHQ-9 em: http://www.phqscreeners.com
Rastreamento Ansiedade	MFC		X	Anual	Utilize a escala GAD-7 para rastreamento ANUAL.
Screening para demência	MFC, ENF, PSI, AS		X		HAS é fator de risco para demência, inclusive Alzheimer. Utilize o Mini-Mental. Anual acima de 60 anos.
Identificar Rede de Apoio e Determinantes Sociais em Saúde	MFC, ENF, PSI, AS, EI		X		Identificar a rede de apoio para os cuidados. Aplique a ferramenta “Mapa de Rede” ou “Ecomapa” (ver pg. 46/47). Identificar se insegurança alimentar, situação de pobreza, baixa escolaridade, raça e infraestrutura do território.
Avaliação de Atividade Física	MFC, ENF	X	X	Identificar na primeira consulta se é sedentário.	Fazer as seguintes perguntas: Faz exercício físico orientado? Qual? Frequência e tempo. Perguntar também sobre atividades físicas cotidianas (atividade laboral, caminhada, atividade doméstica, movimentos).

Legenda: AS (Assistente Social); EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); PSI (Psicólogo).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.1 Anamnese

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Tabagismo	EI	X	X	Identificar na primeira consulta se é tabagista.	Se tabagista: Nas consultas subsequentes aplicar o teste de Fargeström (ver pg.70). Se não é, perguntar: Já fumou? Por quanto tempo? Quando parou?
Uso de Álcool	MFC, ENF, PSI, AS, ODO, TSB	X	X	Identificar na primeira consulta se há consumo de álcool.	Fazer as seguintes perguntas: Você faz uso de bebida alcoólica? Qual bebida? Qual frequência e quantidade? Se identificar que há uso de álcool, nas consultas subsequentes aplicar AUDIT (ver pg.73).
Avaliação de Risco Cardiovascular	MFC, ENF		X	Anual	Avalie o risco cardiovascular (ver pg. 132).
Apneia do Sono	MFC		X		Pergunte sobre a qualidade do sono. Pessoas com HAS têm apneia do sono com maior frequência, o que piora a glicemia e os níveis tensionais. Pode ser causa de HAS resistente e/ou secundária.
Calendário Vacinal	MFC, ENF, TEC ENF, EI		X	Conforme calendário de vacinação.	Anual: COVID 19; Influenza. A cada cinco anos: Herpes Zoster (acima de 50 anos). VPC13 e VPP 13. Uma vez: Hepatite B / Haemophilus Influenza tipo B.

Legenda: AS (Assistente Social); EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); ODO (Odontólogo); PSI (Psicólogo); TEC ENF (Técnico de Enfermagem); TSB (Técnico de Saúde Bucal); VPC13 (Vacina Pneumocócica Conjugada 13 Valente); VPP23 (Vacina Pneumocócica Polissacarídica 23 Valente).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.2 Exame Físico

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Ausculta Cardíaca e Pulmonar	MFC, ENF	X	X		Em todas as consultas.
Avaliação Oftalmológica	MFC		X	Anual e se problemas visuais.	Encaminhe para oftalmologista se diagnóstico de HAS e problemas visuais, como catarata ou retinopatia.
Frequência Cardíaca	TEC ENF, ENF, MFC	X	X		-
Medida de PA	MFC, ENF, TEC ENF	X	X	Níveis de PA conforme risco DCV.	Diagnóstico de HAS depende de uma correta aferição da PA. Fazer no mínimo 2 medidas de PA (ver pg. 121). Diagnóstico de HAS: PA ≥ 130/80 (ver pg. 118).
Peso e Altura - IMC	MFC, ENF, TEC ENF, NUT	X	X	Adulto: IMC Eutrófico: 18,5 - 24,9; Sobrepeso: 25 - 29,9; Obesidade: > 30 Idosos: IMC Eutrófico: 22 - 27; Sobrepeso: > 27	Registrar no campo de avaliação antropométrica do e-SUS, que já fornece a classificação de acordo com a OMS, 1998 e Lipschitz para idosos.
Circunferência Abdominal	ENF, MFC, NUT	X	X	Baixo Risco: < 80 (mulher) < 94 (homem) Risco Aumentado: 80 - 87 (mulher) 94 - 101 (homem)	Importante realizar, principalmente se o IMC estiver adequado; Preencher do e-SUS no quadro de avaliação antropométrica.

Legenda: DCV (Doença Cardiovascular); ENF (Enfermeiro); IMC (Índice de Massa Corporal); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); OMS (Organização Mundial da Saúde); TEC ENF (Técnico de Enfermagem).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.2 Exame Físico

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Palpação e Ausculta Carótida e Pulsos Periféricos	ENF, MFC	X	X		Ideal fazer <i>Ecodoppler</i> de carótidas e de pulsos periféricos (ITB), principalmente se indícios de DCV e Doença Arterial Periférica. Os MFC do SSC não conseguem solicitar estes exames, pois ele só está disponível para pessoas com valvulopatia.
Exame de Abdome	ENF, MFC	X	X		Em todas as consultas.
Se DM2 associado: exame dos pés	ENF, MFC, TO	X	X		Em todas as consultas. Avaliar a pele (cor, temperatura, lesões), unhas, pulsos pediosos e calçados.
Se DM2 associado: avaliação dos pés	ENF, MFC, TO		X	Risco 0: Anual: sem PSP, sem DAP, sem deformidade Risco 1: Uma vez a cada 6-12 meses Risco 2: Uma vez a cada 3-6 meses Risco 3: Mensal se histórico de úlcera ou amputação	Toda pessoa com DM2 tem que ter seus pés avaliados no momento do diagnóstico e aprazado conforme risco. Registre no prontuário eletrônico o risco e aprazamento. CID: Z. 13.8: Avaliação normal; G. 63.2: Polineuropatia diabética; I. 73.8: DAP; L97: Úlcera dos MsIs; Amputação: S78; S88; S98; Risco 2 e 3: Considerar encaminhamento para cirurgia vascular (ver pg. 88).
Exame da Cavidade Oral	TSB, ODO, ENF, MFC		X	Anual	Observe gengivite, problemas odontológicos e candidíase; Encaminhar para consulta odontológica anual; Observe inflamação gengival, cárie, restos radiculares, lesões apicais e em mucosas.

Legenda: DAP (Doença Arterial Periférica); DCV (Doença Cardiovascular); ENF (Enfermeiro); IMC (Índice de Massa Corporal); ITB (Índice Tornozelo-Braquial); MFC (Médico de Família e Comunidade); MsIs (Membros Inferiores); PND (Polineuropatia Diabética); PSP (Perda de Sensibilidade Protetora); ODO (Odontólogo); SSC (Serviço de Saúde Comunitária); TO (Terapeuta Ocupacional); TSB (Técnico de Saúde Bucal).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.3 Exames laboratoriais, de imagem e procedimentos

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
EQU	ENF, MFC, NUT	X		Anual	-
Albuminúria	ENF, MFC, NUT	X		Se normal, anual.	Solicitar se DM associado ou 2 mais FR. Se alterado, repetir 2 vezes com intervalo de 3 a 6 meses.
Glicemia Capilar Aleatória	TEC ENF, solicitar conforme rastreamento	X	X	Se sintomas; Se ajuste de tratamento oral: a cada 2 semanas; Se ajuste de insulina: a cada 3 dias.	Jejum: < 99 mg/dL 2h após as refeições: < 200 mg/dL Sempre com prescrição médica, de enfermagem, nutricionista ou odontólogo.
Glicemia de Jejum	MFC, ENF, NUT, ODO	X		Metas da Glicemia de Jejum: 80 - 130: Adulto e Idoso saudável; 90 - 150; Idoso comprometido (multimorbidades, dificuldades cognitivas); 100 - 180: Idoso Muito Comprometido (cuidados paliativos, dificuldades cognitivas importantes)	A cada 6 meses, se glicemia na meta; A cada 3 meses, se acima da meta ou depois de mudanças de tratamento.
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	MFC, ENF, NUT	X		Metas HbA1c: < 7,0 - Adulto < 7,5 - Idoso Saudável < 8,0 - Idoso Comprometido Idoso muito comprometido: a meta deve ser estabelecida de forma a evitar sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.	Se DM associado e HbA1c na meta continue o mesmo tratamento e repita a HbA1c em seis meses. Se Hb1Ac acima da meta e com baixa capacidade de autocuidado: Redefinir as metas, conversar sobre a importância do engajamento no cuidado e repita HbA1c após três meses.
Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicérides	MFC, ENF, NUT	X		Anual	Três meses após iniciar sinvastatina para DCV confirmada.

Legenda: DCV (Doença Cardiovascular); ENF (Enfermeiro); EQU (Exame Qualitativo de Urina); FR (Fatores de Risco); HDL (Lipoproteína de Alta Densidade); LDL (Lipoproteína de Baixa Densidade); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); ODO (Odontólogo); TEC ENF (Técnico de Enfermagem).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.3 Exames laboratoriais, de imagem e procedimentos

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Creatinina Sérica	MFC, ENF, NUT	X		Anual	Faça o cálculo da taxa de filtração glomerular utilizando a calculadora CKD-EPI.
Potássio Sérico	MFC, ENF, NUT	X		Anual	Se utiliza Enalapril/Losartana: duas semanas após iniciar / aumentar.
Hemograma	MFC, ENF, NUT	X		Anual	
Dosagem de Vitamina B12 (se DM2)	MFC, ENF	X		Anual	Se DM2 associado: solicitar após quatro anos de uso de Metformina; presença de neuropatia diabética; idoso (> 60 anos); uso de medicação H2RAs.
TSH	MFC	X		Anual	Mulheres acima de 50 anos de idade.
Raio-X de Tórax	MFC	X		Anual	Solicitar quando suspeita clínica de acometimento cardíaco ou pulmonar. Avaliação da aorta em que ecocardiograma não está disponível.
ECG	MFC	X		Anual	Para avaliar possível hipertrofia ventricular.

Legenda: ECG (Eletrocardiograma); ENF (Enfermeiro); ITB (Índice Tornozelo-Braquial); MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial); MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial); MFC (Médico de Família e Comunidade); NUT (Nutricionista); US (Unidade de Saúde).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.3 Exames laboratoriais, de imagem e procedimentos

	CATEGORIA	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTAS SUBSEQUENTES	OBSERVAÇÕES PARÂMETROS	CONSIDERAÇÕES/COMENTÁRIOS
Ecocardiograma	MFC		X		Se ECG com hipertrofia ou sinais clínicos de insuficiência cardíaca.
MAPA / MRPA	MFC	X	X		Indicações: efeito do avental branco, HAS resistente; resposta exacerbada da PA no exercício, grande variabilidade na medida da PA na US, sintomas sugestivos de hipotensão no tratamento.
Ultrassom <i>doppler</i> (carótidas, renal e ITB)	MFC	X		Anual	Se sopro carotídeo ou sinais de doença cerebrovascular ou doença aterosclerótica em outros territórios. Se pessoa com IRC ou suspeita de doença renovascular e doença vascular periférica.
Teste Ergométrico	MFC	X		Anual	Suspeita de doença coronariana estável, DM2 ou antecedente familiar para doença coronária em pessoas com PA controlada.

Legenda: DM (Diabetes Mellitus tipo 2); ECG (Eletrocardiograma); IRC (Insuficiência Renal Crônica); ITB (Índice Tornozelo-Braquial); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial); MFC (Médico de Família e Comunidade); MRPA (Monitorização Residencial da Pressão Arterial); PA (Pressão Arterial); US (Unidade de Saúde).

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.4 Estratificação de Risco Cardiovascular na HAS

A identificação de fatores de risco nos permite calcular o risco cardiovascular global, que estima o risco de eventos cardiovasculares fatais ou não fatais em 10 anos.

“Mais importante do que simplesmente classificar o indivíduo como fumante ou portador de hipertensão ou dislipidemia, é caracterizá-lo em termos de seu risco cardiovascular global” (DUNCAN et al., 2022).

A HAS atua de forma sinérgica com outros fatores de risco para DCV, assim como seu poder pro-aterogênico aumenta na presença de outros fatores de risco.

Mais de 50% das pessoas com HAS apresentam fatores de risco cardiovasculares associados, aumentando o risco para doenças coronarianas, cerebrovasculares, renais, oftálmicas e arterial periféricas.

O cálculo do risco cardiovascular global nos permite classificar as pessoas em baixo, moderado, alto e muito alto risco cardiovascular.

A prevenção de doença cardiovascular se sustenta em intervenções que promovam um estilo de vida saudável e tratamento farmacológico. Quanto maior o risco cardiovascular, maior é a intensidade das intervenções preventivas.

A identificação de fatores de risco cardiovascular comportamentais deve ser considerada em todos os adultos com idade ≥ 18 anos. A avaliação do risco vascular deve ser considerada em todos os indivíduos com idade ≥ 40 anos.

QUADRO 1: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

Sexo Masculino;
Idade: Homens > 55 anos e Mulheres > 65 anos;
DCV prematura em parentes 1º grau: Homens < 55 anos e Mulheres < 65 anos;
Tabagismo;
Dislipidemia;
Diabetes Mellitus;
IMC > ou igual a 30,
Pessoas negras, principalmente mulheres.

QUADRO 2: LESÕES EM ÓRGÃOS ALVO (LOA)

Hipertrofia ventrículo esquerdo;
Doença Renal nível 3:

TFG: 30-60mg/min/1,72m²;
Albuminúria entre 30-300mg/24h.

Rigidez arterial (ITB > 0,90; Espessura carodídea >0,9).

Retinopatia Hipertensiva (Grau I e II).

QUADRO 3 : DCV ESTABELECIDADA

Doenças cerebrovasculares: AVC isquêmico, hemorrágico, transitório;
Doenças cardiovasculares: Angina, IAM, Insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, doença arterial periférica sintomática, aneurisma abdominal, ulcerações membros inferiores, retinopatia Grau III e IV;
Doenças Renais:
DR nível 4 ou mais: TFG: 30mg/min/1,73m²;
Albuminúria, creatinúria: 300mg/g.

5.3 Avaliação da pessoa com HAS pela Equipe Interprofissional:

5.3.4 Estratificação de Risco Cardiovascular na HAS

Existem diversos escores disponíveis para estimar o risco de doença cardiovascular, seja em tabelas estimativas de risco ou calculadoras disponíveis online. A maioria considera critérios como a idade, gênero, tabagismo, diabetes, níveis de PA e desfechos (AVE/IAM) (RS, 2023; DUNCAN et al., 2022).

A classificação de Framingham é a mais conhecida e utilizada, mas seu uso não é mais recomendado, principalmente por se basear em uma amostra menor, etnia específica e baseada em coorte de 1948 até 1960 (RS, 2023; DUNCAN et al., 2022).

Em 2020, a OMS passou a recomendar a utilização do escore "HEARTS" (OMS, 2020), que calibrou os resultados para a população brasileira (risco basal: composição racial, condições socioeconômicas e ambientais), considera fatores de risco que são possíveis de avaliar na APS, avalia desfechos relevantes (IAM, AVE fatais e não fatais) e é de fácil utilização. O Brasil aderiu, no ano de 2021, a esta estratégia (RS, 2023; DUNCAN et al., 2022; PAHO, 2022).

O cálculo do risco cardiovascular global "HEARTS" dispensa o cálculo de risco nas seguintes condições:

- Alto risco cardiovascular: pessoas com DM2 e com idade ≥ 40 anos.
- Muito alto risco cardiovascular: pessoas com DCV estabelecida; LDL-c ≥ 190 mg/DL ou hipercolesterolemia.

	Fatores de Risco (FR) Lesão em Órgãos-Alvo (LOAs) Doença Cardiovascular (DCV)	PA Elevada PAS: 120-129 mmHg PAD: < 80 mmHg	RCV Global	HAS Estágio I PAS: 130-139 mmHg PAD: 80-89 mmHg	RCV Global	HAS Estágio II PAS: ≥ 140 mmHg PAD: ≥ 90 mmHg	RCV Global
CLASSIFICAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE HAS DE ACORDO COM NÍVEL DE PA, FR, LOAs e DCV	Sem FR	Sem risco adicional	----	----	----	----	----
	1 ou 2 FR	Baixo Risco Estrato 1	< 5%	Risco Moderado Estrato 2	5-9%	Alto Risco Estrato 3	10-19%
	3 ou mais FR	Risco Moderado Estrato 2	5-9%	Alto Risco Estrato 3	10-19%	Alto Risco Estrato 3	10-19%
	DM2 / LOAs	Alto Risco Estrato 3	10-19%	Alto Risco Estrato 3	10-19%	Alto Risco Estrato 3	10-19%
	DCV Estabelecida	Muito Alto Risco Estratos 4 e 5	$\geq 20\%$	Muito Alto Risco Estratos 4 e 5	$\geq 20\%$	Muito Alto Risco Estratos 4 e 5	$\geq 20\%$

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.1 Aspectos Gerais

- Estabilizar os níveis de PA nas pessoas > 60 anos de idade em < 130 x 80 mmHg diminui a mortalidade em 3,8% e 7,3%, em homens e mulheres, respectivamente.
- Para adultos < 60 anos de idade, a meta de tratamento é < 130/80 mmHg.
- A meta para idosos > 60 anos de idade sugerida é de < 130/80 mmHg - se tolerada e se não houver episódios de Hipotensão Arterial (PA < 110/50 mmHg).
- Para Idosos > 60 anos de idade, com grau de fragilidade e/ou comprometimento moderado a severo, a meta sugerida é de < 130/90 mmHg. Individualizar se intolerância e/ou Hipotensão Arterial (PA < 110/50 mmHg).
- Para pessoas com doença cardiovascular, lesão em órgãos-alvo e comorbidades, a meta é de PA < 130/80 mmHg.
- Para pessoas com insuficiência renal crônica, que NÃO estão em diálise, com ou sem DM2, sugere-se uma PA de 110-120/70-80 mmHg - se bem tolerada.
- A combinação de dois fármacos em baixa dosagem é a estratégia inicial recomendada para as pessoas com risco moderado, alto e muito alto de doença cardiovascular.

CLASSIFICAÇÃO DA PA - APRAZAMENTO PARA ADULTOS ≥ 18 ANOS

CLASSIFICAÇÃO	PAS	PAD	APRAZAMENTO	PROFISSIONAL
PA Normal	< 120	< 80	3 anos sem FRCV; Anual (se FRCV); Orientações sobre MEV.	EI - ENF
PA Elevada	120-129	< 80	3 anos sem FRCV; Anual (se FRCV); Orientações sobre MEV.	EI - ENF
HAS Estágio I	130-139	80-89	Automedicação da PA; Se baixo ou moderado risco (estrato 2): anual e MEV; Se alto risco (estrato 3) : Terapia dupla e MEV trimestral. Se muito alto risco (estrato 4 e 5): terapia dupla trimestral.	Se baixo ou moderado risco: ENF - MFC (intercalado). Se alto e muito alto risco: EI - MFC. ODO anual. OFT anual.
HAS Estágio II	≥ 140	≥ 90	Automedicação da PA; Se baixo ou moderado risco (estrato 2): anual e MEV; Se alto risco (estrato 3): terapia dupla e MEV trimestral. Se muito alto risco (estrato 4 e 5): terapia dupla trimestral.	Se baixo ou moderado risco: ENF - MFC (intercalado). Se alto e muito alto risco: EI - MFC. ODO anual. OFT anual.

Legenda: EI (Equipe Interprofissional); ENF (Enfermeiro); FRCV (Fatores de Risco Cardiovascular); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); MEV (Mudanças de Estilo de Vida); MFC (Médico de Família e Comunidade); PA (Pressão Arterial); PAD (Pressão Arterial Diastólica); PAS (Pressão Arterial Sistólica); ODO (Odontólogo); OFT (Oftalmologista).

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.2 Anti-Hipertensivos

MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA ESCOLHA

CLASSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA Dose diária usual/Frequência	VIA DE ADM	PARAEFEITOS	PRÓS	DISPONÍVEL NO SUS?	COMENTÁRIOS ADICIONAIS
Diurético Tiazídicos e similares	Hidroclorotiazida	12,5 - 50 mg 1x/dia	V.O. Comprimidos de 12,5 e 25 mg	Cãimbra, hipovolemia, fraqueza, disfunção erétil, hipopotasemia e hipomagnesemia, aumento à tolerância à glicose, Aumento de Ácido úrico.	Baixo custo; Pode ser combinada com outras drogas.	Sim	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva.
	Clortalidona	12,5 - 25 mg 1x/dia	V.O.		Maior meia vida que HCTZ; Redução comprovada de DCV.	Não	Doses mais elevadas dos tiazídicos e similares aumentam o efeito diurético sem adicionar ação anti-hipertensiva. Maior meia vida que HCTZ; Redução comprovada de DCV.
	Indapamida	1,25 - 2,5 mg 1x/dia	V.O.		Não	Maior meia vida que HCTZ; Redução comprovada de DCV.	
IECA (Inibidores da enzima conversora da Angiotensina I)	Maleato de Enalapril	5 - 40 mg / 1-2x/dia	V.O. Comprimidos de 5,10 ou 20 mg	Tosse, hipotensão, angio edema; Contraindicado na gravidez, evitar uso em mulheres em idade fértil; Não usar associado com BRA; Não utilizar em pessoas negras.	Uma ou duas doses por dia; Metabolismo longo mais longo do que o Captopril; Não há diminuição da absorção quando tomado junto com alimentação.	Sim	Benefício cardiovascular: Redução de eventos e mortalidade cardiovascular; Possíveis propriedades antiateroscleróticas; Retardo do décimo da função renal, principalmente em pessoas com DM2, doença renal.
	Lisinopril	10 - 40 mg /1x/dia	V.O.		Dose única	Não	A grande vantagem destes “novos” medicamentos é que são dose única.
	Ramipril	2,5 - 20 mg / 1- 2x/dia	V.O.				
	Pirindopril	1 - 4 mg / 1x/dia	V.O.				
BRA (Bloqueadores do receptores AT1 da angiotensina II)	Losartana	50 - 100 mg / 1 - 2x/dia	V.O. Comprimidos de 50 mg	Tontura, cansaço, dor de cabeça, alteração dos batimentos cardíacos, dificuldade para respirar, hipoglicemia e vertigens.	Um ou duas doses por dia.	Sim	Contraindicado na gravidez; Evitar uso em mulheres em idade fértil; Não usar associado com IECA.
	Valsartan	80 - 320 mg / 1x/dia	V.O.		Dose única	Não	
	Candesartan	8 - 32 mg / 1x/dia					
	Olmesartan	20 - 40 mg / 1x/dia					
BCC Bloqueadores Canal de Cálcio Diidropiridínicos	Anlodipino	2,5 - 10 mg / 1x/dia	V.O.	Edema MMII, Hiperplasia gengival.	Dose única	Sim	Utilize preferencialmente este BCC para tratamento da HAS; Não usar quando IC com fração de ejeção reduzida.
	Nifedipina	10 - 60 mg / 2 - 3x/dia	V.O.	Bradycardia, náusea e constipação. Edema MMII, Hiperplasia gengival.	2 a 3x por dia	Sim	No SUS, só há a apresentação de 10 mg de curta duração, por isso exige 2 a 3x ao dia.

MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.2 Anti-Hipertensivos

MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA ESCOLHA(continuação)

CLASSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA Dose diária usual / Frequência	VIA DE ADM	PAREFEITOS	PRÓS	DISPONÍVEL NO SUS?	COMENTÁRIOS ADICIONAIS
BCC Bloqueadores Canal de Cálcio Não Diidropiridínicos	Cloridrato de Verapamil	120 - 360 mg 1 - 2x/dia	V.O.	Bradicardia, náusea e constipação.		Sim	Evitar uso em pessoas com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.
	Cloridrato de Diltiazem	80 - 240 mg 1 - 2x/dia	V.O.			Sim	Evitar associação com betabloqueador e em pessoas com bradicardia.

MEDICAMENTOS DE SEGUNDA ESCOLHA

CLASSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA Dose diária usual / Frequência	VIA DE ADM	PAREFEITOS	PRÓS	DISPONÍVEL NO SUS?	COMENTÁRIOS ADICIONAIS
Betabloqueadores Cardio seletivos	Tartarato de Metoprolol	50 - 200 mg / 1 - 2x/dia	V.O.	Asma, bradicardia, fadiga, intolerância ao exercício, piora de depressão, problemas de memória.		Sim	Betabloqueadores só em condições específicas e, em geral, em combinações com outros fármacos: IC, pós IAM, angina, controle da FC, mulheres jovens com potencial de engravidar.
	Carvedilol Atenolol	12,5 mg / 1 - 2x/dia					
Betabloqueadores Não Cardio seletivos	Propranolol	80 - 320					
Diurético de Alça	Furosemida	20 - 80 mg / 1 - 2x/dia	V.O.	Hipovolemia, hipocalemia e hiperuricemia.		Sim	Geralmente é utilizada quando não há resposta ao esquema inicial e precisa iniciar um quarto medicamento.
Diurético Poupadores de Potássio	Espironolactona	25 - 100 mg / 1 - 2x/dia		Hiperpotassemia, principalmente se associada à IECA ou BRA.			

Referência(s): MANCIA et al., 2023; WHELTON et al., 2023; CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2020; SBC, 2020.

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.2 Anti-Hipertensivos

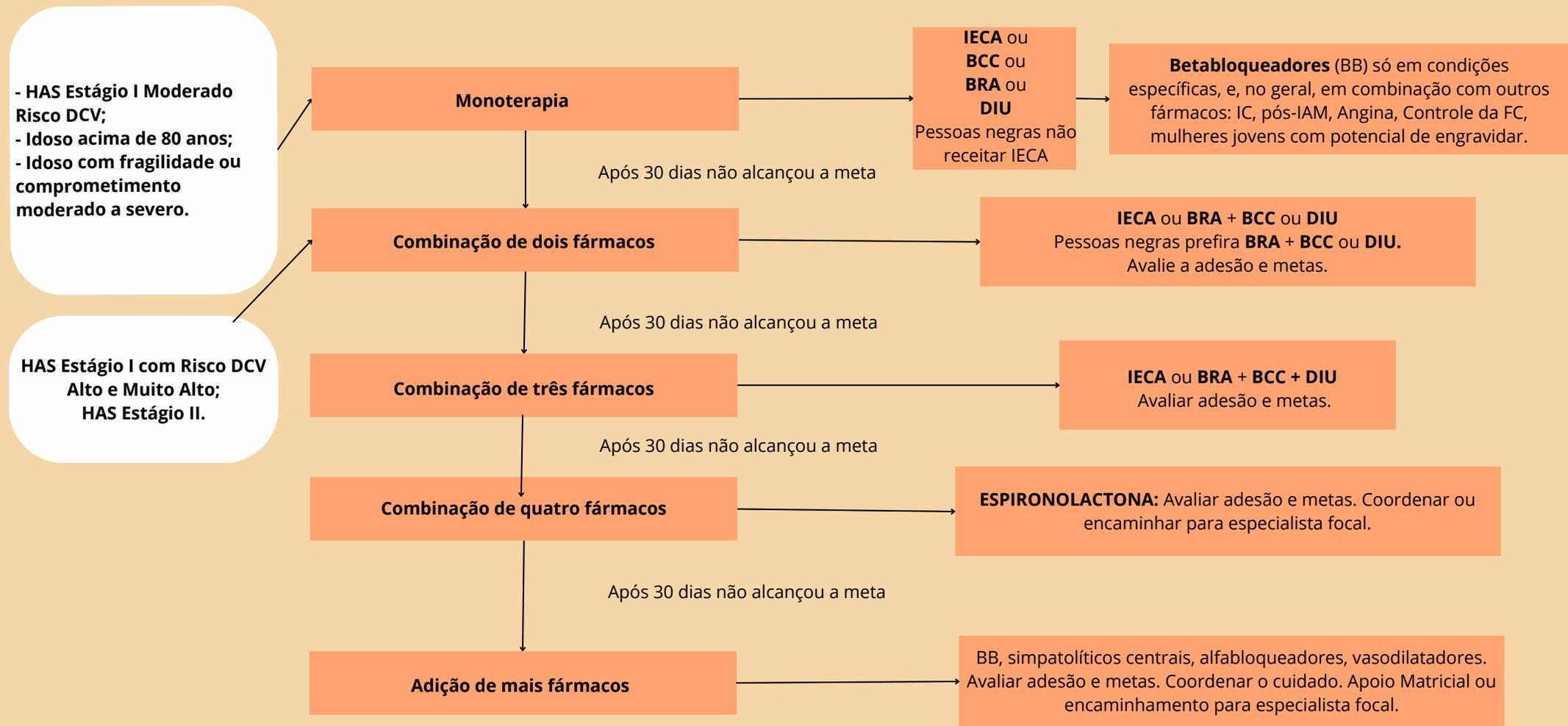
MEDICAMENTOS USADOS EM CRISE HIPERTENSIVA

SITUAÇÃO CLÍNICA	CLASSE DE MEDICAMENTO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA DOSE	VIA DE ADM	PAREFEITOS	PRÓS	DISPONÍVEL NO SUS?	COMENTÁRIOS ADICIONAIS
Pseudocrise Hipertensiva				V.O.			Sim	Colocar a pessoa em repouso, ambiente calmo, tto. Somente com analgésicos ou ansiolíticos.
UH Urgência Hipertensiva	Inibidores da ECA	Captopril	25 - 50 mg na UH; Pico máximo de ação em 60 - 90 min.	V.O.	Meia vida curta; Tosse seca 9 5 - 20%; Piora da insuficiência renal no início do tto; Hiperpotassemia em pessoas com IRC e DM2, Hipotensão, angioedema. Hipotensão.	Bom tolerado Benefício cardiovascular; Redução de eventos e mortalidade cardiovascular; Possíveis propriedades antiaterosclerótica; Retardo do declínio da função renal, principalmente em pessoas com DM2 e Doença renal.	Sim	RENAME recomenda o uso do CAPTOPRIL somente para Urgência Hipertensiva.
		Agonista Alfa-2 Adrenérgico	Clonidina					0,100 - 0,200 mg Pico máximo de ação em 30 - 60 min.
EH Emergência Hipertensiva		Nitroprussiato de Sódio	0,25 - 10 mg/kg/min/EV	Infusão Contínua E.V.	Intoxicação por cianeto, hipotensão grave, náuseas e vômitos. Observar o uso na presença de IRC Hepática ou pressão intracraniana.	Utilizado na maioria das emergências hipertensivas.	Sim	As Emergências Hipertensivas apresentam risco iminente de morte, já que apresentam LOAs aguda e progressiva (DCV, neurológicas ou renais). Tratamento imediato é feito preferencialmente em UTI.
		Nitroglicerina	5 - 15 mg/h	Infusão Contínua E.V.	Cefaleia, taquicardia reflexa, flushing.	Utilizado na EH, preferencialmente na Insuficiência Coronariana, IVE + EAP.		
		Hidralazina	10 - 20 mg	E.V.	Taquicardia, cefaleia, vômitos, piora de angina ou IAM.	Utilizado na Eclampsia.		
		Furosemida	20 - 60 mg (Repetir em 30 min)	E.V.	Hipopotassemia.	Utilizado na EH com IVE+EAP e situações de hipervolemia.		

Referência(s): MANCIA et al., 2023; WHELTON et al., 2023; CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2020; SBC, 2020.

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.3 Fluxograma Geral do Tratamento Medicamentoso ([ver pg. 135](#))



AÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE IRÃO FORTALECER A ADESÃO

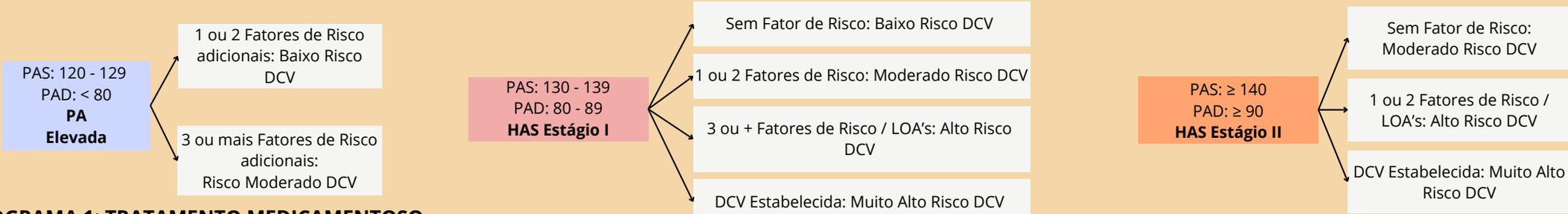
- Informar os níveis de PA para a pessoa hipertensa;
- Estimular a automedicação da PA no domicílio;
- Elaborar um plano de cuidados em conjunto;
- Monitorar em conjunto as metas de mudança de estilo de vida e o uso de medicação.

Legenda: BB (Betabloqueadores); BCC (Bloqueadores dos Canais de Cálcio); BRA (Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II); DCV (Doença Cardiovascular); DIU (Diuréticos); FC (Frequência Cardíaca); IAM (Infarto Agudo do Miocárdio); IECA (Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina); IC (Insuficiência Cardíaca); PA (Pressão Arterial).

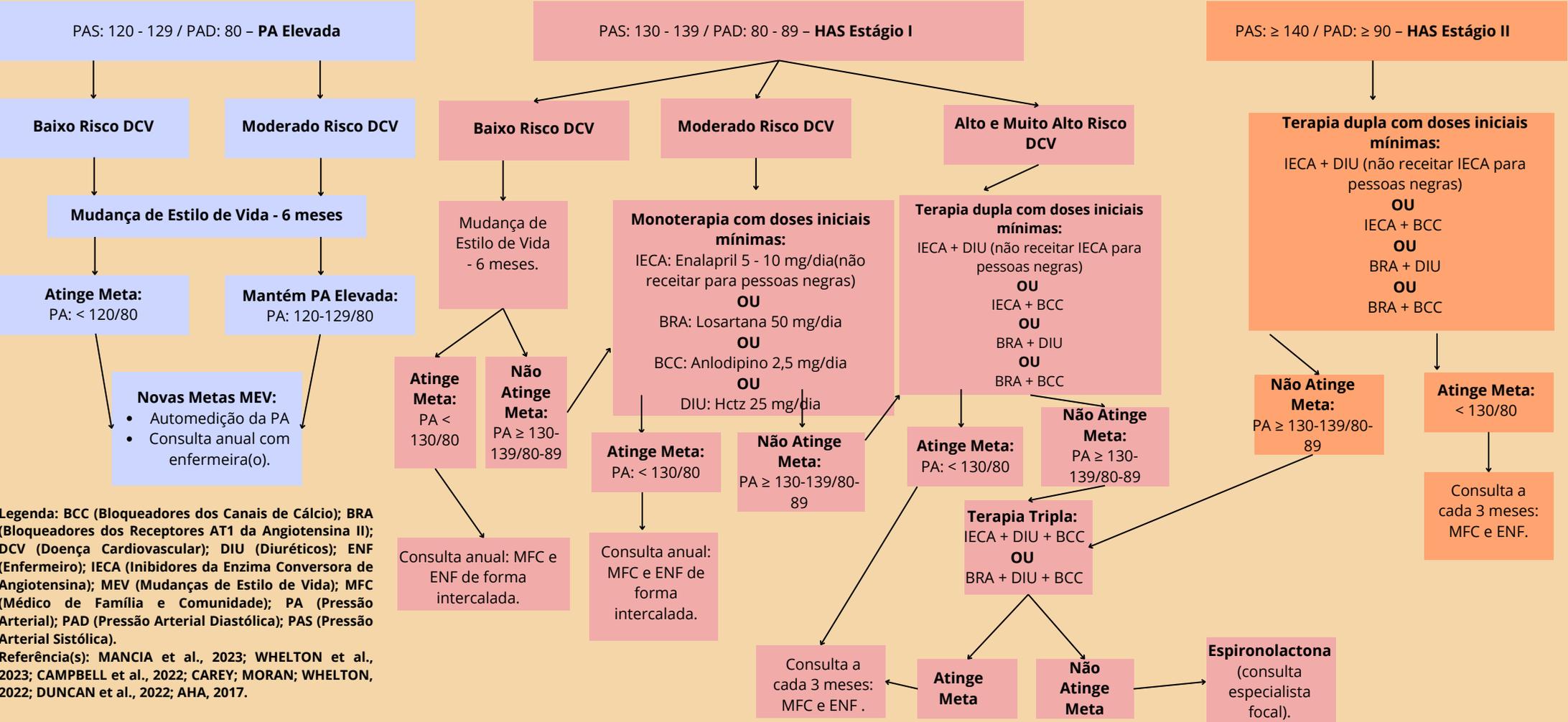
Referência(s): CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2017.

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.4 Tratamento medicamentoso (ver pg. 135) de pessoas com HAS ≥ 18 anos de idade conforme risco cardiovascular



FLUXOGRAMA 1: TRATAMENTO MEDICAMENTOSO



Legenda: BCC (Bloqueadores dos Canais de Cálcio); BRA (Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II); DCV (Doença Cardiovascular); DIU (Diuréticos); ENF (Enfermeiro); IECA (Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina); MEV (Mudanças de Estilo de Vida); MFC (Médico de Família e Comunidade); PA (Pressão Arterial); PAD (Pressão Arterial Diastólica); PAS (Pressão Arterial Sistólica).

Referência(s): MANCIA et al., 2023; WHELTON et al., 2023; CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2017.

5.4. Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.5 Pessoas idosas com fragilidade leve, moderada e severa ≥ 65 anos de idade

Existe relação direta e linear da PA com a idade. 60% das pessoas com mais de 65 anos são portadoras de HAS.

Na população idosa (acima de 65 anos) é o principal fator de risco modificável para morbidade e mortalidade cardiovascular.

HAS é fator de risco modificável para declínio cognitivo, demência e perda de funcionalidade (SBC, 2020).

A Pressão Arterial Sistólica (PAS) tende a aumentar durante toda a vida. Já a Pressão Arterial Diastólica (PAD) aumenta até os 50 anos, estabiliza entre os 50 - 60 anos e diminui posteriormente. Nos idosos, a PA é determinada pela rigidez dos grandes vasos arteriais.

De forma geral, há variabilidade pressórica no idoso, o que pode levar a uma medida de PA inexata. Sugere-se automedicação e até MRPA se os valores de PA forem muito variáveis.

O tratamento está associado mais À CONDIÇÃO FUNCIONAL GLOBAL DO QUE À IDADE. Avaliar o COMPROMETIMENTO OU FRAGILIDADE DO IDOSO é fundamental para estabelecer o tratamento mais adequado.

O tratamento previne eventos vasculares, morte e declínio cognitivo em idades avançadas (acima de 80 anos).

A perda de peso e de reservas orgânicas nas idades avançadas podem estar associadas à diminuição gradativa da desintensificação do tratamento.

Em Idosos com fragilidade leve a moderada, sugere-se como meta a PA < 130/80, se bem tolerada (DUNCAN et al., 2022; SBC, 2020).

Idosos com fragilidade ou comprometimento severo devem ser avaliados caso a caso, alertando que o controle adequado da PA influencia a trajetória da fragilidade.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- Iniciar com monoterapia em dosagens mínimas. Aumentar gradualmente a cada duas semanas se não atingir meta estabelecida. Medicações de escolha: DIU, BCC, IECA ou BRA;
- Iniciar com terapia dupla com dosagem mínima e aumentar de forma gradual se não atingir a meta estabelecida;
- Utilizar beta bloqueador somente se houver Insuficiência Cardíaca ou Insuficiência coronariana aguda,
- O risco de queda aumenta nas primeiras semanas com tratamento de DIU ou no primeiro dia com os demais anti-hipertensivos.

Referência(s): MANCIA et al., 2023; WHELTON et al., 2023; CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2020; FUCHS; WHELTON, 2020; SBC, 2020; AHA, 2017.

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA E PÓS PRANDIAL

- As variações de volume interferem significativamente na variação da PA dos idosos;
- Em torno de 20% dos idosos apresentam hipotensão ortostática e 30% hipotensão pós prandial, o que exige monitoramento cuidadoso;
- As medidas não medicamentosas são a melhor opção para lidar com a hipotensão ortostática (hidratação adequada, dieta normossódica, mudança lenta de decúbito, elevação da cabeceira, uso de meias elásticas);
- Na hipotensão pós prandial evitar refeições copiosas, grande consumo de carboidratos e de álcool. Evitar fazer exercícios após as refeições;
- Revisar a medicação em uso, reduzindo a poli farmácia.

5.4 Tratamento Medicamentoso na HAS:

5.4.6 Urgência e Emergência Hipertensiva

Os termos urgência e emergência hipertensiva são uma classificação operacional da crise hipertensiva (AHA, 2020; SBC, 2020). Recentemente, Fuchs e colaboradores (2023) argumentam a necessidade de abandonar o diagnóstico de emergência hipertensiva pelos seguintes motivos: a) Equívocos atribuídos à PA elevada nas emergências; b) Ausência de ensaios clínicos com desfechos cardiovasculares em pessoas em emergência hipertensiva (não há evidências que baixar a PA em curto período de tempo previne eventos cardiovasculares maiores); c) Oferta sistematizada e qualificada de diretrizes e protocolos direcionados, considerando o sistema ou órgão alvo acometido (FUCHS et al., 2023). Optamos por seguir as orientações dos protocolos citados.

URGÊNCIA HIPERTENSIVA (UH):

- São situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (PAS \geq 180 / PAD \geq 120).
- Não há lesão aguda e progressiva em órgãos-alvo (LOA) e nem risco iminente de morte.

MANEJO:

- Anamnese e exame físico direcionado com objetivo de diferenciar se trata-se de uma UH, EH ou PCH;
- Checar uso de medicamentos hipertensivos, comorbidades e substâncias que aumentam a PA (*Ecstasy*, cocaína e *crack*);
- Solicitar exames laboratoriais, eletrocardiograma e radiografia de tórax;
- Tratamento medicamentoso: Captopril VO 25 - 50 mg ou Clonidina VO 0,100 mg - 0,200 mg;
- **Não usar Nifedipina**, já que provoca reduções muito rápidas da PA;
- Encaminhar para tratamento ambulatorial precoce.

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA (EH):

- São situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA: PAS \geq 180 / PAD \geq 120.
- Há LOA aguda e progressiva e risco iminente de morte, edema agudo de pulmão, AVC, DAC / IAM.
- A gravidade da condição clínica não é determinada pelo nível absoluto de PA, mas pela magnitude e tempo de elevação.

MANEJO:

- Anamnese e exame físico direcionado;
- Objetiva redução rápida da PA, para evitar progressão de LOA's. Geralmente vão para UTI e fazem uso de medicação parenteral, que é monitorada para evitar hipotensão;
- Tratamento medicamentoso parenteral: Nitroprussiato de Sódio para a maioria das emergências hipertensivas;
- **(* AS EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS DEVEM SER ABORDADAS CONSIDERANDO O SISTEMA OU ÓRGÃO ALVO ACOMETIDO:**
- Cerebrovasculares: dissecação aguda da aorta, edema agudo de pulmão (25% das emergências hipertensivas), síndromes coronarianas agudas;
- Renais / comprometimento de múltiplos órgãos: hipertensão acelerada maligna, hipertensão de múltiplos danos aos órgãos alvo.

PSEUDO CRISE HIPERTENSIVA (PCH):

- São situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA, mas as pessoas estão oligo ou assintomáticas.
- Não há lesão aguda ou progressiva em órgãos-alvo (LOA), nem risco iminente de morte.
- Elevação da PA por evento emocional, doloroso, síndrome do pânico, enxaqueca, cefaleias vasculares e de origem neuromuscular.

MANEJO:

- Anamnese e exame físico direcionados para identificar fator desencadeante do aumento da PA;
- Preferencialmente, a pessoa deve permanecer em repouso e, se necessário, utilizar analgésicos e/ou tranquilizantes.

5.5 HAS e Dislipidemia Associada:

HAS e dislipidemia são importantes fatores de risco para DCV. A interação destas duas comorbidades é mais nociva do que cada uma separadamente.

Existe influência entre as comorbidades tanto a nível pressórico quanto inflamatório, pois ambas geram estresse oxidativo acelerando o processo de aterosclerose (FEIO et al., 2020).

O tratamento das dislipidemias pode reduzir a pressão arterial, atenuar a disfunção endotelial da aterosclerose e diminuir o dano renal, assim como o tratamento da hipertensão arterial pode modificar o perfil lipídico e a aterosclerose induzida pela hiperlipidemia.

A atividade física ([ver pg. 60](#)) e mudanças na alimentação ([ver pg. 55](#)) são as principais mudanças no estilo de vida que devem ser estimuladas para melhores resultados na estabilização dos níveis de PA e do perfil lipídico.

O tratamento simultâneo da HAS e das dislipidemias é fundamental para “frear essa nociva combinação” (FEIO et al., 2020).

Prevenção secundária para eventos cardiovasculares com AAS 75-162mg/dia deve ser instituída para pessoas com alto e muito alto risco cardiovascular.

O tratamento da dislipidemia é orientado conforme estratificação de risco.

METAS TERAPÊUTICAS CONFORME RISCO CARDIOVASCULAR EM PESSOAS COM HAS

CATEGORIA DE RISCO	USO DE ESTATINAS	ESTATINA - DOSAGEM	METAS (mg/dL)		
			LDL-c	HDL	COLESTEROL
BAIXO/ESTRATO 1	Estatina de moderada potência *	Sinvastatina 20 - 40 mg/dia Atorvastatina 10 - 20 mg/dia	< 100	> 40	< 130
MODERADO RISCO DCV/ESTRATO 2	Estatina de moderada potência	Sinvastatina 20 - 40 mg/dia Atorvastatina 10 - 20 mg/dia	< 100	> 40	< 130
ALTO RISCO DCV /ESTRATO 3	Estatina de alta potência	Atorvastatina 40 - 80 mg	<70	> 40	< 100
MUITO ALTO RISCO DCV/ESTRATO 4, 5	Estatina de alta potência	Atorvastatina 40 - 80 mg	< 55	> 40	< 80

(*) A ADA (2024 / 2023) refere nível de evidência A para o uso de estatina de moderada potência para pessoas de 40-75 anos de baixo risco de DCV. A US Preventive Task Force (2023) sugere com moderada certeza o uso de estatinas para a população de baixo risco e sem DCV. Os protocolos citados não recomendam o uso de estatinas para prevenção primária de DCV para pessoas acima de 75 anos.

(**) Em cor **AZUL** são os medicamentos disponíveis no SUS e na Farmácia Popular.

Referência(s): MANCIA et al., 2023; WHELTON et al., 2023; CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2020; FUCHS; WHELTON, 2020; SBC, 2020.

5.5 HAS e Dislipidemia Associadas:

A HIPERTRIGLICEREMIA deve ser tratada com mudanças dietéticas, perda de peso e restrição do álcool.

Em pessoas com HAS e triglicerídeos entre 400 e 800 mg/dL associar fibratos e estatinas.

Para Hipertrigliceridemia grave (acima de 800 mg/dL) é recomendado o uso de fibratos, além de restrição de gorduras e carboidratos para prevenção de pancreatite aguda.

Em pessoas com **HAS** e **ALTO RISCO CARDIOVASCULAR** com triglicerídeos > que 200 associado à HDL-colesterol < 34, a combinação de fibrato e estatina **PODE SER CONSIDERADA** para redução do risco de DCV.

HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

confere 20x mais risco para desenvolvimento de doença aterosclerótica prematura

CRITÉRIOS PARA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR:

Pessoas jovens com colesterol total > 260

OU

Colesterol LDL > 155 mg/dL em crianças < 16 anos

OU

Colesterol total > 290 mg/dL

OU

Colesterol LDL > 190 mg/dL em adultos.

OU

HF de infarto < que 60 anos (primeiro grau)

OU

HF de colesterol total > 290 mg/dL em familiar adulto de primeiro ou segundo grau

OU

> 260 mg/dL em filho/irmão com idade < 16 anos

VALORES TRIGLICERÍDEOS

NORMAL: Abaixo de 150 mg/dL

MODERADO: Entre 150 e 199 mg/dL

ALTO: Entre 200 e 499 mg/dL

MUITO ALTO: Maior ou igual a 500 mg/dL

Referência(s): MANCIA et al., 2023; WHELTON et al., 2023; CAMPBELL et al., 2022; CAREY; MORAN; WHELTON, 2022; DUNCAN et al., 2022; AHA, 2020; FEIO et al., 2020; FUCHS; WHELTON, 2020; SBC, 2020.

5.6 Saúde Bucal e HAS:

Estudos recentes ratificam uma potencial associação bidirecional de patologias bucais com Condições Crônicas (CC). As evidências disponíveis apoiam que pessoas portadoras de CC têm maior prevalência de doenças bucais, particularmente aquelas com capacidade limitada de autocuidado bucal (BOTELHO et al., 2022).

A periodontite está independentemente associada a doenças cardiovasculares, diabetes, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), apneia obstrutiva do sono e complicações da COVID-19 (HERRERA et al., 2023).

Uma grande revisão (BOTELHO et al., 2022), que reuniu 293 revisões sistemáticas com meta-análises, avaliou a força e validade da evidência para a associação entre saúde bucal e saúde sistêmica. Vinte e oito DCNT foram fortemente associadas a doenças bucais, dentre as quais cinco tipos de câncer, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, depressão, doenças neurodegenerativas, doenças reumáticas, doença inflamatória intestinal, Helicobacter pylori, obesidade e asma.

A equipe de saúde bucal (Odontólogos e Técnicos de Saúde Bucal) na APS devem colaborar na gestão das condições crônicas (CC), implementando estratégias para detecção precoce de periodontite e de doenças cardiovasculares ou diabetes em ambientes odontológicos. A equipe de saúde deve ser informada sobre as doenças periodontais e suas consequências, bem como dos fatores de risco em comum. Acesso facilitado para o cuidado odontológico das pessoas com DM e HAS deve ser considerado pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB).

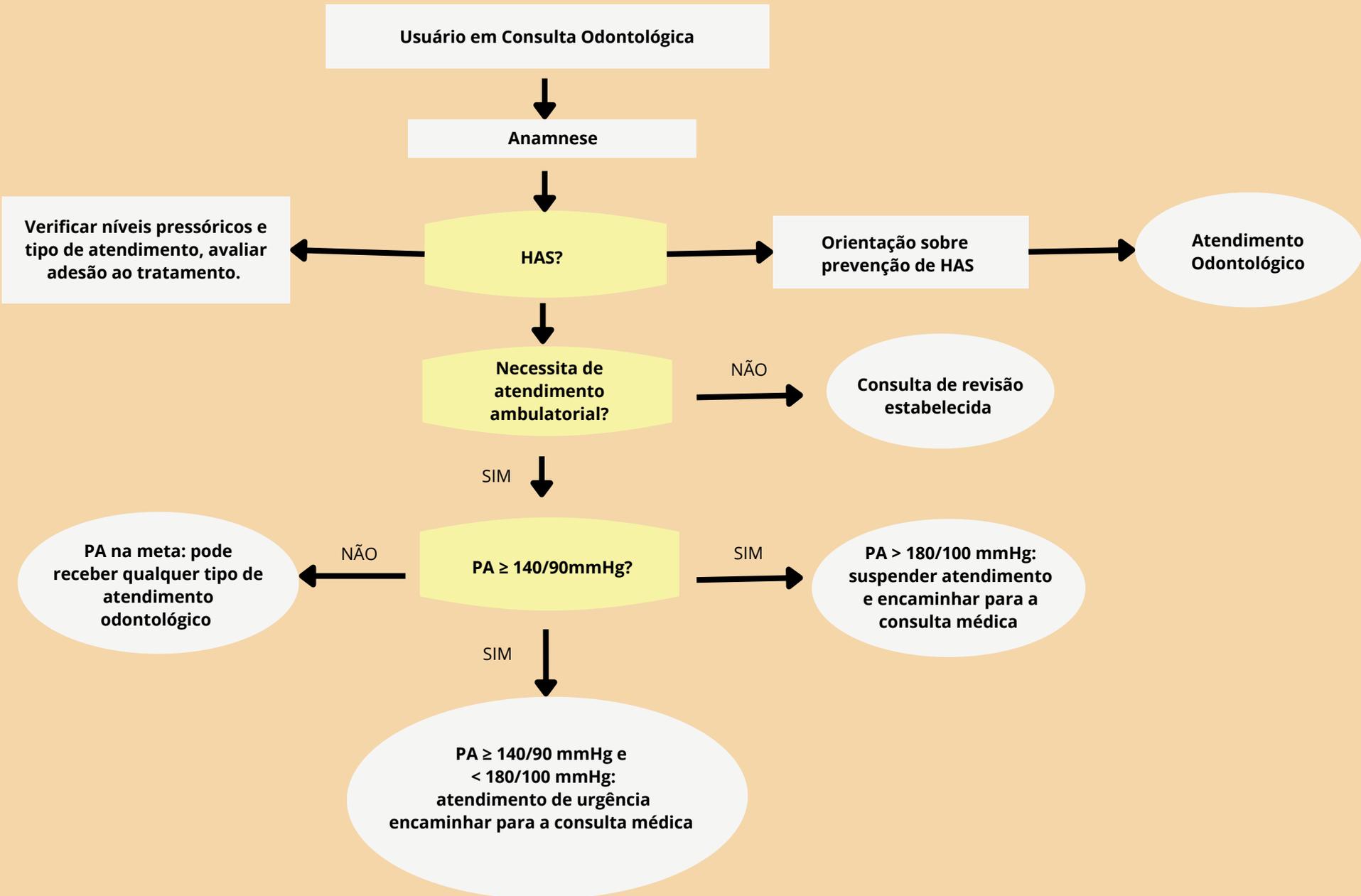


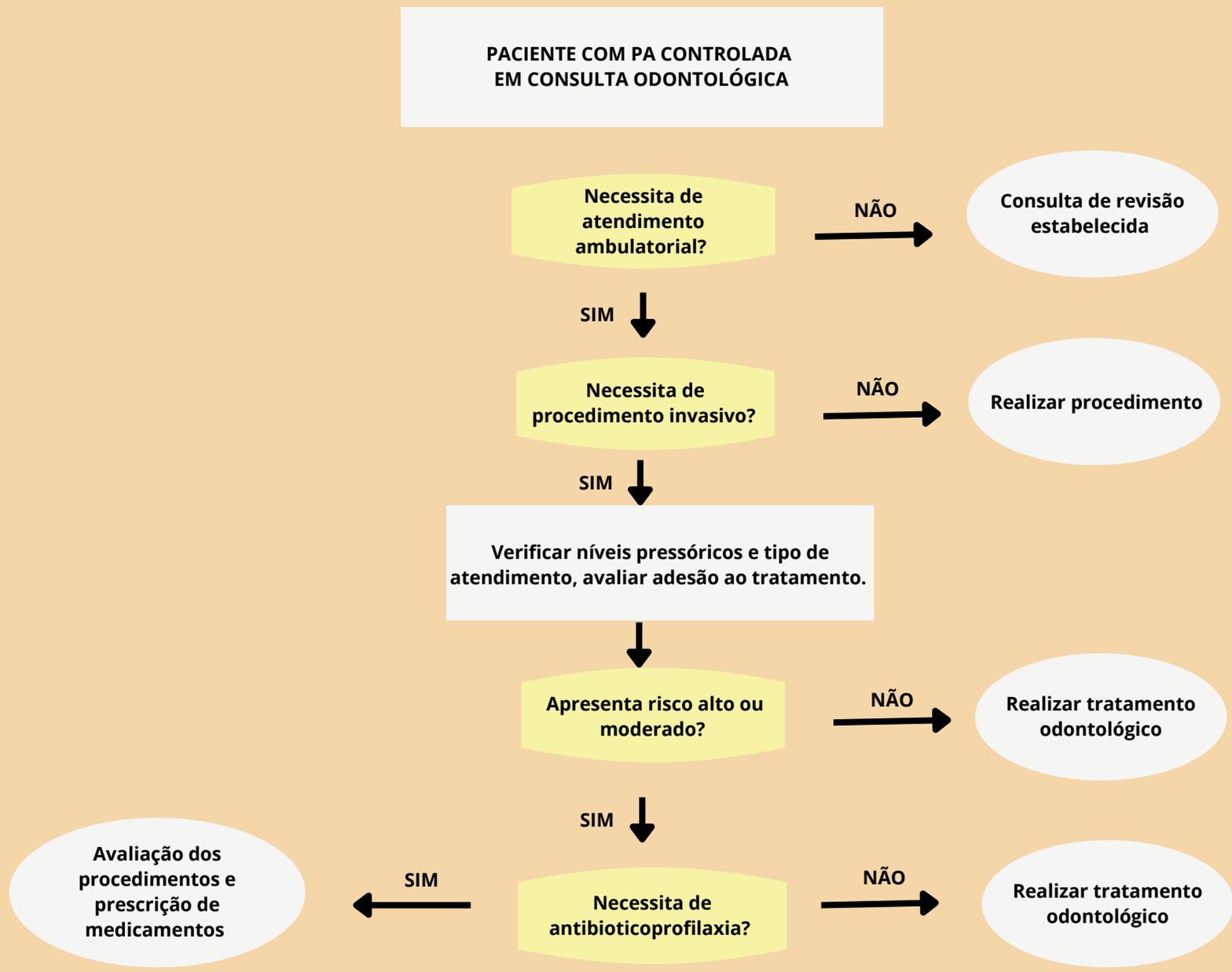
Recomenda-se que os usuários com diabetes e hipertensão sejam encaminhados para avaliação e cuidado odontológico, ao menos uma vez por ano, pois as infecções e condições inflamatórias agudas e crônicas podem prejudicar o controle dessas condições.

A equipe de saúde bucal deve promover a educação permanente dos profissionais da Unidade de Saúde, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de forma que todos estejam atentos à saúde bucal das pessoas com DM e HAS.

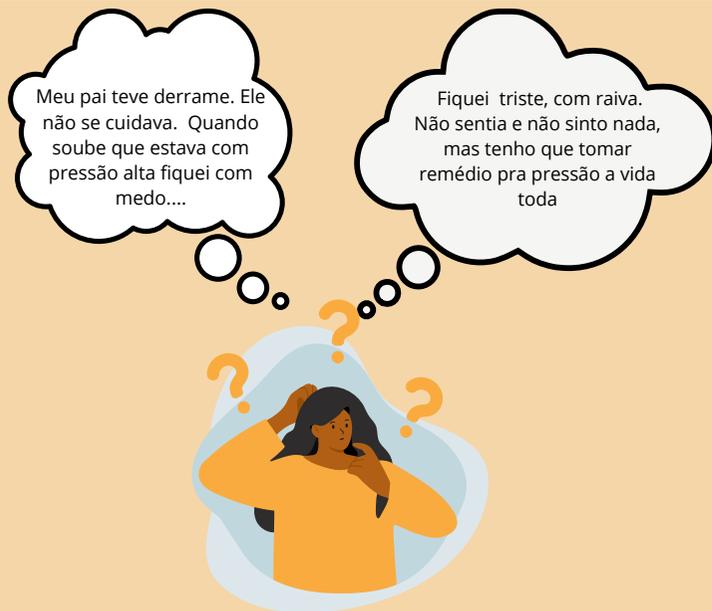
Ações individuais e/ou coletivas desenvolvidas pela equipe da APS e voltadas as pessoas com DM e HAS devem incluir orientações sobre a realização adequada da higiene bucal e alimentação saudável, de forma a prevenir a cárie e, principalmente, a doença periodontal.

HAS - Orientação para Consulta Odontológica





5.7 Saúde Mental e HAS:



Evidências sugerem haver uma relação bidirecional entre Saúde Mental e Condições Crônicas. (ZHANG et al., 2021) As pessoas em sofrimento psíquico têm o estilo de vida e o status socioeconômico afetado, o que, por sua vez, podem mediar o risco de condições crônicas subsequentes (MOMEN et al., 2020).

A presença de multimorbidade aumenta o risco de problemas de saúde mental. Pessoas com baixa condição sócio-econômica têm maior número de comorbidades e uma proporção maior de problemas de saúde mental associados (MOMEN et al., 2020).

É necessário uma melhor compreensão dos fatores comportamentais, afetivos e cognitivos que interferem no autocuidado das Condições Crônicas. UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA E UMA COMUNICAÇÃO CENTRADA NA PESSOA é associada à melhora do conhecimento a respeito do problema de saúde, maior eficácia no autocuidado, melhora no controle glicêmico, nos níveis de PA e na qualidade de vida (HENDRIECKX et al., 2021).

“O AUTOCUIDADO DAS PESSOAS COM HAS/DM2 exige altos níveis de autoeficácia, resiliência, auto medições, manejo adequado, autonomia e empoderamento. Portanto, não é surpreendente que viver com uma ou mais condições crônicas afete negativamente o bem-estar emocional e a qualidade de vida de muitas pessoas que vivem com essas doenças” (HENDRIECKX et al., 2021).

A condição crônica afeta o bem estar emocional da família e das pessoas que apoiam o autocuidado. O diagnóstico traz incertezas e preocupações de toda ordem. ADAPTAR-SE à nova condição, conhecer, aprender e incorporar mudanças LEVA TEMPO. Nesses processos, sentimentos como angústia, medo, ambivalência, raiva, tristeza, desesperança e culpa fazem parte da caminhada da aceitação.

Em cada encontro com a equipe e/ou com os diferentes profissionais de saúde é fundamental propiciar uma ESCUTA ATIVA da pessoa sobre os seus sentimentos, Ideias, cotidiano / funcionalidade e expectativas sobre HAS/DM2 - utilizar o SIFE (HENDRIECKX et al., 2021; STEWART et al., 2017).

Nesses encontros a pessoa recém diagnosticada, de forma geral, se encontra sobrecarregada com muitas informações e necessidades (HENDRIECKX et al., 2021; STEWART et al., 2017). O profissional de saúde pode identificar quais os problemas que provocam respostas emocionais adicionais (ex: conseguir a medicação, mudança de alimentação, etc) e oferecer apoio para enfrentá-las.



5.7 Saúde Mental e HAS:

- **A jornada de viver com HAS/DM2 é diferente para cada um. A maioria das pessoas precisará do apoio em relação à saúde mental em algum momento.**
- O impacto emocional do diagnóstico de uma condição crônica pode variar bastante. A maioria das pessoas vivenciam uma série de emoções e etapas de um luto relacionadas a esta condição. Após tempo variável, há uma adaptação ou integração do problema de saúde no cotidiano.
- **A persistência de sintomas emocionais que chegam a afetar atividades do dia-a-dia como trabalho, relações afetivas e o cuidado da condição crônica podem indicar que a pessoa esteja desenvolvendo um transtorno de saúde mental.**

- **Ao longo da vida, várias situações podem desencadear sofrimento psíquico que exige apoio da equipe de saúde para lidar com o problema que desencadeou os sintomas (por ex. diagnóstico de mais uma condição crônica, intolerância à medicação, frustração por não conseguir fazer mudanças no estilo de vida, crises do ciclo vital, desemprego, problemas financeiros, etc).**
- ANSIEDADE, DEPRESSÃO são os problemas de saúde mental mais frequentes, nas pessoas com HAS.
- **A depressão como comorbidade piora gradualmente a saúde em comparação com a depressão isoladamente, com qualquer uma das doenças crônicas isoladamente e com qualquer combinação de doenças crônicas sem depressão.**

5.7.1 Apoio para o autocuidado em Saúde Mental e HAS

Incorporar em cada encontro, a escuta sobre os sentimentos e emoções relacionados ao efeito da condição crônica no cotidiano, na vida. Pode ser mediante o uso do SIFE: Como você sente sobre? Qual a sua preocupação sobre...?

Conhecer o cotidiano da pessoa para entender as possibilidades efetivas de cuidado. Como é realizado o cuidado? Qual a rotina? As escolhas estão integradas no cotidiano? Identificar as potencialidades e dificuldades para o autocuidado.

Identificar em que etapa do ciclo vital a pessoa se encontra, com o objetivo de prevenir e identificar possíveis crises próprias de cada etapa, que possam estar afetando o cuidado (MCGOLDRICK; PRETO; CARTER, 2015).

Incluir a família para avaliar as potencialidades e dificuldades de apoio para o autocuidado. Cuidar do cuidador (Escala de Zarit Reduzida).

Identificar a rede de apoio e necessidades psicossociais.

Incentivar e realizar atividades educativas entre pares e de apoio psicossocial. As atividades coletivas entre pares tem maior efetividade nas pessoas com baixa escolaridade, baixa capacidade de autocuidado, baixo engajamento e rede de apoio reduzida (ADA, 2023; HENDRIECKX et al., 2021).

Realizar rastreamento anual dos problemas de saúde mental relacionados a HAS/DM2: Ansiedade, depressão e diabetes distress. Tratar com medicamentos específicos e buscar apoio da psicologia, do serviço social e da psiquiatria, conforme necessidade.

Converse sobre ações que melhoram a Saúde Mental:



Alimente as bactérias boas que vivem no seu intestino;



Faça do sol o seu aliado para produzir serotonina;



Reduza-se para dormir cedo e ter uma noite reparadora;



Exercícios produzem neurotransmissores do bem-estar e desativam os genes que causam transtornos mentais;



A psicoterapia ajudará você a mudar a forma de enxergar e lidar com eventos da vida;



Exercícios de respiração e relaxamento;



Estimule e motive a socialização: conversa com vizinhos, familiares, amigos, grupos;



Inclua atividades e *hobbies* que proporcionam prazer a bem-estar na sua rotina.

5.7 Saúde Mental e HAS:

5.7.2 Ansiedade, Depressão e HAS

ATENÇÃO: Sintomas de hipoglicemia podem ser confundidos com Síndrome do Pânico e vice-versa.

SINTOMAS DA ANSIEDADE

<p>EMOCIONAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impaciência. • Irritabilidade. • Medos irrealistas. • Nervosismo. • Tristeza. 	<p>FISIOLÓGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coração acelerado. • Dor de cabeça e muscular. • Falta de ar. • Formigamento. • Insônia. 
<p>COGNITIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixa concentração. • Indecisão. • Memória fraca. • Pensamentos frequentes. • Pensamentos repetitivos. 	<p>COMPORTAMENTAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agressividade. • Dificuldade para falar. • Fala acelerada. • Impulsividade. • Procrastinação. 

Fonte: Adaptação de imagem de páginas sem fonte autoral (2024).

Sintomas da depressão

<p>Mente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de concentração • Falta de memória • Pensamentos de morte ou suicídio 	<p>Sentimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Culpa • Vazio interior • Pessimismo • Ansiedade • Desesperança
<p>Comportamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda de interesse em atividades antes prazerosas, incluindo sexo. • Inquietação • Irritabilidade • Isolamento 	<p>Corpo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insônia ou excesso de sono • Falta de energia, fadiga • Alteração de apetite • Perda de peso



Fonte: SINDESORTE (2024).

Escuta ativa: Estimule que a pessoa narre seus sentimentos, emoções. Tente identificar e compreender o problema que esta provocando sintomas de ansiedade e/ou depressão. Pode utilizar o SIFE para iniciar a conversa.

Se necessário utilize questionário **GAD 7** para diagnosticar transtorno de ansiedade. Lembre-se: Faz parte dos cuidados de rotina aplicar o GAD-7 anualmente, mesmo que a pessoa não apresente sintomas.

Se necessário utilize questionário **PHQ-9** para diagnosticar transtorno depressivo. Lembre-se: Faz parte dos cuidados de rotina aplicar o PHQ-9 anualmente, mesmo que a pessoa não apresente sintomas.

Se resultado é **ansiedade moderada ou grave**

Se resultado é **ausência ou ansiedade leve**

Se resultado é **ausência ou depressão leve**

Se for **depressão moderada ou grave**

Converse sobre ações que melhoram a saúde mental e construa uma plano conjunto de cuidados

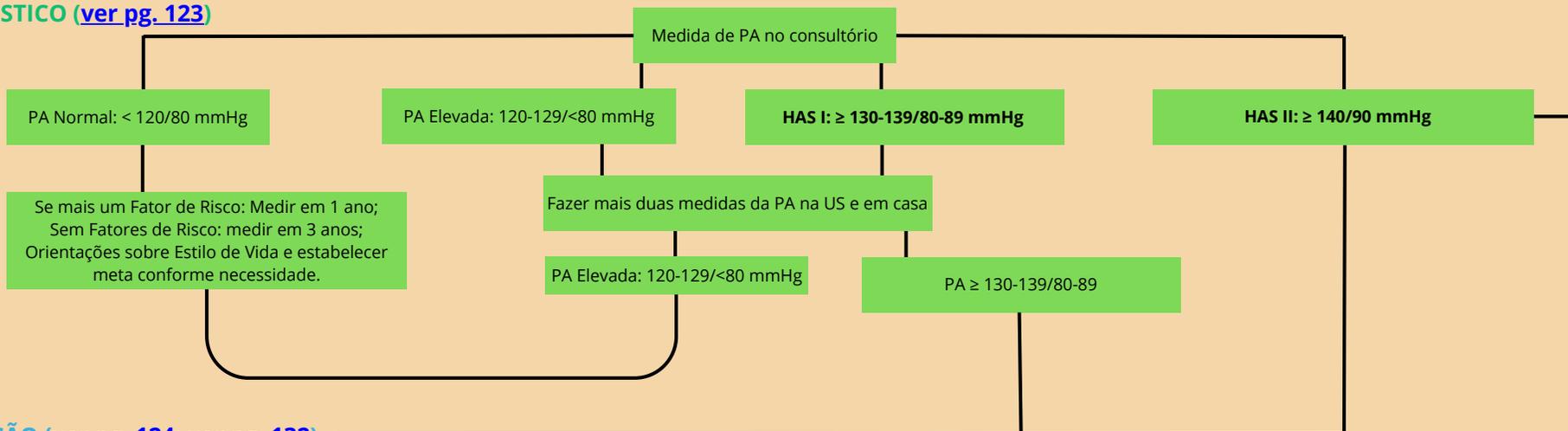
MFC: Tratamento medicamentoso. **Primeira escolha:** Inibidores de recaptção da serotonina. Converse com a pessoa para decidir, em conjunto, o uso de medicação. Evitar uso de benzodiazepínicos, já que causa sedação, tolerância e dependência (se usado mais que 4 semanas), aumento de incidência de queda em idosos, déficit cognitivo, perda de memória.

Acesse o teste GAD-7 em: <https://clinicapsicanalitica.com.br/crise-de-ansiedade/>
 Acesse o teste PHQ-9 em: <http://www.phqscreeners.com>

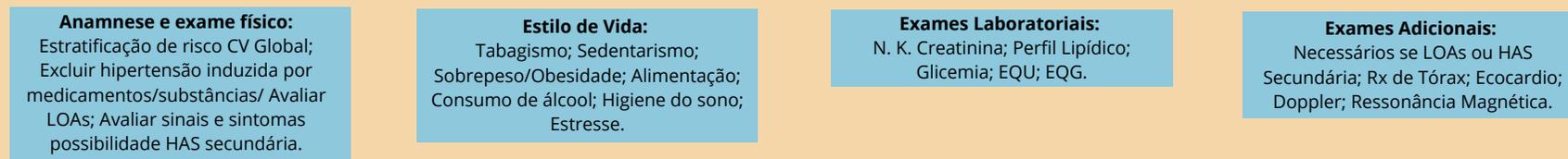



5.8 Síntese do Cuidado da Pessoa com HAS:

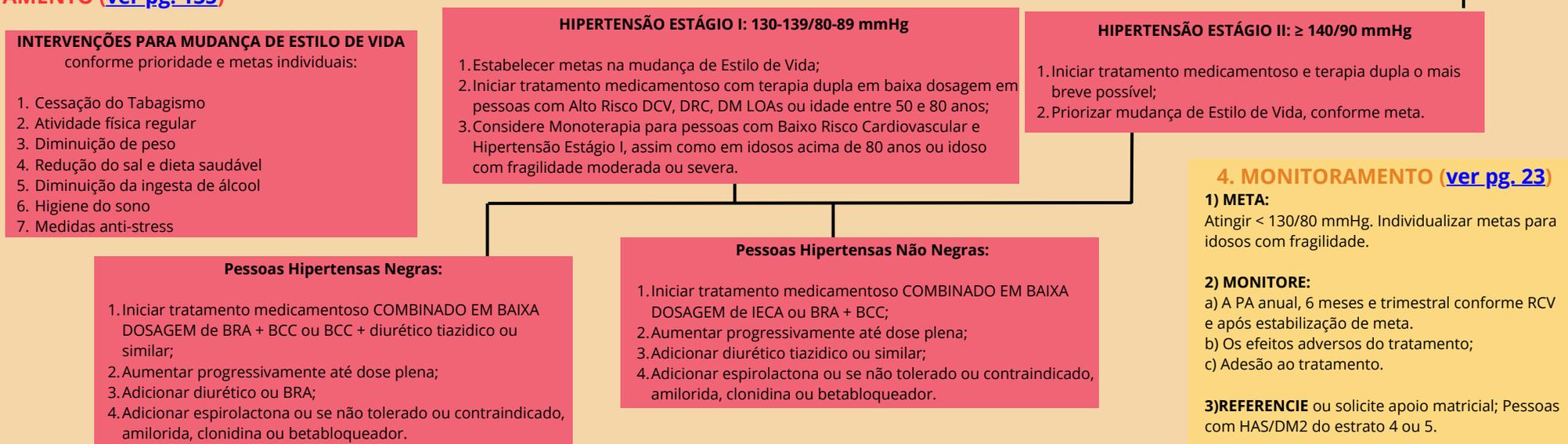
1. DIAGNÓSTICO (ver pg. 123)



2. AVALIAÇÃO (ver pg. 124; ver pg. 132)



3. TRATAMENTO (ver pg. 135)



MACC
Pilares do Cuidado

Tecnologias e
Ferramentas

Mudanças de Estilo
de Vida

A Pessoa com DM2

A Pessoa com HAS

Referências
Bibliográficas

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AADE. American Association of Diabetes Educators. Recommendations for Outcomes Measurement of Diabetes Self-Management Education and Training, 2011.
- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: departamento de nutrição da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. São Paulo: ABESO, 2022.
- ADA. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2022. *Clinical Diabetes*, 45(1): 264 pg., 2022.
- ADA. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes – 2023. *Diabetes Care*, 46(1): 291 pg., 2023.
- ADA. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes - 2024. *Diabetes Care*, 47(1): 321 pg., 2024.
- AGOSTINHO, M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3): 327-30, 2007.
- AHA. American Heart Association. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6): 2017.
- International Society of Hypertension Global: Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(1): 2020.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate*, 38(101): 328-37, 2014.
- ALMEIDA, S. G.; MARABUJO, T.; CARMO-GONÇALVES, M. Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. *Medicina de Familia Semergen*, 47, 248-55, 2021.
- ATUNES, V. Avaliação dos pés em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 na Atenção primária à Saúde. 2020. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2020.
- BACK, A. L. et al. Efficacy of communication skills training for giving bad News and discussing transitions to palliative care. *Arch. Intern. Med.*, 167(5): 453-60, 2007.
- BAILE, W. F. et al. SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4): 302-11, 2000.
- BESERRA, E.A.; RODRIGUES, P.A.; LISBOA, A. Q. Validação de métodos subjetivos para estimativa do índice de massa corporal em pacientes acamados. *Ciências Saúde*, 22(1): 19-26, 2011.
- BOTELHO, J. et al. Na umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nat. Commun.*, 13(1): 1-11, 2022.
- BRANNING, G.; WORTHY, S. L.; VATER, M. Emphasize shared decision-making between physicians and patients to improve diabetes income. *American Health and Drug Benefits, Long Valley*, 110(5): 242-45, 2017.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia Prático do Cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasil: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasil: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasil: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Brasília: SBD, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 10 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Brasília, DF: 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Universidade de Brasília. Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

- BROTTO, A. M.; GUIMARÃES, A. B. P. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar*, 15(1): 43-68, 2017.
- BRUTSAERT, E. F. Complicações do Diabetes Mellitus, out. 2023. Manual MSD: Versão Saúde para a Família [internet]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/tratamento-medicamentoso-do-diabetes-mellitus>. Acesso em: 04 jan. 2024.
- CABSIN. Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. Mapa de Evidências – 2014. Disponível em: <https://cabsin.org.br/mapa-evidencias-pics/>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- CAMPBELL, N. R. C. et al. Diretrizes de 2021 da Organização Mundial da Saúde sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: repercussões para as políticas na região das Américas. *Rev. Panam. Salud Publica*, 46(1): 1-10, 2022.
- CAREY, R. M.; MORAN, A. E.; WHELTON, P. K. Treatment of Hypertension: a review. *Jama*, 328(18): 1849-61, 2022.
- CARRIÓ, F. B. Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2): 803-12, 2022.
- CAVALCANTI, A. M. et al. Autocuidado apoiado: manual para profissionais de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar). Brasília: CFESS, 2009.
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde. Brasília: CFP, 2019.
- CHESLA, C. A. Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4): 255-77, 2010.
- CLAYMAN, M. L. et al. The impact of patient participation in health decision within medical encounters: a systematic review. *Society for Medical Decision Making*, 36(4): 427-52, 2016.
- CLÍNICA & SPA NATURAL. O que é sedentarismo? Conheça os perigos da doença do sentar-se! *Clínica & Spa Natural*, 04 jan. 2024. Disponível em: <https://www.vidanatural.org.br/o-que-e-sedentarismo/>. Acesso em: 04 jan. 2024.
- CLÍNICA DE HIPNOTERAPIA. O modelo transteórico de mudança de comportamento. *Clínica de Hipnoterapia*, 06 mar. 2023. Disponível em: <https://www.clinicadehipnoterapia.org/post/o-modelo-transte%C3%B3rico-de-mudan%C3%A7a-de-comportamento>. Acesso em: 26 dez. 2023.
- COLBERG, S. R. et al. Physical Activity / Exercise and Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11): 2065-79, 2016.

- CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de Recomendação: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Diabetes Melito Tipo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 119 pg., 2020.
- CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de Recomendação: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Diabetes Melito Tipo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 75 pg., 2024.
- COREN-PE. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica. Recife: COREN-PE, 2019.
- COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Hipertensão e Diabetes. Porto Alegre: COREN-RS, 2020.
- CRUMP, C. et al. Exercise is Medicine: primary care counseling on aerobic fitness and muscle strengthening. *J. Am. Board. Fam. Med.*, 32(1): 103-7, 2019.
- CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: Revised European Consensus on Definition and Diagnosis. *Age and Ageing*, 39(4): 412-23, 2018.
- DAVIS, C. et al. Definition of the Mediterranean Diet: a literature review. *Nutrients*, 7(11): 9139-53, 2015.
- DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R. O trabalho com grupos e a elaboração de material educativo em conjunto com a população: as DSTs/AIDS no cotidiano das mulheres. Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS / UNESCO, 2001.
- DIERCKS, M.; MATTOS, M. B.; MARTINS, L. R. Itinerário terapêutico de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores: desencontros com os profissionais e o sistema de saúde. *CaEPS: Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, 2(1): 140-56, 2022.
- DIERCKS, M. S.; TAKEDA, S. P.; KOPITTKE, L. Tomada de decisão compartilhada e diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. In: SOUZA, D. G.; PACHECO, T. J. R. *Tópicos Atuais em Saúde I: abordagens sobre saúde, doença e cuidado*. Editora Científica Digital eBooks, 239-56, 2022.
- DOHMS, M.; GUSSO, G. Comunicação Clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2020.
- DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- EINLOFT, F. M. S. Grupo de gestão autônoma da medicação na Atenção Primária à Saúde: uma tecnologia para o empoderamento de pessoas com Diabetes Melito tipo 2. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS) – Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, p. 137, 2017.
- ELWYN, G. et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J. Gen. Intern. Med.*, 27(10): 1361-7, 2012.
- EPSTEIN, R. M.; STREET JUNIOR, R. L. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicina*, 9(2): 100-3, 2011.
- E-SUS. Estratégia e-SUS Atenção Primária – 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FEIO, C. M. A. et al. Dislipidemia e hipertensão arterial: uma relação nefasta. *Ver. Bras. Hipertens.*, 27(2): 64-7, 2020.

FERNANDES, C. L. C.; CURRA, L. C. D. Ferramentas de abordagem familiar. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, 24(87): 472-89, 2014.

FINCHAM, G. W. et al. Effect of breathwork on stress and mental health: a meta-analysis of randomised-controlled trials. *Scientific Reports*, 13(1): 1-14, 2023.

FISCHER, L.; POLONSKY, W. H.; HESSLER, D. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. *Diabet. Med.*, 36(7): 803-12, 2019.

FLOOD, D. et al. Integrating hypertension and diabetes management in primary health care settings: HEARTS as a tool. *Rev. Panam. Salud Publica*, 46(1): 1-9, 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem – Volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis: 2017.

FRID, A. H. et al. New insulin delivery recommendations. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9): 1231-55, 2016.

FUCHS, F. D.; WHELTON, P. K. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*, 75(2): 285-92, 2020.

FUCHS, F. D. et al. Is it time to retire the diagnosis “Hypertensive Emergency”? *J. Am. Heart Assoc.*, 12(3): 1-5, 2023.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HENDRIECKX, C. et al. Diabetes and Emotional Health: a practical guide for health professional supporting adults with type 1 or type 2 diabetes. Arlington: American Diabetes Association, 2021.

HERRERA, D. et al. Association between periodontal diseases and cardiovascular diseases and cardiovascular diseases, diabetes and respiratory diseases: Consensus report of the Joint Workshop by the European Federation of Periodontology (EFP) and the European Arm of the World Organization of Family Doctors (WONCA Europe). *J. Clin. Periodontol.*, 50(6): 819-41, 2023.

HU, P. L. et al. Integrated care teams in primary care improve clinical outcomes and care processes in patients with non-communicable diseases. *Singapore Medical Journal*, 64(7): 423-9, 2023.

INSTITUTO BARÃO. Pé Diabético - o que é, causas e tratamento. Instituto Barão, 29 jan. 2024. Disponível em: <https://baraovascular.com.br/todos-os-tratamentos/pe-diabetico/>. Acesso em: 29 jan. 2024.

ISHG-HYPG. International Society of Hypertension Global – Hypertension Practice Guidelines – 2020. *Hypertension*, 75(6): 2020.

- IWGDF. The International Working Group on the Diabetic Foot. Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético – Edição de 2019. [Traduzido por Hermelinda Cordeiro Pedrosa e Nilce Botto Dompieri, 2019].
- IZQUIERDO, M.; DUQUE, G.; MORLEY, J. E. Physical Activity Guidelines for Older People: knowledge gaps and future directions. *Lancet Healthy Longev.*, 2(6): 380-3, 2021.
- JAMES, P. A. et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5): 507-520, 2014.
- JARDIM, L. M. et al. Multiprofessional Treatment of High Blood Pressure in Very Elderly Patients. *Arq. Bras. Cardiol.*, 108(1): 53-9, 2017.
- KALAPATAPU, V. Lower extremity amputation, 29 nov. 2022. Wolters Kluwer: UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation?search=Amputation%20Evaluation&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 14 abr. 2023.
- KHALID, A. et al. Implementation Science Perspectives on Implementing Telemedicine Interventions for Hypertension or Diabetes Management: Scoping Review. *J. Med. Internet Res.*, 25, 1-21, 2023.
- KILBRIDE, M. K.; JOFFE, S. The New Age of Patient Autonomy: implications for the patient-physician relationship. *JAMA*, 320(19): 1973-74, 2018.
- KOMAROFF, A. L. *Boosting Your Energy: How to jump-start your natural energy and fight fatigue*. Boston: Harvard Health Publications, 2020.
- KRINSKI, B. M.; FAUSTINO-SILVA, D. D.; SCHNEIDER, M. Grupo de cessação de tabagismo na Atenção Primária à Saúde: experiência de uma Unidade de Saúde de Porto Alegre/RS. *Revista de APS*, 21(1): 66-76, 2018.
- KURTZ, S. et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad. Med.*, 78(8): 802-9, 2003.
- LECTURIO. Doença Arterial Periférica, 29 jan. 2024. Disponível em: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/doenca-arterial-periferica/>. Acesso em: 29 jan. 2024.
- LEITE, F. R. M. et al. Impact of smoking cessation on periodontitis: a systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal observational and interventional studies. *Nicotine Tob. Res.*, 21(12): 1600-8, 2019.
- LI, Y. et al. The effects of probiotic administration on patients with prediabetes: a meta-analysis and systematic review. *J. Transl. Med.*, 20(1): 1-13, 2022.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim. Care*, 21(1): 55-67, 1994.
- MANCIA, G. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension - The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J. Hypertens.*, 41(12): 1874-2071, 2023.

- MANSOOR, S. M.; KRASS, I.; ASLANI, P. Multiprofessional interventions to improve patient adherence to cardiovascular medications. *J. Cardiovasc. Pharmacol. Ther.*, 18(1): 19-30, 2013.
- MARTINEZ, B. P. et al. Atualização: sarcopenia. *Rev. Pesqui. Fisioter.*, 11(4): 841-51, 2021.
- MARTINS, L. R.; MATTOS, M. B.; DIERCKS, M. S. Itinerário terapêutico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que sofreram amputação de membro inferior: experiência do adoecimento. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(64): 72-84, 2020.
- MATOS, M. A. B. Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde, ago. 2014. Paraná: COMSUS [Internet]. Disponível em: <https://www.slideserve.com/dorian-phelps/aten-o-ambulatorial-especializada-nas-redes-de-aten-o-sa-de-powerpoint-ppt-presentation>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- MCGOLDRICK, M.; PRETO, N. G.; CARTER, B. *The Expanding Family Life Cycle: Individual, Family, AND Social Perspectives*. United Kingdom: Pearson, 2015.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- MOMEN, N. C. et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N. Eng. J. Med.*, 382(18): 1721-31, 2020.
- MUSSOI, T. D. *Avaliação nutricional na prática clínica: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- NEJM CATALYST. What is patient-centered care? *NEJM Catalyst*, 01 jan. 2017. Disponível em: PRÉCOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq. Bras. Cardiol.*, 113(4): 787-891, 2019.
- NÓBREGA, V. M. et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev. Eletr. Enferm.*, 12(3): 431-40, 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Diretrizes da OMS para Atividade Física e Comportamento Sedentário*. Genebra: OMS, 2020. [Traduzido por Edina Maria de Camargo e Ciro Romelio Rodriguez Añez, 2020].
- OPAS. *Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.
- PACK. *PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde*. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2020.

- PAHO. Drivers and scorecards to improve hypertension control in primary care practice: recommendations from the HEARTS in the Americas Innovation Group. *Rev. Panam. Salud Publica*, 46(1): 1-12, 2022.
- PASTOR, A. et al. Alcohol and illicit drug use in people with diabetes. *The Lancet: Diabetes & Endocrinology*, 8(3): 239-48, 2020.
- PATORNO, E. et al. Comparative effectiveness and safety of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors versus glucagon-like peptide 1 receptor agonists in older adults. *Diabetes Care*, 44(3): 826-35, 2021.
- PEACOCK, E.; KROUSEL-WOOD, M. Adherence to antihypertensive therapy. *Med. Clin. North Am.*, 101(1): 229-45, 2017.
- PEDRINOLLA, A. et al. Repeated Passive Mobilization to Stimulate Vascular Function in Individuals of Advanced Age who are Chronically bedridden: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology: Series A*, 77(3): 588-96, 2022.
- PEEK, M. et al. Patient trust in physicians and shared decision-making among african- -americans with diabetes. *Health Communication*, London, 28(6): 616-23, 2013.
- PERREAULT, L.; BURGERMASTER, M. Obesity in adults: behavioral therapy, 12 jul. 2022. Wolters Kluwer: UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-behavioral-therapy?search=obesidade%20tratamento%20&source=search_result&selectedTitle=11~150&usage_type=default&display_rank=11. Acesso em: 26 dez. 2023.
- PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2018.
- PORCARI, R. Os Ingredientes da Escuta Ativa. *Discutindo Contemporaneidades*, 09 jun. 2023. Disponível em: <https://professorrafaelporcari.com/2023/06/09/os-ingredientes-da-escuta-ativa/>. Acesso em: 04 jan. 2024.
- PORTELA, P. F. M. et al. HIIT is most effective than mict on glycemic control of older people with glucose metabolism impairments: a systematic review and metanalysis. *Primary Care Diabetes*, 17(2): 129-36, 2023.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica 10/2019. Documentação necessária, forma de envio e avaliação para inscrição no Programa Municipal de Distribuição de Insumos do Diabetes (PMDID). Porto Alegre: Diário Oficial de Porto Alegre, 2019a.

PORTO ALEGRE. Secretaria municipal de Saúde. Coordenação de assistência farmacêutica - DGR/SMS. Portaria 664/2019. Regulamenta e define diretrizes para gestão do Programa Municipal de Distribuição de Insumos para Diabetes (PMDID) dos usuários portadores de Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre: Diário Oficial de Porto Alegre, 2019b.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica 006/2022. Regulamenta e define os critérios e locais para a dispensação das canetas aplicadores e insulina humana NPH (Insulina Humana NPH 11 UI/ml, tubete de 30 ml), insulina humana regular (Insulina Humana Regular 100 UI/ml, tubete de 30ml) e agulhas de aço inoxidável para caneta aplicadora, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre: Diário Oficial de Porto Alegre, 2022a.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica SMS 009/2022. Documentação necessária, forma de envio e avaliação para a manutenção no Programa Municipal de distribuição de Insumos do Diabetes (PMDID). Porto Alegre: Diário Oficial de Porto Alegre, 2022b.

PRASANTHA, L. V. et al. 2023 ESH Hypertension Guideline Update: Bringing us Closer Together Across the Pond. American College of Cardiology, 2024.

PRÉCOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq. Bras. Cardiol., 113(4): 787-891, 2019.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19(3): 275-88, 1982.

PROIA, K. K. et al. Team-based care and improved blood pressure control: a community guide systematic review. Am. J. Prev. Med., 47(1): 86-99, 2014.

PYGALL, S. Triagem e consulta ao telefone: estamos realmente ouvindo? Porto Alegre: Artmed, 2018.

RIPPE, J. M. Increasing Physical Activity: A Practical Guide. Boca Raton: CRC Press, 2020.

ROBERTSON, R. P.; UDLER, M. S. Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus, 14 dez. 2021. Wolters Kluwer: UpToDate [Internet]. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-type-2-diabetes-mellitus?](https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-type-2-diabetes-mellitus?search=Diabetes%20mellitus%20fisiopatologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2)

[search=Diabetes%20mellitus%20fisiopatologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-type-2-diabetes-mellitus?search=Diabetes%20mellitus%20fisiopatologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2). Acesso em: 14 abr. 2023.

ROCHA, A. M. C.; SANTO, P. S. M. F. E. Abordagem Centrada na Pessoa: a postura facilitadora de psicólogas na Atenção Primária. Rev. Nufen: Phenom. Interd., 11(1): 55-70, 2019.

ROGERS, C. R. Terapia Centrada no Cliente. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROMERO-ARREDONDO, R. D. et al. Relación entre funcionamiento familiar y grado de lesión de pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aten Fam., 28(3): 173-8, 2021.

RS. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde. Seção de Doenças de Condições Crônicas Não Transmissíveis. Nota Técnica Conjunta nº 05/2023: atenção ao indivíduo com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: 2023.

SACKS, F. M. et al. Rationale and design of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial (DASH): a multicenter controlled-feeding study of dietary patterns to lower blood pressure. *Ann. Epidemiol.*, 5(2): 108-18, 1995.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em Revista*, 1(2): 170-9, 2019.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019 - 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2023.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/2022/>. Acesso em: 04 jan. 2024.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 03 jul. 2023.

SBIBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2020.

SEIBEL, B. L. et al. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, 21(1): 120-36, 2017.. Acesso em: 26 dez. 2023.

SEIDU, S. et al. 2022 update to the position statement by Primary Care Diabetes Europe: a disease state approach to the pharmacological management of type 2 diabetes in primary care. *Prim. Care. Diabetes*, 16(2): 223-44, 2022.

SILVA, R. A. B.; CUNHA, T. A.; SILVA, S. L. *Semiologia em Checklists: Abordando Casos Clínicos*. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019.

SILVA FILHO, R. L. et al. Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*, 2023.

SIMPSON, T. C. et al. Treatment of periodontitis for glycaemic control in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 136 pg., 2022.

- SINDESORTE. Sintomas da Depressão, 29 jan. 2024. Disponível em: <http://www.sindesporte.com.br/noticia/titulo/depressao-nao-e-sinal-de-fraqueza-e-uma-doenca-e-tem-tratamento-no-sindesporte-ha-profissionais-de-saude-que-atendem-gratuitamente-fique-atento-aos-sinais-da-depressao/regional/santos>. Acesso em: 29 jan. 2024.
- SIS. Indicadores de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária: informativo mensal. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária, 18(5): 1-83, 2023.
- SLUZKI, C. E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- STEFANI, S. D. Clínica Médica: consulta rápida. Artmed: Porto Alegre, 2008.
- STEFFEN, P. L. S. et al. Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: an RCT. American Journal of Preventive Medicine, 60(5): 203-12, 2021.
- STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can. Med. Assoc. J., 152(9): 1423-33, 1995.
- STEWART, M. et al. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- STOJNIĆ, N. et al. Perceptions of the primary health care team about the implementation of integrated care of patients with type 2 diabetes and hypertension in Slovenia: qualitative study. BMC Health Serv. Res., 23(1): 362, 2023.
- STRAIN, W. D. et al. Diabetes and Frailty: An Expert Consensus Statement on the Management of Older Adults with Type 2 Diabetes. Diabetes. Ther., 12(5): 1227-47, 2021.
- STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012. Não publicado.
- TANGNEY, C. C.; ROSENSON, R. S. Cardiovascular benefits and risks of moderate alcohol consumption, 16 nov. 2021. Wolters Kluwer: UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-benefits-and-risks-of-moderate-alcohol-consumption?search=Alcohol%20and%20Hipertension&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 28 dez. 2023.
- THOMPSON, W. Alcoholism, 25 ago. 2022. Medscape [Internet]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/285913-overview?form=fpf>. Acesso em: 28 dez. 2023.
- TIMPEL, P. et al. Mapping the Evidence on the Effectiveness of Telemedicine Interventions in Diabetes, Dyslipidemia, and Hypertension: An Umbrella review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. J. Med. Internet Res., 22(3): 1-36, 2020.
- UNASUS. Intervindo junto às famílias que vivem e convivem com a violência, 15 jan. 2024. Disponível em: https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/166155/mod_resource/content/64/modeloUn3/index.html. Acesso em: 15 jan. 2024.

WHELTON, P. K. et al. Editors' Commentary on the 2023 ESH Management of Arterial Hypertension Guidelines. *Hypertension*, 80(9): 1795-99, 2023.

WHITEHEAD, L. et al. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: a qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 22-30, 2018.

WHO. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization, 1998.

WHO. World Health Organization. *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Geneva: World Health Organization, 2022.

WILLETT, W. C. Diet, nutrition, and avoidable cancer. *Environmental Health Perspectives*, 103(8): 165-70, 1995.

ZHANG, Z. et al. Associations between mental health disorder and management of physical chronic conditions in China: a pooled cross-sectional analysis. *Scientific Reports*, 11(5731): 1-9, 2021.

ZIEGELMAN, L. A Escuta da Pele. *BIS*, Porto Alegre, n. 206, p. 1-2, 2023.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

