

LINHA DE CUIDADO

DIABETES MELLITUS

MANEJO NA UNIDADE DE SAÚDE

1ª EDIÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



São Paulo
2018

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria da Saúde

LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS
Manejo na Unidade de Saúde
1ª edição

SES/SP
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2018

LINHA DE CUIDADO DE DIABETES MELLITUS

Manejo na Unidade de Saúde

EXPEDIENTE

Secretário de Estado da Saúde Marco Antonio Zago	Coordenadoria Geral de Administração Jorge Alberto Lopes Fernandes
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Victor Hugo Costa Travassos da Rosa	Área Técnica da Atenção Básica Diretor: Arnaldo Sala
Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde Sergio Swain Muller	Instituto de Saúde Luiza Sterman Heimann
Coordenadoria de Controle de Doenças Marcos Boulos	Programa Saúde em Ação Coordenador: Ricardo Tardelli Organização: Fátima Palmeira Bombarda Fabiana Mota Peroni Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo
Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde Eliana Radesca Alvares Pereira de Carvalho	Manual Técnico da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Hospital do Coração – Hcor Instituto de Pesquisa Dr. Otavio Berwanger da Silva (Diretor) Coordenador da Atualização da Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus Paulo Rizzo Genestreti Coordenadores de Projetos do HCor Pedro Paulo Chrispim Carolina Amorim Projeto Gráfico e editoração: Edson Fonseca Realização: VFR Comunicação
Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira Eloiso Vieira Assunção Filho	
Coordenadoria de Planejamento de Saúde Silvany Lemes Cruvinel Portas	
Coordenadoria de Recursos Humanos Haino Burmester	
Coordenadoria de Regiões de Saúde Benedicto Accacio Borges Neto	
Coordenadoria de Serviços de Saúde Antonio Jorge Martins	

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES-SP

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde.

Linha de cuidado diabetes mellitus: manejo na unidade de saúde / organizado por Fátima Palmeira Bombarda, Fabiana da Mota Peroni e Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo. – São Paulo: SES/SP, 2018.

ISBN:

1. Diabetes mellitus
2. Assistência integral à saúde.
3. Serviços de Saúde
4. Gestão em saúde
5. Protocolos

SES/CCD/CD-67/2018

NLM WK810

SUMÁRIO

1. Critérios para o diagnóstico de Diabetes Mellitus	4
2. Projeto Terapêutico Individualizado	4
3. Classificação de Risco Clínico	5
4. Fluxograma de Encaminhamento	6
5. Assistência ao indivíduo portador de Diabetes	7
6. Principais aspectos a serem considerados na avaliação médica e de Enfermagem no Diabetes tipo 1 e 2	8
7. Ações educativas com enfoque interdisciplinar	9
8. Ações terapêuticas e de reabilitação com enfoque interdisciplinar	10
9. Critérios de controle metabólico	12
10. Principais grupos de medicamentos utilizados no tratamento do diabetes e comorbidades mais comumente associadas	13
11. Insulinoterapia	14
12. Tratamento do Diabetes	15
13. Fluxograma de tratamento e encaminhamento de pacientes com Diabetes Mellitus	16
14. Exames laboratoriais de rotina	17
15. Apoio diagnóstico minimamente necessário para os diferentes níveis de atenção	20
16. Ambulatório Médico de Especialidades – AME	20
17. Parâmetros para solicitação de interconsultas médicas especializadas ..	21
18. Microalbuminúria e Nefropatia do Diabético – rastreamento e conduta ..	23
19. Principais complicações agudas que podem demandar encaminhamento para o serviço de urgência/emergência	24
20. Fluxograma de tratamento e encaminhamento de pacientes diabéticos tipo 2 com complicações decorrentes do acometimento de órgãos-alvo	24
21. Manejo da nefropatia diabética incipiente	25
22. Manejo da neuropatia periférica	26
23. Manejo da vasculopatia	26
24. Exame dos pés do indivíduo diabético	27
25. Cuidados com os pés do indivíduo diabético	28
26. Relatório de referência/contra-referência do paciente portador de diabetes	29
27. Cartão de automonitoramento	30
28. Ações na unidade de saúde	31

1. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

Pré-diabetes	<p>O diagnóstico de pré-diabetes é estabelecido quando a glicemia de jejum encontra-se entre 100 mg/dl e 125mg/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nessa situação, o paciente deve ser encaminhado para avaliação clínica; • Deve ser solicitado o teste de tolerância à glicose (o teste deve ser realizado conforme descrito pela OMS, usando uma ingestão de 75g de glicose anidra, dissolvida em água); • Glicemia 2h após sobrecarga com 75g de glicose entre 140-199mg/dl; • A1C entre 5,7% e 6,4%.
Diabetes Tipo 1 e Tipo 2	<p>O diagnóstico do diabetes Tipo 1 e 2 é estabelecido quando existem as seguintes manifestações clínicas e alterações laboratoriais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia de jejum maior ou igual a 126mg/dl em mais de uma ocasião (o jejum é definido como ausência de aporte calórico num período de pelo menos 8 horas); OU • Sintomas de hiperglicemia (os sintomas clássicos de diabetes incluem: poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada; no lactente, considerar sintomas de dispnéia, vômitos, febre e quadros infecciosos em geral; na criança maior de 3 anos, anorexia, enurese noturna secundária, monilíase) e uma glicemia maior ou igual a 200mg/dl (o termo casual refere-se à aferição da dosagem de glicose realizada a qualquer momento do dia, sem levar em consideração o período de tempo desde a última refeição); OU • Glicemia maior ou igual a 200mg/dl após 2 horas de uma carga oral de 75g de glicose dissolvida em água. Na ausência de hiperglicemia, estes critérios devem ser repetidos num dia diferente; • O diagnóstico como diabetes tipo 1 é baseado na clínica, a dosagem de peptídeo C e marcadores auto-imunes podem auxiliar em casos duvidosos, mas estes marcadores podem estar normais em DM tipo1 idiopática, e o peptídeo C pode estar normalizado após compensação metabólica.
Diabetes gestacional	<p>O diagnóstico de diabetes gestacional segue parâmetros diferenciados em relação a outros tipos de diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A glicemia de jejum deve ser solicitada na primeira consulta do pré-natal para todas as mulheres, independente de risco; • Caso não esteja alterada, deve ser repetida após a vigésima semana de gestação; <p>• Critérios para o diagnóstico do diabetes gestacional (DMG):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Glicemia de jejum (GJ) na primeira consulta de pré-natal ≥ 126 mg/dL 2. Glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal ≥ 92 mg/dL e ≤ 126 mg/dL 3. Em ambas as situações, repetir nova GJ para confirmação. <p>• Critérios para o rastreamento do diabetes gestacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entre 24° e 28° semana de gestação em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de DM, realizar TOTG; 2. Diagnóstico de DMG com TOTG com ingestão de 75 g de glicose (OMS): Jejum $> = 95$ 1 h $> = 180$ 2 h $> = 155$ <p>O diagnóstico de DMG é feito com 2 valores acima da normalidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mulheres que têm glicemia de jejum maior que 95mg/dl, glicemia pós-prandial após uma hora maior que 140mg/dl, ou mais que 120 mg/dl após duas horas, devem receber terapia, que pode incluir dieta, antidiabético oral ou insulina.

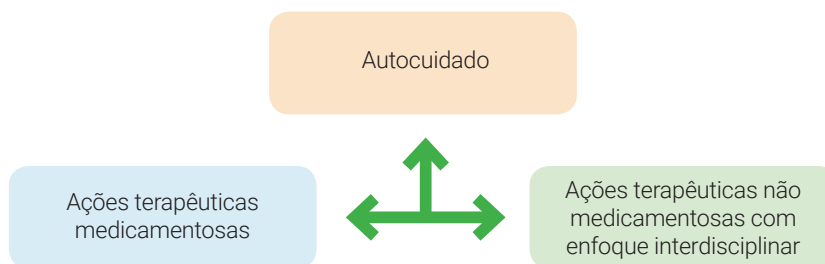
2. PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO

O que é?

- Conjunto de propostas terapêuticas pensadas a partir da avaliação inicial do caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar.
- A equipe de saúde e o paciente são corresponsáveis na formulação e no monitoramento do plano de cuidado.
- Aplicável na atenção básica para os casos mais complexos ou de maior risco e em todos os casos na atenção hospitalar.

Como fazer?

- Elaborar uma avaliação inicial (diagnóstico orgânico, psicológico, social e ambiental) com a participação de todos os profissionais envolvidos, levando em consideração a realidade do paciente.
- Classificar o risco clínico (baixo — sem acometimento de órgãos-alvo; alto — com acometimento de órgãos-alvo).
- Definir um plano de cuidado com foco nas três dimensões.



- Definir prioridades, ações, atividades, recursos necessários, responsáveis, prazos e metas.
- Monitorar a implantação do plano.
- Reavaliar o projeto periodicamente ou no caso de:
 - intercorrências clínicas agudas
 - mudança na classificação de risco clínico
 - não adesão do paciente ao tratamento
 - qualquer outra intercorrência clínica ou não clínica que demande novas ações

3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO

A classificação de risco clínico no Diabetes é definida pela presença ou não de lesões em órgãos-alvo:

Baixo: sem acometimento de órgãos alvo

Alto: com acometimento de órgãos-alvo

- A classificação como sendo de baixo risco clínico não significa que o paciente

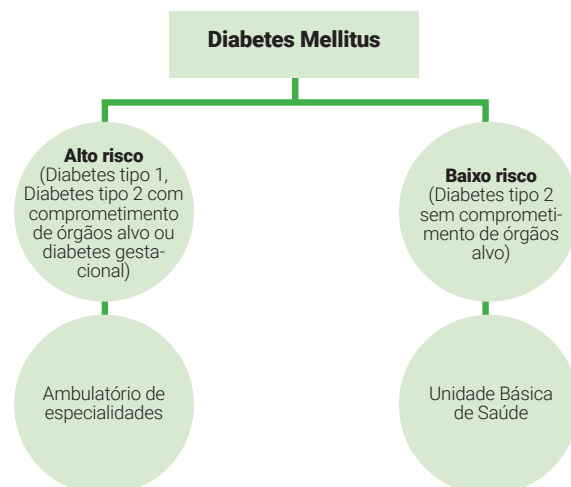
demande menos atenção por parte da equipe de saúde. Se considerarmos que as lesões de órgãos-alvo são irreversíveis, entendemos que deva ser despendido um grande esforço no sentido de prevenir estas complicações. Isso exige acompanhamento contínuo, controle metabólico rigoroso e a participação ativa do paciente no seu tratamento (autocuidado).

- Embora a classificação de risco auxilie a desenhar as diferentes possibilidades de fluxo do paciente no sistema, ela não determina regras rígidas de encaminhamento, com algumas exceções: o diabético tipo 1 e a gestante diabética, que devem ser sempre encaminhados ao endocrinologista ou endocrinologista infantil e ao serviço de pré-natal de alto risco, respectivamente. Em outras situações, cada caso exige um plano de cuidado específico, reavaliado periodicamente e que define o caminho do paciente pelo sistema. Por exemplo: o paciente de baixo risco pode eventualmente ser encaminhado para a atenção especializada por dificuldades no controle metabólico enquanto o de alto risco pode permanecer na atenção básica desde que seu quadro clínico esteja bem controlado.

- Além disso, o fato do paciente ter sido encaminhado para avaliação em outro nível de complexidade não significa que não deva retornar à sua unidade de origem. Em boa parte dos casos, é solicitada interconsulta que gera uma contra referência, fundamental para a revisão do Projeto Terapêutico Individualizado na unidade de origem. Em outras ocasiões, o especialista considera necessário o acompanhamento periódico na especialidade. Nestes casos, o paciente passa a fazer acompanhamento paralelo, mantendo seu vínculo com a unidade de origem.

- Importante ainda ressaltar que as ações de saúde demandadas por um paciente de baixo risco representam um menor custo para o sistema, com grande impacto na sua qualidade de vida, ao contrário das ações demandadas por um paciente de alto risco que resultam num alto custo financeiro sem uma mudança significativa do prognóstico.

4. FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO



5. ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES

A padronização de um calendário de consultas para o paciente diabético não é recomendado, uma vez que o plano de cuidado mais adequado e resolutivo é justamente aquele que se estabelece de acordo com as características e a evolução de cada caso, ou seja, aquele pensado pela equipe multiprofissional para um determinado indivíduo, contando com a sua participação e com reavaliações periódicas para ajuste. Apesar disso, a prática clínica permite indicar alguns parâmetros básicos:

No adulto:

- Durante a fase de introdução dos medicamentos, os retornos com o médico devem ser frequentes (mensais), até o ajuste da dose;
- A partir do momento em que o paciente é considerado como controlado do ponto de vista metabólico e tendo aderido ao plano de cuidado estabelecido (alimentação, atividade física, etc.), o agendamento de consultas pode ser feito a cada 4 meses;
- Se a unidade tiver estrutura física e recursos humanos suficientes, recomenda-se um retorno entre as consultas médicas (2 meses) com a enfermagem, para reforço das ações educativas, verificação da correta utilização dos medicamentos, dos hábitos alimentares, da prática de atividades físicas e da eventual necessidade de reavaliação médica antes do prazo previsto;
- Os exames laboratoriais de rotina devem ser solicitados segundo calendário estabelecido;
- A periodicidade das consultas e atividades oferecidas pela equipe multiprofissional vai depender do projeto terapêutico definido para cada paciente;
- O paciente com alguma intercorrência deve ter garantia de atendimento o mais brevemente possível, independente das consultas de rotina;
- O paciente deve ser integrado nas atividades educativas oferecidas pela Unidade, sejam elas individuais ou em grupo.

Na criança:

- Durante a fase de introdução da insulina, os retornos com o médico devem ser com intervalos muito curtos (a cada dois dias na UBS com o clínico da unidade e uma vez por semana com o especialista) até o ajuste da dose;
- A partir do momento em que o paciente é considerado como controlado do ponto de vista metabólico e tendo sido estabelecida uma rotina alimentar e de atividades que permita o adequado controle glicêmico, o agendamento de consultas pode ser feito a cada 2 meses;
- Os exames laboratoriais de rotina devem ser solicitados segundo calendário estabelecido;
- A enfermagem deve ser altamente capacitada para orientar os familiares/responsáveis quanto à administração de insulina, considerando a dificuldade e o

risco de lidar com pequenas doses que podem induzir ao erro;

- A equipe deve acompanhar com atenção a rotina de atividades da criança assim como seus hábitos alimentares (inclusive na escola) que costumam ser bastante variáveis, dificultando o controle glicêmico;
- O acolhimento da família com dúvidas ou dificuldades deve ser garantido a qualquer tempo, assim como a consulta médica em caso de intercorrências clínicas;
- A periodicidade das consultas e atividades oferecidas pela equipe multiprofissional vai depender do projeto terapêutico definido para cada paciente.

6. PRINCIPAIS ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NA AVALIAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM NO DIABETES TIPO 1 E 2

Diabetes Tipo 1:

Consulta médica: ênfase no crescimento e desenvolvimento do paciente, avaliação e orientação nutricional, avaliação psicológica, rotina de atividades, medida de pressão arterial a cada consulta, exame dos pés, avaliação genital, das articulações, sinais da puberdade. O acometimento de órgãos-alvo é menos provável antes dos 10 anos. Nesta fase, o foco é o controle da glicemia, considerando as mudanças frequentes da rotina diária do paciente e a dificuldade de garantir uma alimentação adequada.

Consulta da enfermagem: ênfase nos aspectos emocionais, educação alimentar, contagem de carboidratos, se indicada, manutenção da rotina de atividades (especialmente na criança), administração correta da insulina, lipodistrofia, controles diários de glicemia (até 4 vezes ao dia), adesão do paciente e da família ao projeto terapêutico. Contato com a escola para facilitação da continuidade do tratamento durante o período escolar.

Diabetes Tipo 2:

Consulta médica: ênfase no exame neurológico, avaliação nutricional e psicológica, medida de pressão arterial a cada consulta, exame dos pés e avaliação da circulação periférica. No adulto, o acometimento de órgãos-alvo é mais frequente, sendo, portanto, um dos focos principais de atenção.

Consulta de enfermagem: ênfase na questão nutricional, uso correto da medicação, aspectos nutricionais e emocionais, exame dos pés, controles diários e da PA, autocuidado, adesão do paciente ao projeto terapêutico.

7. AÇÕES EDUCATIVAS COM ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

A Educação em Saúde tem por objetivo transmitir aos usuários do sistema de saúde conteúdos que esclareçam suas dúvidas e forneçam subsídios para o autocuidado, num processo que pode ir da simples transmissão de conceitos até novas formas de organizar o conhecimento. Esse processo implica uma nova postura da equipe multiprofissional, de forma a assegurar, por meio da interdisciplinaridade, a ruptura com a fragmentação e a justaposição de conteúdos. A equipe deve envolver os pacientes portadores de diabetes na implantação do seu plano de cuidado, motivando-os a desenvolverem suas capacidades e explorar seus potenciais, em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Aspectos	Ações educativas
Comportamentais	<p>Promoção da motivação para os cuidados pessoais, com observação diária de peles e unhas, cuidados com os membros inferiores; manutenção das medicações; controle glicêmico e de pressão periódicos; atenção aos sintomas de descompensações, como hálito cetônico, hipoglicemia, dentre outros, aos processos infecciosos e à acuidade visual diminuída; controle de peso.</p> <p>Promoção de ações educativas na área odontológica, como orientações sobre higiene bucal, fatores responsáveis pela transmissibilidade de doenças, fatores de risco para cáries, doenças periodontais, autoexame bucal e abandono do tabagismo.</p> <p>Aconselhamento pré-concepcional, pré-parto e pós-parto. Conferência do quadro vacinal para adultos.</p> <p>Estímulo a aquisição de hábitos saudáveis através de exercícios físicos orientados conforme a idade, peso e condições clínicas.</p>
Corporais	<p>Orientação sobre o efeito da atividade física no controle glicêmico, dos lípides e do peso; estímulo à prática de atividades físicas programadas e não programadas; sobre os cuidados na prática de atividade física visando evitar hipoglicemia e realização de alongamentos.</p>
Nutricionais	<p>Orientação sobre os grupos alimentares, respeitando hábitos e condições econômicas; efeito dos macronutrientes na glicemia e no peso; importância dos macro e micronutrientes na alimentação; noções de nutrição saudável; esclarecimento sobre o conceito de índice glicêmico; interpretação dos rótulos de alimentos; solicitação de auxílio da família para enfatizar a reeducação alimentar e evitar riscos, com redução do acesso aos alimentos não recomendados, principalmente na clientela infantojuvenil; orientação sobre o fracionamento da dieta diária e variação do cardápio com lista substitutiva para evitar monotonia alimentar.</p>
Psicológicos	<p>Orientação sobre comportamentos saudáveis no núcleo familiar, evitando superproteção, distinção e isolamento com discriminações relacionais e de hábitos, favorecendo a participação do diabético em todas as atividades em casa ou socialmente.</p> <p>Orientação para o uso racional de medicamentos, definição de estratégia que melhore a adesão terapêutica, educação para observação ao aparecimento de reações adversas dos medicamentos.</p>

Observações

Outros, relacionados às atividades da vida diária e prática, lúdica e do trabalho	Educação para o ato de observar as atividades realizadas no cotidiano (autocuidado, de lazer e/ou lúdicas e do trabalho). Proteção em áreas do corpo de maiores riscos de lesões, uso de vestimentas e calçados adequados, prevenção de queimaduras e contaminação; Valorização da atitude através do conhecimento e identificação de tais situações no cotidiano. Em casos infantis estender as orientações para família e nos ambientes educacionais. Para os adultos, no ambiente de trabalho, a orientação permanece e, se necessário, propor mudança de função por detecção de riscos e programá-la junto ao empregador.
Locais de desenvolvimento das ações educativas	As ações educativas podem ser desenvolvidas em vários ambientes, como: domicílio, escola, outros equipamentos sociais e unidades de saúde.
Equipe responsável	Agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos clínicos assistentes sociais entre outros. O conteúdo educativo deve ser desenvolvido e preparado com a colaboração de profissionais da equipe de referência, mesmo no caso da unidade não contar com uma equipe multiprofissional completa. As ações educativas não devem ser interrompidas, uma vez que são parte fundamental do tratamento do paciente diabético.
Entidades da Sociedade Civil que representam os interesses dos portadores de DM	Associação de Diabetes Juvenil – ADJ; Associação Nacional de Assistência ao Diabético – ANAD; Brasil – Diabetes – BD; Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD; Associação de Renais Crônicos e Transplantados do Brasil, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia-SBEM.

8. AÇÕES TERAPÊUTICAS E DE REABILITAÇÃO COM ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

As ações terapêuticas e/ou de reabilitação têm por objetivo instrumentalizar o paciente acerca dos recursos existentes para o seu autocuidado, tratamento e/ou reabilitação, contribuindo com o projeto terapêutico individualizado, motivando-o a desenvolver suas capacidades e explorar seus potenciais dentro das limitações e/ou evolução da doença. A qualidade de vida e a independência nas relações familiares, sociais e do trabalho devem ser o enfoque da equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Aspectos	Ações terapêuticas a serem desenvolvidas por profissionais da saúde envolvidos no tratamento do paciente diabético
Nutricionais	<p>Identificação sociocultural e econômica, para adequação da dieta alimentar, respeitando hábitos e costumes regionais e condições econômicas.</p> <p>O Valor Calórico Total (VCT) do plano alimentar deve ser calculado individualmente (considerando-se o gasto energético e o objetivo de redução ou manutenção do peso) e ser composto de: 40% a 60% de carboidratos, 10% de ácidos graxos monoinsaturados, < 7% ácidos graxos saturados, 10% de ácidos graxos poliinsaturados e 15-20% de proteínas com um mínimo de 20g de fibras/dia.</p> <p>Pacientes diabéticos tipo 1 em tratamento com múltiplas doses de insulina rápida devem ser orientados a realizar contagem de carboidratos em cada refeição e ajuste da dose de cada tomada, de acordo com a monitorização glicêmica e o conteúdo de carboidrato da refeição.</p> <p>Em pacientes com IMC < 25, o VCT deve ser calculado visando à manutenção do peso, e naqueles com IMC ≥ 25, à redução de 10% do peso inicial.</p>
Físicos	<p>Promoção de reabilitação cardíaca em pacientes no pós-infarto através de programa específico e individualizado de atividades da vida diária, física e do trabalho, com crescente autonomia.</p> <p>Reabilitação de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral; amputações com ou sem próteses; uso de palmilhas e/ou sapatos adequados para correção de zonas de pressão em pacientes com neuropatia, visando à prevenção de lesões e alterações da marcha, sempre com o enfoque de readaptar o paciente para a prática das atividades cotidianas.</p>
Psicológicos	<p>Valorização da autoestima para o enfrentamento do processo da doença, com detecção precoce de sintomas de depressão, agressividade, exclusão social, dentre outros, disponibilizando acompanhamento em grupos terapêuticos ou encaminhando para tratamento individual e medicação nos casos elegíveis.</p>
Outros, relacionados às atividades da vida diária e prática, lúdica e do trabalho	<p>Promoção de tratamento e/ou reabilitação com objetivo de preservar ou desenvolver no paciente habilidades ocupacionais que promovam sua autonomia, capacidade laboral e produtiva, mesmo com sequelas e limitações da doença.</p>
Odontológicos	<p>Avaliação odontológica anual para pacientes de baixo risco e semestral para pacientes de alto risco, mandatória com exame clínico, com especial atenção para patologias periodontais.</p>
Observações	
Farmacêutica	<p>Atuação junto a equipe multidisciplinar para avaliação da melhor alternativa terapêutica com enfoque em aspectos de tolerância e interações medicamentosas, avaliação de reações adversas e reforço para adesão terapêutica.</p> <p>Uniformizar as condutas terapêuticas, contribuindo para melhoria do acesso e uso racional dos medicamentos. Dimensionamento da demanda e organização logística para garantir o acesso aos medicamentos pelo usuário, a distribuição e armazenamento correto dos medicamentos para minimizar perdas.</p>
Locais de desenvolvimento das ações	<p>As ações terapêuticas podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde ou nas unidades de média e alta complexidade. Quando houver necessidade de atendimento por profissional de uma determinada categoria que não esteja alocado na unidade de atendimento do paciente, este deverá ser encaminhado à unidade de referência, com o devido preenchimento do relatório de referência/ contra referência.</p>

Observações

Profissionais envolvidos

Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, educador físico, farmacêutico clínico, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais.

9. CRITÉRIOS DE CONTROLE METABÓLICO

Glicemia	Lipídeos	Pressão Arterial
<ul style="list-style-type: none"> • Pré-prandial: 90 a 130mg/dl • Pós-prandial: < 180mg/dl (2 h após o início da refeição) <p>Observação: Na criança até 8 anos, pelo risco elevado de hipo-glicemias severas, o limite glicêmico pode ser considerado até 200mg/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1C: <p>As metas ideais para A1C em crianças e adolescentes não estão rigidamente determinadas e são definidas em função dos níveis de glicemia pré-prandial, podendo-se usar como referência os seguintes valores:</p> <p>De 0 a 6 anos: 7,5 a 8,5% De 6 a 12 anos: < 8% De 13 a 19: < 7,0- 7,5%</p> <p>Na gestante: a A1C não deve ser utilizada como parâmetro de avaliação para eventuais alterações no esquema terapêutico</p> <p>No idoso: o nível de A1C desejado deve ser individualizado, podendo chegar a 8% no caso de pacientes mais fragilizados</p> <p>No adulto: < 7,0%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • LDL < 100mg/dl ou < 70mg/dl se ocorrer doença macrovascular • HDL > 40mg/dl no homem > 50mg/dl na mulher > 45mg/dl na criança • Triglicérides: < 150mg/dl (na criança, considerar < de 100mg/dl) • Colesterol total < de 200mg/dl (na criança, considerar < de 150mg/dl) 	<ul style="list-style-type: none"> • < 130/80 (na criança, considerar PAS e PAD < 90 segundo percentis de idade, sexo e estatura — consultar a I Diretriz de Prevenção de Aterosclerose na Infância e Adolescência)

10. PRINCIPAIS GRUPOS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DO DIABETES E COMORBIDADES MAIS COMUMENTE ASSOCIADAS

1 – Medicamentos usados em manifestações gerais

- Analgésicos
- Antiinflamatórios
- Antiinfeciosos
- Antissépticos
- Antifúngicos
- Antibióticos
 - Penicilinas
 - Cefalosporinas
 - Tetraciclina
 - Macrolídeos
 - Aminoglicosídeos
 - Sulfonamidas, Quinolonas
- Quimioterápicos para os tratamentos respiratório e urinário
- Vitaminas

2 – Medicamentos que atuam sobre o sistema endócrino

- Hormônio tireoidiano e adjuvantes
- Insulinas
 - Insulina humana NPH
 - Insulina humana regular
 - Análogos de insulina de ação prolongada e ultrarrápida
- Antidiabéticos orais
 - Glibenclamida
 - Metformina

3 – Medicamentos usados em doenças de órgãos e sistemas orgânicos

- Medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal
- Medicamentos usados na insuficiência cardíaca
- Medicamentos antiarrítmicos
- Medicamentos usados na cardiopatia isquêmica
- Medicamentos anti-hipertensivos
 - Diuréticos
 - Bloqueadores adrenérgicos
 - Bloqueadores de canais de cálcio
 - Vasodilatadores diretos
 - Bloqueadores de receptor da angiotensina
 - Inibidores da angiotensina II
- Medicamentos diuréticos
- Medicamentos usados no choque cardiovascular
- Medicamentos hipolipemiantes
- Medicamentos antivaricosos

4 – Medicamentos tópicos usados em pele, mucosas e fâneros

- Antiinfeciantes
- Antiinflamatórios esteroidais
- Antissépticos

Observações a serem consideradas em relação ao manejo terapêutico do paciente diabético:

Fármacos que aumentam o risco da hipoglicemia: ácido acetil salicílico (aas) e sulfas, quinolonas, trimetopim, álcool e anticoagulantes, probenecida e alopurinol.

Fármacos que dificultam o controle glicêmico: barbitúricos, diuréticos de alça, corticóides, estrógeno Aas 100mg/dia: usado na prevenção primária (apenas para pacientes de alto risco) e secundária da doença cardiovascular, exceto se houver contra-indicação

11. INSULINOTERAPIA

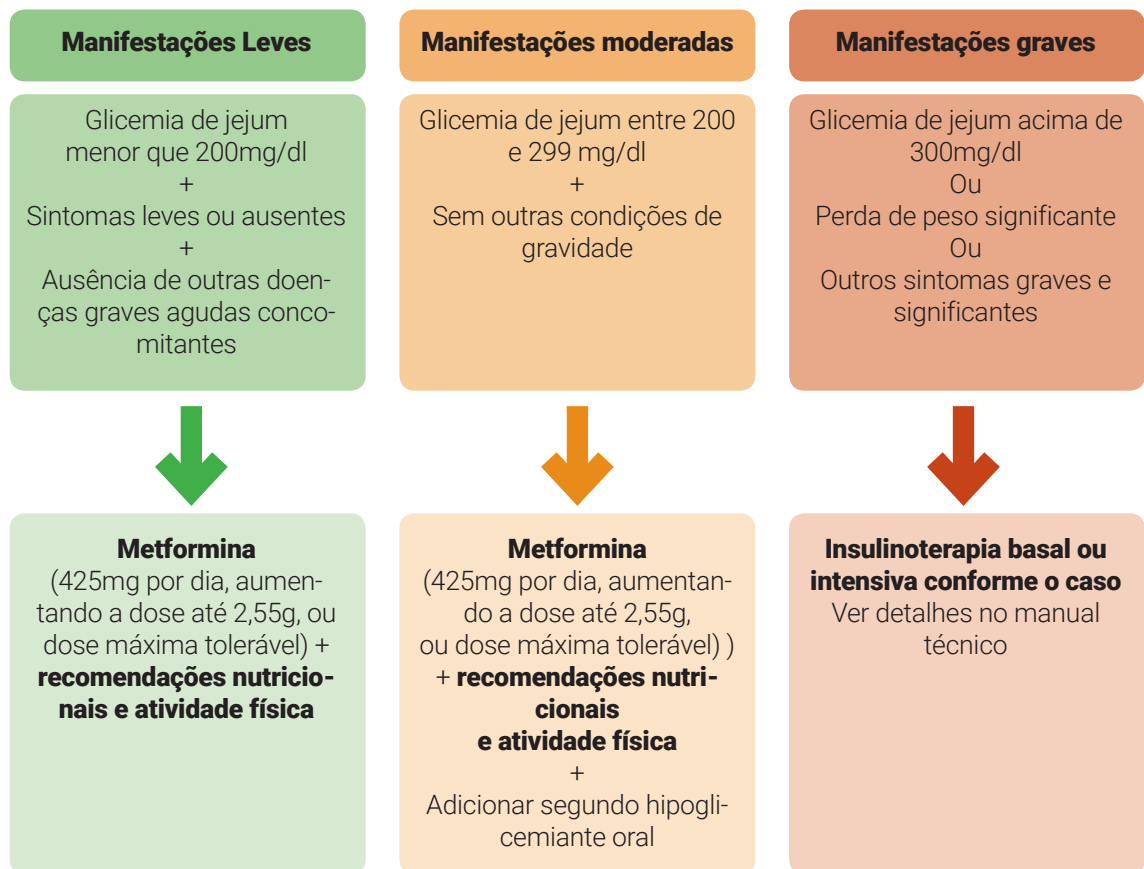
Tipos de insulina	Ação rápida – R	Também conhecida como regular, cristalina ou simples. Usada em casos de urgência (cetose ou cetoacidose) ou incorporada em regimes distintos ou combinadas à insulina intermediária. A insulina regular inicia sua ação de 30 minutos a uma hora, seu pico de ação é de duas a três e a duração da ação é de cinco a oito horas.
	Ação intermediária – N	A preparação disponível é a NPH estável, podendo ser utilizada concomitantemente com a Regular sem interferência em sua absorção. A insulina NPH inicia sua ação em 2 a 4 horas, seu pico de ação é de 4 a 10 horas e a duração da ação é de 10 a 18 horas. É apresentada em forma de suspensão e precisa ser homogenizada corretamente antes da aplicação. A grande variabilidade do efeito hipoglicêmico, com maior variabilidade da glicemia e maior risco de hipoglicemia.
Esquemas de tratamento	O objetivo do tratamento é manter o paciente o mais próximo possível da normoglicemia, sem hipoglicemias e com a melhor qualidade de vida possível. O esquema ideal é o que garante a manutenção do objetivo clínico (especialmente crescimento e desenvolvimento) e metabólico desejado (avaliado através da Hb glicada) de maneira mais simples. Frequentemente os pacientes requerem como tratamento convencional duas injeções diárias, distribuindo a dose total em 2/3 antes do café da manhã e 1/3 antes do jantar, porém outros esquemas podem ser adotados. A reposição sub-ótima de insulina leva a anormalidades metabólicas de graves consequências (retardo do crescimento, puberdade atrasada, lesões microvasculares irreversíveis) com danos orgânicos de alto custo social e humano.	
Ajuste de dose	Os fatores que devem ser levados em conta para o ajuste da dose são: número de refeições, distribuição e conteúdo de carboidratos, exercício ou atividade física, estágio de desenvolvimento da puberdade, presença de infecções, resultados da automonitorização e níveis de Hemoglobina glicada nos últimos 3 meses.	
Conservação	Deve ser mantida refrigerada entre + 2°C e + 8°C, devendo ser retirada da geladeira meia hora antes da aplicação. Não deve ser congelada. Eventualmente a ampola em uso pode permanecer à T.A. durante vários dias (6 sem.) desde que não seja submetida a temperaturas extremas ou exposição direta à luz. A aplicação é mais indolor em temperaturas mais altas e a reserva deve ser mantida na parte interna da geladeira. Após início do uso a validade é de 4 a 6 semanas.	
Aplicação	Alguns cuidados importantes: não agite o frasco (role entre as mãos), introduza a agulha perpendicularmente à pele (não precisa aspirar antes de injetar), utilize seringas e agulhas próprias para insulina, com graduação adequada para a dose a ser utilizada de modo a evitar erros de dosagem (seringas menores para doses menores – existem seringas de 30, 50 e 100 unidades).	
Locais de aplicação	A absorção da insulina regular é mais rápida nas pregas do abdomen, em volta do umbigo, enquanto que para a insulina NPH, o local mais adequado são as coxas, nádegas e braços onde a absorção é mais lenta. Quando houver atividade física, aplicar na parede abdominal ou na região glútea. Deve ser feito rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia em geral hipertrófica, dificultando a absorção da insulina. Em pacientes com idade inferior a três anos, a injeção deve ser subcutânea profunda.	

Efeitos colaterais	Hipoglicemia (palpitação, tremor, suor frio, fome excessiva, ansiedade, sudorese intensa, palidez, sonolência, confusão, torpor, ataxia, distúrbios do comportamento, convulsão, perda da consciência, visão borrada, diplopia, tonturas, cefaleia, coma), ganho de peso e lipodistrofias.
Complicações	Hipoglicemia, lipodistrofia hipertrófica ou hipertrofia insulínica, edema insulínico e resistência insulínica.

12. TRATAMENTO DO DIABETES

CONDUTA INICIAL CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA

PACIENTES COM IMC MAIOR QUE 25 Kg/m² E GLICEMIA DE JEJUM MAIOR QUE 150mg/dl

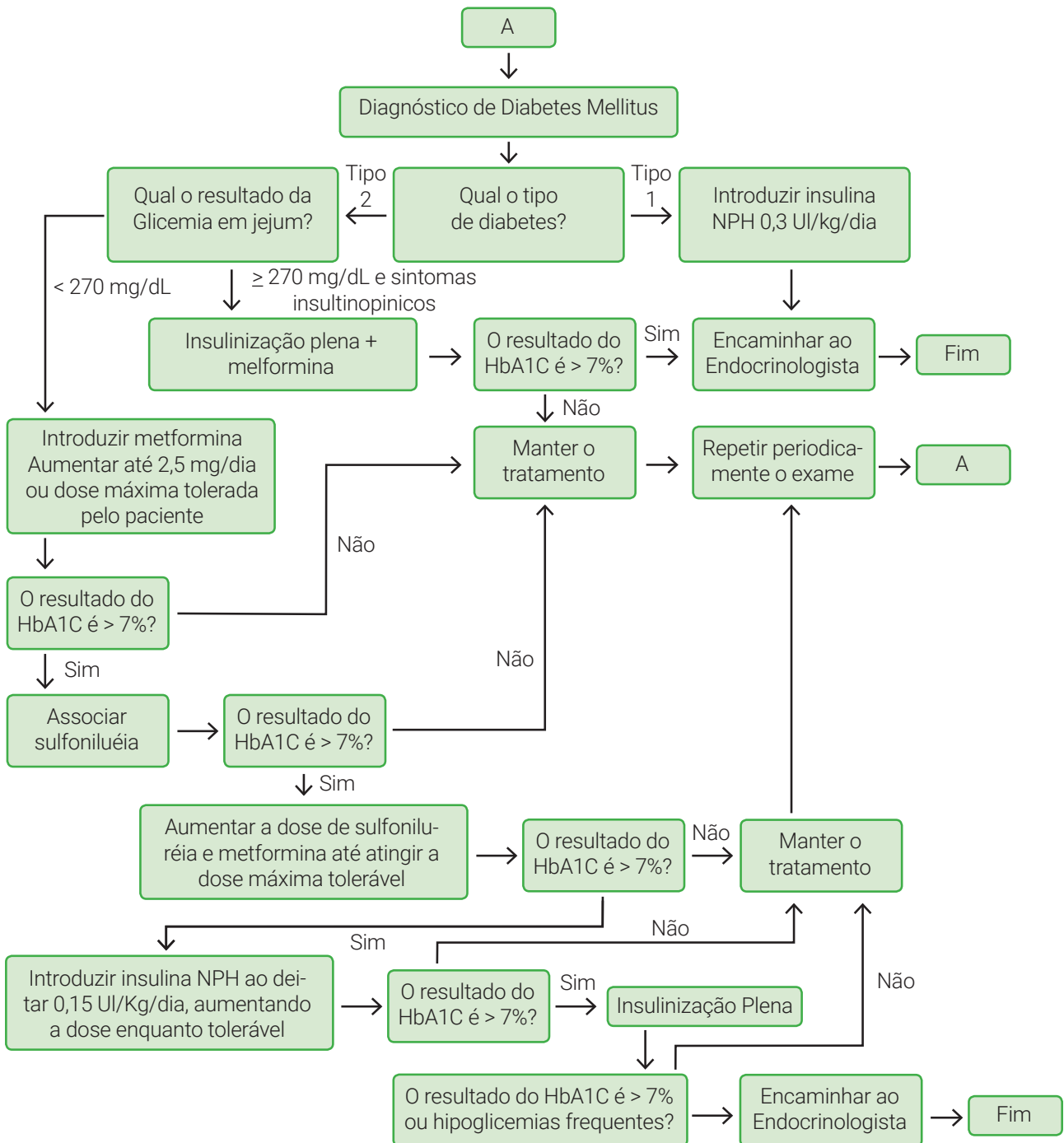


ADIÇÃO DO SEGUNDO HIPOGLICEMIANTE ORAL OU INSULINA, CASO NÃO HAJA CONTROLE METABÓLICO

<p>HbA1c 7 – 8%</p> <p>Sulfoniluréia</p>	<p>HbA1c 8 – 10%</p> <p>Sulfoniluréia</p> <p>Se necessário adicionar Insulina NPH ao deitar</p>	<p>HbA1c 8 – 10%</p> <p>Insulina NPH (0,2 a 0,5 U/Kg/dia) 2/3 antes do café e 1/3 antes de deitar com ou sem</p> <p>Sulfoniluréia</p> <p>Metformina</p>
--	---	---

13. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

O fluxograma abaixo descreve as possibilidades de manejo do paciente diabético na atenção básica, antes do encaminhamento ao especialista. O objetivo a ser perseguido é manter, sempre que possível, o paciente devidamente controlado em acompanhamento na unidade básica. Esgotadas as possibilidades de controle, o paciente deve ser imediatamente encaminhado ao especialista. A demora no controle glicêmico leva a anormalidades metabólicas de graves consequências (retardo do crescimento, puberdade atrasada, lesões microvasculares irreversíveis) com danos orgânicos de alto custo social e humano.



14. EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA

Exame	Periodicidade	Observações
Glicemia de jejum	No diagnóstico e a cada 4 a 6 meses	Parâmetro no momento do diagnóstico: menor ou igual a 99 mg/dl : normal Se o resultado estiver entre 100 e 125mg/dl, considerar como intolerância a carboidratos (pré-diabetes) Parâmetro de bom controle no seguimento: até 130 mg/dl (na criança até 8 anos, pelo risco elevado de hipoglicemia, considerar limites maiores, no máximo até 180 mg/dl)
Teste de tolerância à glicose (TOTG)	No diagnóstico de diabetes quando a glicemia de jejum estiver entre 100 e 125 mg/dl No diagnóstico do diabetes gestacional, quando a glicemia for maior ou igual a 92 mg/dl de jejum	Parâmetro: Diagnóstico de diabetes quando a glicemia, após ingestão de carboidratos, ultrapassar 200 mg/dl Nas gestantes, se > 140 mg/dl na 1ª hora e >120 mg/dl na 2ª hora: iniciar tratamento medicamentoso
Glicemia pós-prandial	No seguimento do paciente diabético, podendo ser substituída pela auto-monitorização	Parâmetro: <140-180 mg/dl OBS:a amostra pós prandial é coletada após 2 horas do início da alimentação Em diabéticas gestacionais, o bom controle a amostra coletada após 1 hora deve ser < 140mg/dl ou duas horas < 120 mg/dl
Glicosúria	No diagnóstico	
Hemoglobina glicada (HbA1C)	No diagnóstico e a cada 4 a 6 meses	Parâmetro: HbA1C < 7% (individualizar o objetivo considerando faixa etária e co-morbidades) Na criança, repetir a cada 2 a 3 meses
T4 Livre / TSH-ultra sensível	No diagnóstico e anualmente	Na criança, investigação de tireoidite autoimune
Triglicérides	No diagnóstico e anualmente	Caso esteja alterado, a cada 6 meses. Parâmetro: < 150 mg/dl
Colesterol total	No diagnóstico e anualmente	Caso esteja alterado, a cada 6 meses. Parâmetro: <200 mg/dl
HDL colesterol	No diagnóstico e anualmente	Caso esteja alterado, a cada 6 meses. Parâmetro: > 40 mg/dl para homens e > 50 mg/dl para mulheres

Exame	Periodicidade	Observações
LDL colesterol	No diagnóstico e anualmente	Caso esteja alterado, a cada 6 meses. Parâmetro: < 100 mg/dl (< 70 mg/dl para os com risco cardiovascular elevado)
Creatinina	No diagnóstico e anualmente	Caso haja alteração renal, a cada 6 meses. Na criança, solicitar apenas se for constatada microalbuminúria
Urina I	No diagnóstico e anualmente	Solicitar bioquímica e sedimento
Relação Albumina/creatinina (A/C) na urina	Utilizado como método de rastreamento. DM 2: No diagnóstico solicitar três amostras em 3 meses caso seja alterada e anualmente se for normal DM 1: Após 5 anos do diagnóstico e depois disso, anualmente. Semestralmente nos pacientes com microalbuminúria presente e em tratamento com inibidores da ECA	O resultado desse exame pode sofrer interferências em determinadas situações clínicas; nesses casos, confirmar o resultado após a correção das anormalidades (vide manual técnico)
Pesquisa de microalbuminúria em urina de 24 horas	Nos casos de Diabetes do tipo 2 com relação A/C alterada.	É o sinal mais precoce de nefropatia e identifica os pacientes com maior risco para: retinopatia, doença cardiovascular, cerebrovascular e mortalidade. Na criança, não há necessidade de solicitação no início do tratamento. Definida como uma relação A/C > 30 g de albumina/g de creatinina, encontrada em 2 ou 3 determinações. O resultado desse exame pode sofrer interferências em determinadas situações clínicas; nesses casos, confirmar o resultado após a correção das anormalidades.
Proteinúria de 24 horas	Nos casos de Diabetes dos tipos 1 e 2 com relação A/C alterada, ou suspeita de síndrome nefrótica.	

Exame	Periodicidade	Observações
Clearance da creatinina	Nos casos de estimativa da TFG pelos métodos da MDRD ou da fórmula de Cockcroft-Gault alterada	A taxa de filtração glomerular pode ser calculada com razoável acurácia através de fórmulas, entretanto o seu resultado deve ser expresso em níveis, sendo necessária a investigação mais detalhada através do clearance da creatinina, nos casos em que ela é inferior a 60 ml/min. A fórmula do MDRD é: $TFG = 186 \times C_{ser} \times idade$ (multiplicar por 1,212 no caso de negros ou 0,742 em mulheres). Sugere-se o uso de aplicativos de celular.
Pesquisa de co-morbidades	AST, ALT, GGT anualmente para pesquisa de esteato-hepatite não alcoólica Para outros exames, definir a periodicidade de acordo com a queixa clínica e os achados de exame físico	
Dosagem do peptídeo C	Para confirmação diagnóstica do Diabetes tipo 1, caso o critério clínico não seja suficiente	Parâmetro: Peptídeo C $\leq 0,2$ ng/ml é diagnóstico de DM1 Os valores podem estar normalizados após compensação metabólica no DM1
Dosagem de auto-anticorpos anti GAD e anti-insulina	Para confirmação diagnóstica do Diabetes tipo 1, caso o critério clínico não seja suficiente	Parâmetro: Anticorpos positivos confirmam DM1 Alguns marcadores podem estar normais em casos de DM1 idiopática
RX de punho e mãos para avaliação da idade óssea	A partir dos 5 anos e a cada 2 a 3 anos ou quando houver atraso no crescimento – a critério médico	Na criança, de acordo com a decisão do médico
Pesquisa de doença celíaca (transglutaminase)	Se detectado atraso no crescimento ou a critério médico	Na criança, de acordo com a decisão do médico

15. APOIO DIAGNÓSTICO MINIMAMENTE NECESSÁRIO PARA OS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO

Atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais: glicemia, teste de sobrecarga com glicose, hemoglobina glicada, urina (sedimentoscopia, determinação de proteinúria e cetonúria, pesquisa de dismorfismo eritrocitário), lipídeos sanguíneos, creatinina, clearance de creatinina, eletrólitos, hemograma, cultivo bacteriano • Exames radiológicos • ECG • Para os casos de Diabetes tipo 1: dosagem de glicemia e hemoglobina glicada (com o resultado destes exames, o paciente é encaminhado para a atenção especializada)
Atenção ambulatorial de média complexidade	<ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais: glicemia, teste de sobrecarga com glicose, urina (sedimentoscopia, determinação de proteinúria e cetonúria, pesquisa de dismorfismo eritrocitário), lipídeos sanguíneos, hemoglobina glicada, creatinina, clearance de creatinina, eletrólitos, hemograma, cultivo bacteriano • Exames radiológicos • ECG • Gasometria arterial • Dosagem do peptídeo C, anticorpos anti- GAD e anti-insulina • Fundoscopia indireta • Mapeamento de retina • Campimetria • CT abdominal • Ultrassom abdominal e doppler de membros inferiores • Ultrassom e Doppler de carótidas • Eletroneuromiografia • Avaliação de potencial evocado • Biópsia renal
Atenção ambulatorial de alta complexidade	<ul style="list-style-type: none"> • Eletroretinograma • Fotocoagulação de retina • Angiofluorescência da retina • Angiografia • Tomografia de coerência ótica • Ecografia B

16. AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – AME

Em 2007, o governo do Estado de São Paulo lançou um novo serviço de atenção ambulatorial de média complexidade, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), que tem por objetivo agilizar a elucidação diagnóstica de casos encaminhados pela Atenção Básica ou pelos serviços de média complexidade, orientando a conduta e definindo o fluxo do paciente no sistema.

Para isso, conta com uma equipe de médicos especialistas e de outros profissionais da saúde, além de um parque de equipamentos pensado para maximizar sua resolutividade com rapidez e eficiência, Além de exames de análises clínicas, a equipe pode contar com uma série de métodos diagnósticos em especialida-

des médicas, de acordo com o perfil do AME definido para a região. Além disso, está aparelhado para a realização de uma série de procedimentos terapêuticos e cirurgias ambulatoriais.

Importante frisar que este arsenal tecnológico deve ser acionado a partir de uma unidade básica ou especializada, sempre que houver necessidade de uma elucidação diagnóstica rápida.

Em relação ao Diabetes, o paciente do tipo 1 captado na Unidade Básica deve ser obrigatoriamente encaminhado para o AME para confirmação diagnóstica, classificação de risco e orientação de conduta, sendo posteriormente referenciado para o Ambulatório de Especialidades para seguimento. O mesmo fluxo acontece no Diabetes Gestacional, sendo a paciente inicialmente referenciada ao AME para num segundo momento ser encaminhada ao serviço de Pré-Natal de Alto Risco.

Já o paciente diabético do tipo 2 permanece sempre que possível na Unidade Básica sendo referenciado ao AME quando for necessária uma avaliação especializada. Nesta situação, o AME avalia o caso, realiza os exames necessários, orienta a conduta e define se o paciente deve ser reencaminhado para a atenção básica ou se necessita ser referenciado para a atenção de média complexidade.

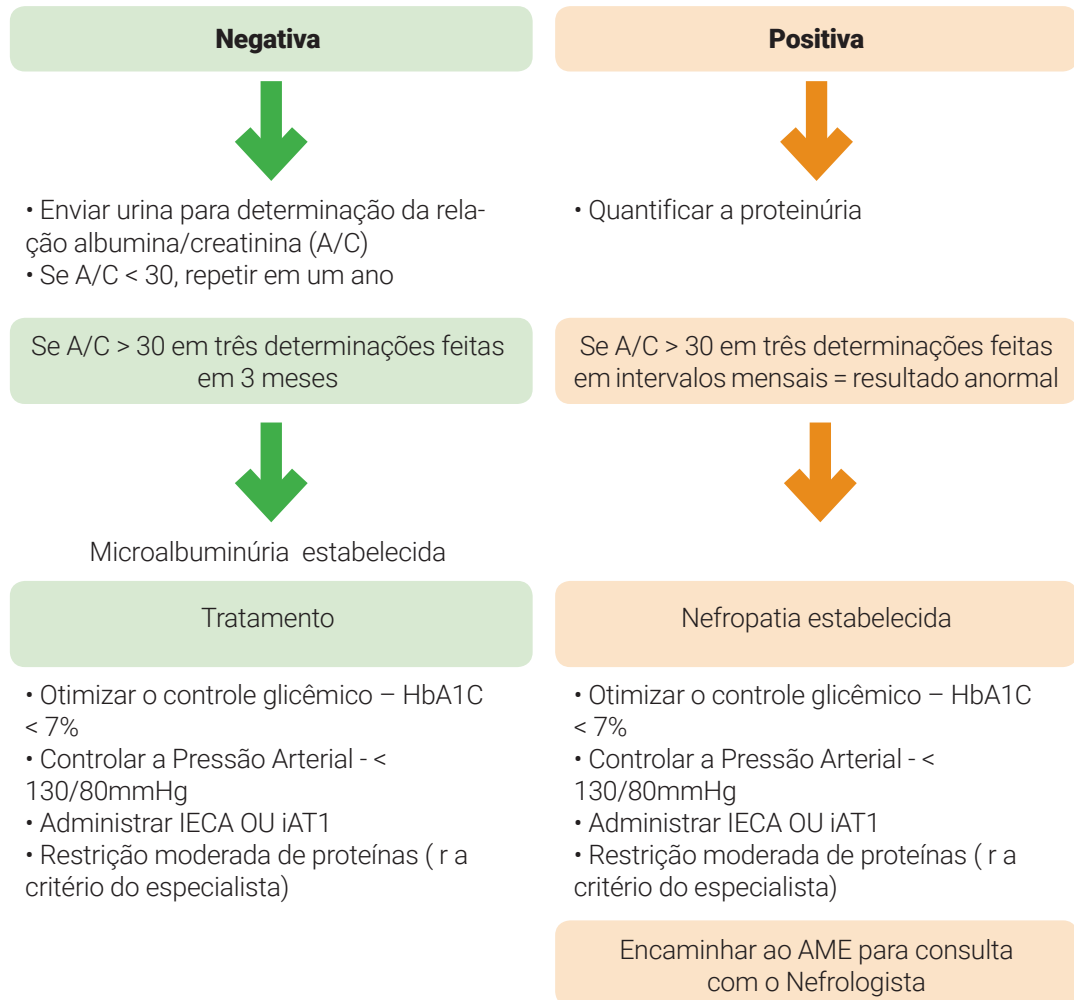
17. PARÂMETROS PARA SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

O diagnóstico de acometimento de órgãos-alvo não pressupõe o imediato encaminhamento do paciente para a atenção especializada. O médico clínico, na Unidade Básica, é o responsável final pelo tratamento, ampliando sua capacidade resolutiva através da solicitação de interconsultas com especialistas, sendo a contra-referência um instrumento importante para o adequado manejo terapêutico do caso.

Área comprometida	Exames a serem solicitados pela atenção primária para encaminhamento	Pré-requisitos para solicitação de interconsulta
Renal	Urina I, proteinúria 24 hrs ou micro-albuminúria, creatinina, clearance de creatinina, Ultrassonografia renal	Resultados dos seguintes exames: Taxa de filtração glomerular estimada ou Clearance de creatinina ≤ 30 ml/min/SC, ou proteinúria > 300 mg/dia Relatório de encaminhamento devidamente preenchido
Cardiológica	ECG, RX de Tórax, Teste de esforço (ergometria), Ecocardiograma	Evidências clínicas ou eletrocardiográficas de cardiopatia isquêmica ou insuficiência cardíaca congestiva Relatório de encaminhamento devidamente preenchido
Neurológica	O exame de confirmação diagnóstica (eletroneuromiografia), caso necessário, nem sempre é acessível à atenção básica. Neste caso, encaminhar para a atenção especializada tendo como base o quadro clínico	Neuropatia sensitiva sem controle dos sintomas clínicos, confirmada ou não por eletroneuromiografia Relatório de encaminhamento devidamente preenchido
Oftalmológica	Encaminhamento imediato em caso de alterações visuais. Lembrar que deve ser anualmente solicitada a fundoscopia de rotina	Alterações visuais e/ou fundoscopia mostrando retinopatia diabética proliferativa, glaucoma, hemorragia retiniana, hemorragia vítrea, descolamento de retina ou catarata detectados na avaliação oftalmológica de rotina Relatório de encaminhamento devidamente preenchido
Vascular	Os exames de confirmação diagnóstica normalmente não são acessíveis à atenção básica. Neste caso, encaminhar para a atenção especializada tendo como base o quadro clínico	Quadro clínico de vasculopatias com ou sem confirmação diagnóstica através do Doppler arterial de MMII ou Doppler de carótidas mostrando sinais de aterosclerose com obstrução de mais de 50% do lúmen arterial Relatório de encaminhamento devidamente preenchido

18. MICROALBUMINÚRIA E NEFROPATIA DO DIABÉTICO – RASTREAMENTO E CONDUTA

Realizar a pesquisa nos indivíduos com DM Tipo 1 (com duração maior ou igual a 5 anos) e DM Tipo 2: solicitar o exame de urina com pesquisa de proteinúria anualmente



As seguintes condições podem causar proteinúria ou microalbuminúria:

Febre, exercício físico nas últimas 24 horas, insuficiência cardíaca, glicemia não controlada, Diabetes do tipo 1 e 2 não controlada, Infecções.

19. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES AGUDAS QUE PODEM DEMANDAR ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

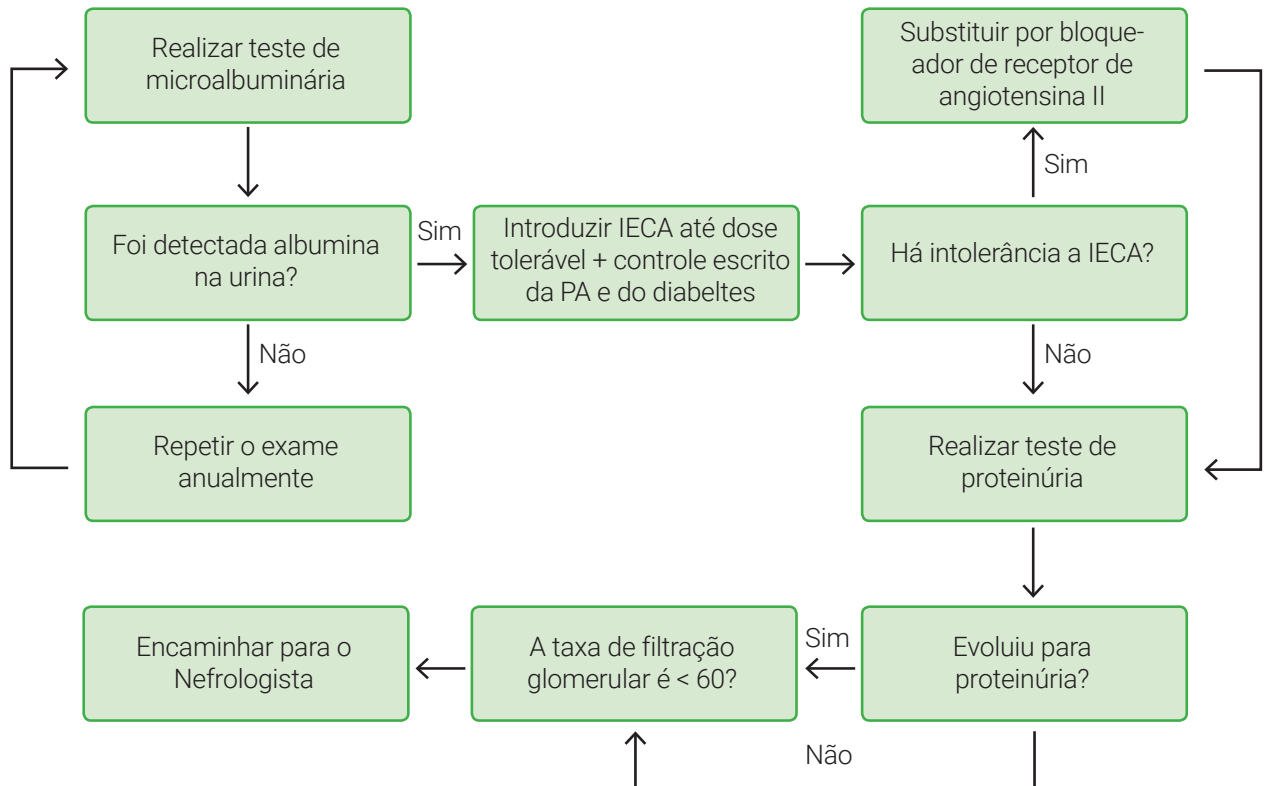
Quadro clínico	Sinais e sintomas	Achados laboratoriais
Cetoacidose	Poliúria, polidipsia, desidratação, dor abdominal, rubor facial, hálito cetônico, hiperventilação, náuseas, vômitos Observação: o idoso raramente desenvolve cetoacidose, mas sim estado de hiperosmolaridade iniciando com confusão, coma ou sinais neurológicos focais	Glicosúria, glicemia > 300mg/dl, cetonúria, acidose alterações eletrolíticas, leucocitose
Hiperosmolaridade	Poliúria intensa evoluindo para oligúria, polidipsia, desidratação, dor abdominal, rubor facial, hipertermia, sonolência, obnubilação, coma	Glicosúria elevada, hiperglicemia extrema (acima de 700mg/ dl), uremia
Hipoglicemia nos casos em que o paciente não se recupera após a ingestão de carboidrato ou administração de glicose endovenosa	Adrenérgicos: palpitação, tremor, suor frio, fome excessiva, ansiedade, sudorese intensa, palidez Neuroglipênicos: sonolência, confusão, torpor convulsões, ataxia, distúrbios do comportamento, convulsão, perda da consciência, coma, visão borrada, diplopia, tonturas, cefaléia, coma	Hipoglicemia
Infarto agudo do miocárdio	Dor pré-cordial em aperto, queimação, pontada ou sensação de angústia, irradiada para MSE, costas, estômago ou mandíbula, sudorese, dispnéia, náuseas, tonturas, desencadeada após esforço ou stress emocional	Alterações eletrocardiográficas sugestivas de infarto do miocárdio, elevação do CPK, CKMB
Acidente Vascular Cerebral	Paresia, parestesia, hemianopsia e ou diplopia, disartria e ou afasia, confusão mental, náusea e ou vômito associado a um dos sintomas anteriores	TC crânio com evidência de AVC isquêmico ou hemorrágico

20. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 COM COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO ACOMETIMENTO DE ÓRGÃOS-ALVO

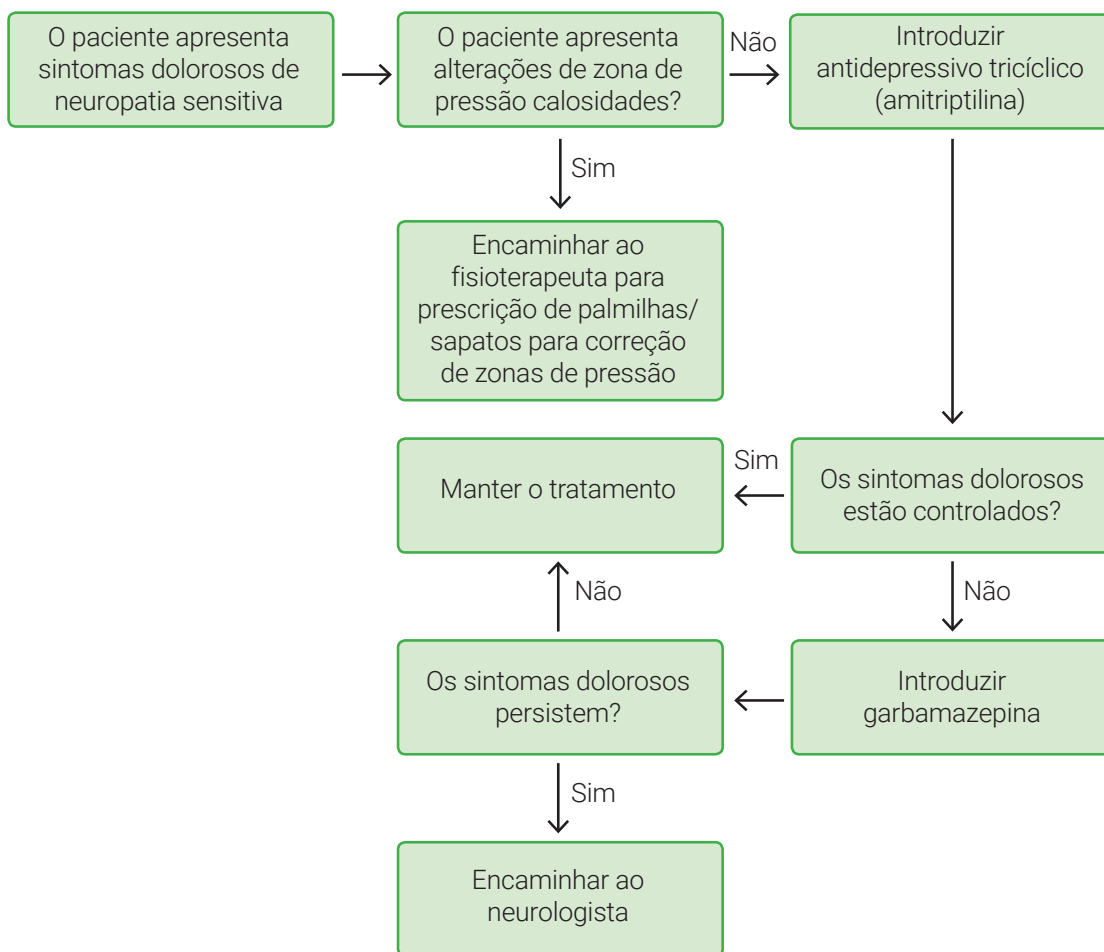
Os fluxogramas abaixo descrevem as possibilidades de manejo do paciente diabético na atenção básica quando são detectados sinais e/ou sintomas decorrentes do acometimento de órgãos-alvo, antes do encaminhamento ao es-

pecialista. O objetivo a ser perseguido é manter, sempre que possível, o paciente devidamente controlado em acompanhamento na unidade básica de forma a prevenir complicações. Detectadas tais complicações, o clínico deve atuar de acordo com o protocolo abaixo, evitando encaminhamentos precoces e, portanto, desnecessários, ou tardios, quando o paciente já apresenta lesões irreversíveis que irão impactar negativamente no seu prognóstico e na sua qualidade de vida.

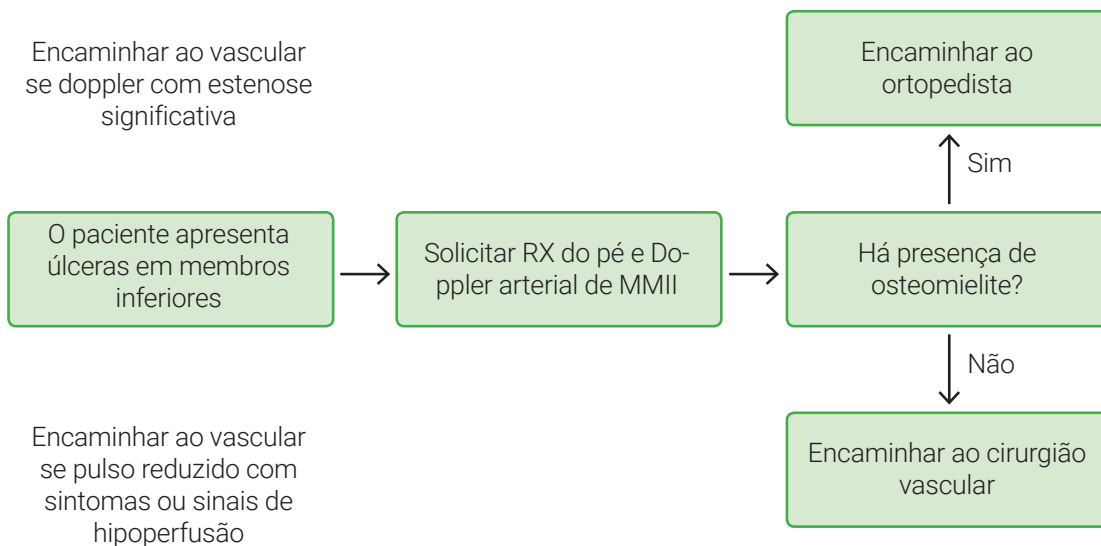
21. MANEJO DA NEFROPATIA DIABÉTICA INCIPIENTE



22. MANEJO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA



23. MANEJO DA VASCULOPATIA



24. EXAME DOS PÉS DO INDIVÍDUO DIABÉTICO

Nome: _____

Data do nascimento: _____ Número do prontuário: _____

Exame detalhado: Inicialmente e anualmente

Assinale a presença (+) ou ausência (-)

	Pedioso	Tibial posterior	Úlcera	Calo/def. óssea	Perda de pêlos/ pele atrófica
Direita					
Esquerda					

Indique a presença (+) ou ausência (-) de sensibilidade nas cinco áreas assinaladas, utilizando o monofilamento de 10g



Comentários:

Examinador:

Inspeção visual somente: deve ser feita a cada visita

Data: _____

Normal Anormal Especifique: _____

Encaminhamento: _____

Data: _____

Normal Anormal Especifique: _____

Encaminhamento: _____

Data: _____

Normal Anormal Especifique: _____

Encaminhamento: _____

25. CUIDADOS COM OS PÉS DO INDIVÍDUO DIABÉTICO

EXAME CUIDADOSO DOS MEMBROS INFERIORES
(Frequência mínima: anual)

Alterações vasculares	Autocuidado (prevenção e detecção precoce de alterações)	Alterações Neurológicas
<p>Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Claudicação intermitente • Dor em repouso <p>Sinais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de pulsos • Palidez à elevação • Perda de pêlos • Pele atrófica • Cianose <p>Avaliação (Encaminhamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ultrassonografia • Angiografia <p>Condutas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicação • Exercícios • Encaminhar ao especialista <p>Exame diário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele • Unhas 	<p>Utilização de calçado adequado – fechado, solado firme</p> <p>Solicitação de inspeção visual a cada visita à Unidade Básica</p> <p>Verificação de possíveis deformidades ósseas</p> <p>Cessaçã do tabagismo</p> <p>Controle periódico da glicemia e da pressão arterial</p> <p>O auto-controle deve ser feito por toda a vida e reforçado a cada visita</p> <p>Neuropatia</p> <p>Sintomas (excluir causas secund.:def.Vit B12,álcool,etc)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queimação • Dor • Adormecimento <p>Sinais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele atrófica • Formação de calos • Unhas distróficas 	<ul style="list-style-type: none"> • Deformidades ósseas • Atrofia muscular • Sensibilidade reduzida • Perda de reflexos <p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monofilamento • Vibração • Reflexos <p>Condutas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicação • Controle da dor • Eliminação de pontos de pressão • Encaminhamento ao especialista <p>Neuropatia e Doença Vascular Periférica</p> <p>Risco elevado para: Úlceras plantares, Necrose, Infecção e Amputação</p> <p>Especialistas envolvidos: Infectologistas, Médico Clínico, Endocrinologista, Cirurgião Vascular, Ortopedista, Cirurgião, Radiologista</p>

26. RELATÓRIO DE REFERÊNCIA/CONTRA-REFERÊNCIA DO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES

RELATÓRIO DE REFERÊNCIA/CONTRA-REFERÊNCIA DO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES

Unidade de origem: _____

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ Número do prontuário: _____

Data do encaminhamento: _____ Contato: _____

Encaminhado para Unidade: _____

() Endocrinologista () Outra Especialidade Médica _____ () Psicólogo
 () Nutricionista () Assistente social () Fisioterapeuta () Terapia Ocupacional
 () Assistente Social () Outro: _____

• Quadro clínico sugestivo de coronariopatia	• Quadro clínico sugestivo de retinopatia	• Sem controle metabólico adequado com uso de hipoglicemiantes orais e/ou insulina
• Quadro clínico sugestivo de miocardiopatia com ICC	• Resistência à insulina • Necessidade de mais de 100U de insulina diária • >2UI/kg/d	• hipoglicemias graves(noturnas e/ou assintomáticas)
• Quadro clínico e/ou exame de imagem de insuficiência arterial periférica	• Manifestações alérgicas com o uso de insulina	• alterações laboratoriais (glicemia, HbA1c, Ureia, Creatinina, micro albuminúria, proteinúria)

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO (Diagnósticos principais, plano de cuidado interdisciplinar, plano terapêutico medicamentoso, motivo do encaminhamento, etc)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Comentários _____

Conduta recomendada _____

Encaminhamento:

Retorno à unidade de origem: ()

Retorno à unidade de origem com acompanhamento paralelo na especialidade ()

Responsável pela avaliação (com carimbo) _____

Contato: _____ Data: _____

27. CARTÃO DE AUTOMONITORAMENTO

A medida da glicemia é muito importante e deve ser realizada de acordo com as orientações dos profissionais da unidade de saúde onde você é atendido. Anote os resultados na ficha de controle e leve sempre nas consultas para que seu médico possa analisar e orientar o melhor tratamento para você. **Se você também É HIPERTENSO**, realize o controle da pressão e anote. Esta é uma informação importante para o seu médico.

Tudo o que você achar que pode interessar o seu médico na hora de decidir o tratamento, anote na coluna **OBSERVAÇÕES**

Dia	Jejum	2h após CAFÉ	Antes do ALMOÇO	2h após ALMOÇO	Antes do JANTAR	2h após JANTAR	Antes de DORMIR	Observação
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
Completar Até dia 31								

LEMBRE-SE: VOCÊ DEVE SER O PRIMEIRO A CUIDAR DA SUA SAÚDE

Mês:

28. AÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2							
ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE							
Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
População em geral	Promoção da saúde	Divulgar informações e desenvolver atividades educativas para uma vida mais saudável: estilo de vida, curso de vida, alimentação e nutrição, hábitos, ambientes familiar, sociais e de trabalho. Orientação do indivíduo e da comunidade para um maior controle do próprio indivíduo sobre sua saúde e ambiente; Implementação de políticas públicas saudáveis que estimulem o desenvolvimento de ações intersetoriais, incentivem a participação comunitária, visando à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo	Equipe multiprofissional		Material educativo, transporte		
	Prevenção da saúde	Desenvolver ações educativas que abordem os fatores de risco para diabetes; que orientem sobre a importância de hábitos saudáveis como alimentação adequada e prática de exercícios físicos; que estimulem práticas de auto cuidado, de controle do estresse, de medição periódica da pressão arterial e de realização de exames laboratoriais, de acordo com o caso	Equipe multiprofissional		Material educativo, transporte		
De ambos os sexos acima de 45 anos. Grupos de risco para DM tipo 2. Pesquisar DM tipo 2 em todos os pacientes de idade superior a 45 anos ou pacientes com IMC > 25 Kg/m ² e com fatores de risco abaixo relacionados: 1. Sedentarismo; 2. Parentes de 1º e 2º graus diabéticos; 3. Parto de RN > 4 kg ou evidência de DM gestacional; 4. Hipertensão (PA > 140/90 mmHg) independentemente da idade ou em uso de antihipertensivos;	Detecção precoce de pacientes com diabetes	Proceder ao rastreamento em locais públicos, desenvolvendo atividades de busca ativa, medindo a glicemia e pressão arterial, com cálculo de IMC. Os indivíduos que apresentem exame de glicemia acima de 100mg/dl devem ser encaminhados à unidade básica para avaliação clínica	Equipe multiprofissional	Considerar uso de metformina para prevenção de diabetes em indivíduos com pre diabetes, especialmente com IMC > 35 kg/m, menores de 60 anos e mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos	Material educativo; materiais para diagnóstico como glicosímetros digitais, manômetro de pressão arterial digital, balanças portáteis, fitas de medidas, calculadora, tiras para medida de glicemia	Dosagem da glicemia em glicosímetro digital	Fichas individuais para registro e planilha de censo para avaliação da campanha

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2

ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
<p>5. Dislipidemia (HDL < 35 mg/dL; LDL > 130 mg/dL ou triglicérides > 250 mg/dL);</p> <p>6. Mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP);</p> <p>7. Outras condições associadas à resistência à insulina (acantose nigricans, obesidade GIII);</p> <p>8. História de doença cardiovascular;</p> <p>9. A1c (Hemoglobina glicada) ≥ 5,7%, Glicemia de jejum alterada ou tolerância diminuída à glicose em exames prévios.</p>							
<p>Pacientes já em atendimento com sintomas que alertem os profissionais de saúde para a possibilidade de Diabetes: lactentes com quadros infecciosos, crianças com enurese secundária, anorexia, jovens e adultos de até 45 anos de idade, que apresentam: emagrecimento intenso, desnutrição, poliúria, polidipsia, queixas visuais, cetose, monilíase oral e genital</p>	<p>Detecção precoce de pacientes com diabetes</p>	<p>Investigar clínica e laboratorialmente</p>	<p>Médico clínico, pediatra, profissionais de enfermagem</p>			<p>Glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose</p>	<p>Prontuário</p>
<p>Indivíduos com glicemia acima de 100mg/dl identificados através de busca ativa (mutirões, screening nas unidades, etc). Indivíduos de qualquer idade que buscam espontaneamente atendimento na unidade básica com sintomas compatíveis com diabetes</p>	<p>Acolhimento</p>	<p>Cadastrar o indivíduo na unidade, atendimento de enfermagem com determinação do peso, circunferência abdominal, inspeção de unhas, espaços interdigitais e axilas (acantose) com solicitação de glicemia de jejum para confirmação diagnóstica</p>	<p>Profissionais de enfermagem</p>		<p>manômetro de pressão arterial digital, balanças portáteis, fitas de medidas, calculadora</p>	<p>Glicemia de jejum</p>	<p>Prontuário, cartão SUS, ficha dos pés</p>
<p>Indivíduos com glicemia de jejum acima de 100mg/dl confirmada</p>	<p>Avaliação clínica inicial</p>	<p>Anamnese, exame físico geral, avaliação nutricional e mental com medida de pressão arterial a cada consulta, exame dos pés, solicitação de exames e manejo terapêutico de acordo com protocolo</p>	<p>Médico clínico, pediatra</p>	<p>Medicamentos</p>	<p>Esfigmomanômetro, estetoscópio e oftalmoscópio, material específico para avaliação neurológica</p>	<p>Apoio diagnóstico</p>	<p>Prontuário, ficha dos pés</p>

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2

ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Estabelecido. Confirmação do diagnóstico de Diabetes					
Gestantes com alteração glicêmica em qualquer fase da gestação (a glicemia deve ser solicitada no início da gestação e na 20ª semana)	Diagnóstico de Diabetes gestacional	Cadastrar a paciente no pré-natal se a paciente ainda não tiver iniciado o acompanhamento gestacional e no e-SUS, e inscrever no sistema de vigilância da unidade	Profissionais de enfermagem e médico clínico ou gineco-obstetra	Medicamentos, vacinas (influenza, antipneumocócica)		Exames laboratoriais	Prontuário, cartão da gestante, ficha de acompanhamento pré-natal, ficha de vigilância
		Realizar avaliação clínica e obstétrica, solicitar exames de acordo com o protocolo de pré-natal, instituir tratamento se necessário, orientar dieta e exercícios, proceder à imunização	Médico clínico, gineco-obstetra, profissionais de enfermagem	Medicamentos		Exames laboratoriais	Prontuário, cartão da gestante, ficha de acompanhamento pré-natal
		Encaminhar todas as gestantes com diagnóstico de Diabetes gestacional para a atenção especializada para seguimento no pré-natal de alto risco com obstetra especializado, preenchendo adequadamente o relatório de encaminhamento	Médico clínico, gineco-obstetra				Prontuário, cartão da gestante, ficha de acompanhamento pré-natal, relatório de referência/ contra-referência
		Garantir que a paciente participe da programação educativa na unidade especializada ou na unidade básica	Equipe multiprofissional		Material educativo		Prontuário, cartão da gestante, ficha de acompanhamento pré-natal
Indivíduos com glicemia alterada e com o seguinte perfil: lactentes com quadro infeccioso, crianças com enurese secundária, anorexia, jovens e adultos de até 45 anos de idade, que apresentam emagrecimento intenso, desnutrição, poliúria, polidipsia, queixas visuais, cetose, monilíase oral e/ou genital. Indivíduos maiores que 45 anos, magros com diagnóstico de diabetes do tipo 2, com dificuldade de controle com o uso de hipoglicemiantes orais	Diagnóstico de Diabetes do tipo 1-	Cadastrar o paciente no e-SUS	Profissionais de enfermagem				Prontuário, relatório de referência/ contra-referência
		Avaliar clinicamente o paciente e iniciar tratamento imediato com insulina 20 ou encaminhar para uma Unidade de Urgência/ Emergência caso esteja descompensado	Médico clínico ou pediatra	Medicamentos, vacinas (influenza, antipneumocócica)		Apoio diagnóstico	Prontuário, relatório de referência/ contra-referência
		Encaminhar todos os pacientes com Diabetes tipo 1 para o AME	Médico clínico, pediatra				Prontuário, relatório de referência/ contra-referência

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2							
ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE							
Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Orientar o paciente e/ou seus familiares quanto ao diagnóstico e a importância do tratamento adequado. Se for iniciado o uso de insulina, treinar o paciente e/ou familiares para sua administração, agendando retorno frequente para acerto de dose até sua consulta no AME	Médico clínico, pediatra, profissionais de enfermagem	Medicamentos	Material educativo	Apoio diagnóstico	Prontuário, cartilha de autocuidado, cartão de automonitoramento
		Manter o paciente no sistema de vigilância da unidade de modo a garantir seu seguimento no E-SUS ou sistema próprio da unidade	Profissionais de enfermagem				Instrumento de vigilância, e-SUS
Demais indivíduos com glicemia alterada que não se enquadram no perfil acima	Diagnóstico de Diabetes tipo 2	Cadastrar o paciente no e-SUS	Profissionais de enfermagem				Instrumento de vigilância, E-SUS
		Consulta médica e de enfermagem (anamnese, exame físico geral, avaliação nutricional e mental com medida de pressão arterial a cada consulta, exame dos pés, solicitação de exames)	Médico clínico ou pediatra			Apoio diagnóstico	Prontuário
		Proceder à classificação de risco clínico considerando clínica e laboratorialmente a possibilidade de acometimento de órgãos-alvo	Médico clínico ou pediatra				Prontuário
		Complementar a avaliação inicial sob a ótica multiprofissional	Equipe multiprofissional		Materiais específicos de cada área		Prontuário
Indivíduos diabéticos tipo 2 de baixo risco (sem acometimento de órgãos-alvo)	Elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado com enfoque interdisciplinar tendo como foco a prevenção do acometimento de órgãos-alvo	Instituir tratamento clínico com consultas médicas e de enfermagem (anamnese, exame físico geral, avaliação nutricional e mental com medida de pressão arterial a cada consulta, exame dos pés, solicitação de exames e manejo terapêutico de acordo com protocolo estabelecido)	Médico clínico ou pediatra	Medicamentos, vacinas (influenza, antipneumocócica)	Esfigmomanômetro, estetoscópio e oftalmoscópio, material específico para avaliação neurológica	Apoio diagnóstico 6	Prontuário, ficha dos pés

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2

ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Programar as ações educativas com foco no autocuidado. Caso a unidade básica não conte com uma equipe multiprofissional completa, solicitar o apoio de profissionais alocados na atenção especializada para definir o conteúdo educativo	Equipe multiprofissional		Material educativo		Prontuário, cartilha de autocuidado
		Encaminhar para avaliações especializadas mandatórias: oftalmologia (anualmente) e odontologia (semestralmente). No caso da oftalmologia, pelo elevado risco de desenvolvimento de retinopatia diabética, independente da avaliação anual de retina, encaminhar sempre que o paciente apresentar queixas visuais (turvação), acuidade visual < 0,8 ou outras situações que o médico considere de risco	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/ contra-referência
		Monitorar a adesão do paciente em relação ao comparecimento às consultas (busca ativa se necessário) e ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso (no caso de não adesão, reforçar as ações educativas e incluir familiares, cuidadores ou outros atores)	Equipe multiprofissional		Meios de comunicação para busca ativa, transporte		Prontuário, instrumento de vigilância
		Rever periodicamente a classificação de risco, considerando o quadro clínico e os exames laboratoriais periódicos. Se for detectado o acometimento de órgãos-alvo, redefinir o plano terapêutico, e se necessário, encaminhar para a atenção especializada segundo os parâmetros estabelecidos	Equipe multiprofissional				Prontuário

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2							
ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE							
Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Verificar a cada consulta se o paciente está sob controle metabólico segundo os parâmetros estabelecidos. Em caso negativo, reavaliar o Projeto Terapêutico como um todo: rever o plano terapêutico medicamentoso, reforçar as ações educativas e insistir no autocuidado	Equipe multiprofissional	Medicamentos	Material educativo	Apoio diagnóstico	Prontuário, cartilha de autocuidado
		Se mesmo tomadas todas as medidas acima, não for possível atingir o controle metabólico ou ocorrerem outras intercorrências que exijam atenção especializada, encaminhar para AME com relatório devidamente preenchido solicitando contra referência para posterior seguimento na unidade	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/contrareferência
		No caso de intercorrências agudas 15, reavaliar o Projeto Terapêutico e verificar se há possibilidade de controle na própria unidade básica. Caso contrário, encaminhar para Unidade de Urgência/Emergência com relatório de encaminhamento devidamente preenchido, solicitando contra referência para posterior seguimento na unidade	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/contrareferência
Indivíduos diabéticos tipo 2 – 1 de alto risco (com acometimento de órgãos-alvo desde o início do acompanhamento ou inicialmente diagnosticados como de baixo risco e que evoluíram com acometimento de órgãos-alvo)	Elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado com enfoque interdisciplinar tendo como foco a prevenção de complicações decorrentes do acometimento de órgãos-alvo	Instituir tratamento clínico com consultas médicas e de enfermagem: anamnese, exame físico geral com ênfase no exame neurológico, avaliação nutricional e mental com medida de pressão arterial a cada consulta, exame dos pés e avaliação da circulação periférica, solicitação de exames. Ênfase no manejo terapêutico e laboratorial de modo a prevenir a evolução das comorbidades	Médico clínico ou pediatra	Medicamentos, vacinas (influenza e antipneumocócica)	Esfingomanômetro, estetoscópio e oftalmoscópio, material específico para avaliação neurológica	Avaliação de especialistas para possível uso de medicações anti-hiperglicêmicas com comprovado efeito em reduzir mortalidade cardiovascular na população de alto risco, conforme diretrizes nacionais e internacionais	Prontuário, ficha dos pés

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2**ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
	já existente (neuropatia, nefropatia, cardiopatia, vasculopatia, retinopatia)	Instituir ações terapêuticas de caráter interdisciplinar ou encaminhar para a atenção especializada. O paciente com acometimento de órgãos-alvo pode necessitar de ações específicas de outros profissionais da saúde que normalmente não estão disponibilizados na unidade básica. Nestes casos, encaminhar o paciente para a atenção especializada para interconsulta ou acompanhamento paralelo	Equipe multiprofissional		De acordo com a ação proposta	Exames/avaliações específicas conforme cada caso	Prontuário, relatório de referência/contrareferência
		Definir calendário de consultas médicas, de enfermagem e avaliações multiprofissionais	Equipe multiprofissional				Prontuário
		Programar as ações educativas com foco no autocuidado. Caso a unidade básica não conte com uma equipe multiprofissional completa, solicitar o apoio de profissionais alocados na atenção especializada para definir o conteúdo educativo	Equipe multiprofissional		Material educativo		Prontuário, cartilha de autocuidado
		Encaminhar para avaliações especializadas mandatórias: oftalmologia (anualmente) e odontologia (semestralmente). No caso da oftalmologia, pelo elevado risco de desenvolvimento de retinopatia diabética, independente da avaliação anual de retina, encaminhar sempre que o paciente apresentar queixas visuais (turvação), acuidade visual < 0,8 ou outras situações que o médico considere de risco	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/contrareferência

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2							
ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE							
Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Encaminhar para avaliação médica especializada de acordo com os parâmetros estabelecidos, mantendo-se a unidade básica como responsável final pelo acompanhamento, mesmo que o paciente necessite de um seguimento periódico em determinada especialidade (acompanhamento paralelo). Solicitar expressamente o envio de contra referência que irá subsidiar a revisão periódica do tratamento clínico e do Projeto Terapêutico como um todo	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/ contra- referência
		Monitorar a adesão do paciente em relação ao comparecimento às consultas (busca ativa se necessário) e ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso (no caso de não adesão, reforçar as ações educativas e incluir familiares, cuidadores ou outros atores)	Profissionais de enfermagem		Meios de comunicação para busca ativa, incluindo transporte		Prontuário, instrumento de vigilância
		Verificar a cada consulta se o paciente está sob controle metabólico segundo os parâmetros estabelecidos. Em caso negativo, reavaliar o Projeto Terapêutico como um todo: rever o plano terapêutico medicamentoso, reforçar as ações educativas e insistir no autocuidado	Médico clínico ou pediatra e profissionais de enfermagem	Medicamentos	Material educativo	Apoio diagnóstico	Prontuário, cartilha de autocuidado
		Se mesmo tomadas todas as medidas acima, não for possível atingir o controle metabólico ou ocorrerem outras intercorrências que exijam atenção especializada, encaminhar para o AME com relatório devidamente preenchido solicitando contra referência para posterior seguimento na unidade	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/ contra- referência

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2**ATENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Medidas de prevenção e outros insumos		
		No caso de intercorrências agudas, reavaliar o Projeto Terapêutico e verificar se há possibilidade de controle na própria unidade básica. Caso contrário, encaminhar para Unidade de Urgência/Emergência com relatório de encaminhamento devidamente preenchido, solicitando contra referência para posterior seguimento na unidade	Médico clínico ou pediatra				Prontuário, relatório de referência/ contra-referência

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2							
ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE							
Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Nos pacientes de alto risco, com acometimento de órgãos-alvo (neuropatia, nefropatia, vasculopatia, cardiopatia, retinopatia), encaminhar para avaliação de outros especialistas de acordo com a necessidade, mantendo-se o endocrinologista infantil como responsável final pelo acompanhamento, mesmo que o paciente necessite de um seguimento periódico em outro serviço (acompanhamento paralelo). Solicitar expressamente o envio de contra referência que irá subsidiar a revisão periódica do tratamento clínico e do Projeto Terapêutico como um todo	Endocrinologista, endocrinologista infantil				Prontuário, relatório de referência/contrareferência
		Nos pacientes diabéticos de alto risco, encaminhar, se necessário, para avaliação especializada de alta complexidade, mantendo-se o endocrinologista infantil como responsável final pelo acompanhamento (acompanhamento paralelo). Solicitar expressamente o envio de contra referência que irá subsidiar a revisão periódica do tratamento clínico e do Projeto Terapêutico como um todo	Endocrinologista, endocrinologista infantil				Prontuário, relatório de referência/contrareferência
		Monitorar a adesão do paciente em relação ao comparecimento às consultas (busca ativa se necessário) e ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso (no caso de não adesão, reforçar as ações educativas e incluir familiares, cuidadores ou outros atores e comunicar a unidade básica)	Profissionais de enfermagem		Meios de comunicação para busca ativa, transporte		Prontuário, relatório de referência/contrareferência

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2

ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Verificar a cada consulta se o paciente está sob controle metabólico segundo os parâmetros estabelecidos. Em caso negativo, rever o Projeto Terapêutico como um todo, o plano terapêutico medicamentoso, reforçar as ações educativas e insistir no autocuidado	Endocrinologista, endocrinologista infantil, profissionais de enfermagem		Material educativo		Prontuário, cartilha de autocuidado
		No caso de intercorrências agudas, reavaliar o Projeto Terapêutico 9 e verificar se há possibilidade de controle na própria unidade. Caso contrário, encaminhar para Unidade de Urgência/Emergência com relatório de encaminhamento devidamente preenchido, solicitando contra-referência para posterior seguimento na unidade	Endocrinologista, endocrinologista infantil				Prontuário, relatório de referência/ contra-referência
Indivíduos diabéticos tipo 2 encaminhados pelo AME para avaliação e conduta de outros profissionais (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) ou outros profissionais médicos.	Avaliação inicial	Realizar avaliação específica de acordo com o solicitado pela unidade de origem, não perdendo de vista o viés interdisciplinar, essencial no tratamento do paciente diabético	Psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais		Material educativo e/ou outros de acordo com o caso		Prontuário, relatório de referência/ contra-referência, cartilha de autocuidado
	Encaminhamento do caso a partir da avaliação inicial	O profissional define o encaminhamento de acordo com a especificidade de cada caso. Para pacientes encaminhados pelo AME: 1 – reencaminhamento para a atenção básica com recomendações 2 – reencaminhamento para a atenção básica mantendo seguimento periódico com a especialidade (acompanhamento paralelo 8) Em todos os casos, considerar o Projeto Terapêutico Individualizado 9 definido para o paciente na sua unidade de origem e emitir contra-referência	Psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais				Prontuário, relatório de referência/ contra-referência, cartilha de autocuidado

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2

ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Evolução diária pela equipe multiprofissional	Equipe multiprofissional contando com especialistas médicos	Medicamentos de acordo com o caso, sendo indispensáveis: insulina, soluções de hidratação, outros itens de reposição, antibióticos		Apoio diagnóstico 6, exames laboratoriais de acordo com o caso contando minimamente com: Gasometria arterial, glicemia, creatinina, eletrólitos, urinal, hemograma, exames radiológicos, cultivos bacterianos	Prontuário hospitalar
		Instituir ações terapêuticas de caráter interdisciplinar se necessário	Equipe multiprofissional		De acordo com a ação proposta		Prontuário, cartão de autocuidado
		Programar as ações educativas 3 com foco no autocuidado	Equipe multiprofissional		Material educativo		Prontuário, cartilha de autocuidado
		Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações e encaminhamentos para a unidade de origem	Equipe multiprofissional				Relatório de referência/contrareferência, cartilha de autocuidado, prontuário hospitalar, relatório de alta

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2

ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
Indivíduos diabéticos do tipo 1 ou 2, com insuficiência renal encaminhados pelo endocrinologista ou outro especialista médico para procedimentos dialíticos	Cadastramento	Cadastrar o paciente no serviço de diálise O serviço hospitalar de média complexidade tem diálise? Não sei	Profissionais de enfermagem				Prontuário, relatório de referência/ contra referência
	Avaliação clínica inicial	Consulta com nefrologista tendo como foco o diagnóstico e proposta de tratamento	Nefrologista	Medicamentos de acordo com o caso		Exames laboratoriais	Prontuário, relatório de referência/ contra referência
	Elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado com enfoque interdisciplinar	Proceder a uma avaliação inicial interdisciplinar para verificação das necessidades do paciente	Psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc				Prontuário
		Instituir tratamento dialítico com consultas médicas e de enfermagem, avaliação nutricional, psicológica e social, solicitação de exames e manejo terapêutico de acordo com protocolo estabelecido	Equipe multiprofissional	Medicamentos			Prontuário
		Instituir ações terapêuticas de caráter interdisciplinar	Equipe multiprofissional				Prontuário
		Definir calendário de consultas médicas, de enfermagem e avaliações multiprofissionais	Equipe multiprofissional				Prontuário
		Programar as ações educativas 3 com foco no autocuidado	Equipe multiprofissional			Material educativo	Prontuário, cartilha de autocuidado
		Monitorar a adesão do paciente em relação ao comparecimento ao tratamento (busca ativa se necessário) e ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso (neste caso, reforçar as ações educativas 3 e incluir familiares, cuidadores ou outros atores). Se necessário, acionar a Unidade Básica	Profissionais de enfermagem			Meios de comunicação para busca ativa, incluindo transporte	Prontuário, instrumento de vigilância

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2							
ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE							
Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Inscrever o paciente na lista de transplante se necessário	Equipe multiprofissional				
		No caso de intercorrências agudas, reavaliar o Projeto Terapêutico e verificar se há possibilidade de controle na própria unidade. Caso contrário, encaminhar para Unidade de Urgência/ Emergência ou Unidade Hospitalar de Alta Complexidade para internação com relatório de encaminhamento devidamente preenchido, solicitando contra-referência para posterior seguimento na unidade					Prontuário, relatório de referência/ contra referência
		Manter contato sistemático através de contra-referência com a equipe multiprofissional do ambulatório de especialidades, de modo a integrar o Projeto Terapêutico Individualizado	Equipe multiprofissional				Prontuário, relatório de referência/ contra referência
Indivíduos diabéticos do tipo 1 ou 2, com retinopatia diabética encaminhados pelo clínico, pediatra, endocrinologista ou oftalmologista para procedimentos oftalmológicos de alta complexidade	Cadastramento	Cadastrar o paciente no serviço de oftalmologia	Profissionais de enfermagem				Prontuário, relatório de referência/ contra referência
	Avaliação clínica	Avaliar clinicamente o paciente, identificar o tipo de retinopatia (proliferativa ou não proliferativa) e definir o Projeto Terapêutico Individualizado com abordagem interdisciplinar, se for o caso	Equipe multiprofissional	Medicamentos		Apoio diagnóstico	Prontuário
		Instituir ações terapêuticas de caráter interdisciplinar se necessário	Equipe multiprofissional				Prontuário
		Definir calendário de consultas médicas, de enfermagem e avaliações multiprofissionais	Equipe multiprofissional				Prontuário
		Programar as ações educativas com foco no autocuidado	Equipe multiprofissional		Material educativo		Prontuário, cartilha de autocuidado

Linha de Cuidado – Diabetes do tipo 1 e 2**ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

Público-alvo	Ações	Atividades	Recursos mínimos necessários nos pontos de atenção			Apoio mínimo necessário de diagnóstico e terapia	Instrumentos mínimos necessários para o gerenciamento do cuidado à gestante
			Profissionais	Medicamentos e outros insumos farmacêuticos	Outros insumos		
		Monitorar a adesão do paciente em relação ao comparecimento ao tratamento (busca ativa se necessário) e ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso (neste caso, reforçar as ações educativas 3 e incluir familiares, cuidadores ou outros atores). Se necessário, acionar a Unidade Básica	Profissionais de enfermagem		Meios de comunicação para busca ativa, incluindo transporte		Prontuário, instrumento de vigilância
		Manter contato sistemático através de contra-referência com a equipe multiprofissional do ambulatório de especialidades, de modo a integrar o Projeto Terapêutico Individualizado 9	Profissionais de enfermagem				Prontuário, relatório de referência/ contra referência
		Encaminhar para serviço de oftalmologia de alta complexidade) no caso de necessidade de vitrectomia, retinopexia ou outros procedimentos cirúrgicos	Oftalmologista	Medicamentos		Apoio diagnóstico	Prontuário, relatório de referência/ contra referência

