
	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ SECRETARIA DE SAÚDE	
Programa da Saúde do Adulto e Idoso - PSA		
<small>Especialidade</small> Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes 1		<small>Código do Protocolo</small> PSA

Anexo I da Resolução nº 02, de 27 de julho de 2010.

1-INTRODUÇÃO

Considerando os Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de Acesso, Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde, visando a Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças, Assistência ao usuário, além da Recuperação e Reabilitação construímos o Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. .



As ferramentas para a execução, avaliação e monitoramento dos processos de trabalho presentes neste protocolo foram construídas e pactuadas com a presença dos atores envolvidos no manejo de hipertensão arterial e do diabetes Mellitus dos níveis de atenção primária, secundária e terciária da Secretaria Municipal de Saúde de Mauá, Estado de São Paulo.

2-ACESSO

Demanda espontânea: O agendamento da 1ª consulta do paciente portador de hipertensão arterial (HAS) e /ou diabetes(DM) com enfermagem e/ou médico ou grupo deverá ser realizado após passar pelo acolhimento e por classificação de risco segundo o protocolo de acolhimento. Este será revisado pela Coordenação da Enfermagem com a participação da Diretora do Departamento da Saúde do Adulto e Idoso, Profissionais da Enfermagem e Médicos das Unidades de Saúde da Atenção Básica. Todos os funcionários, inclusive os não técnicos deverão estar cientes destes fluxos para garantir o acolhimento destes pacientes.

Os pacientes das Unidades Básicas de Saúde devem ser cadastrados no Sistema de informação **(SISHIPERIA)**.

Programáticos: Pacientes com hipertensão arterial (HAS) limítrofe (130-139/86-89) ou HAS estágio 1(140-159 / 90-99) e com no máximo 2 fatores de risco cardiovasculares adicionais , sem lesão de órgãos-alvo , sem diabetes e sem síndrome metabólica deverão passar por 2 consultas/ano médica e 2 consultas/ano de enfermagem intercaladas a cada 90 dias (nestes casos a prescrição de medicamentos deve ser feita para 6 meses). **A inclusão destes pacientes neste fluxo será determinada pelo médico clínico geral ou generalista da Atenção Básica.** É imprescindível que estes pacientes participem regularmente dos grupos consulta, de Educação em Saúde e Promoção da Saúde. . Nos demais casos manter o protocolo de 4 consultas ano/médico e 4 consultas/ano de enfermagem intercaladas a cada 45 dias (prescrever medicamentos para 90 dias)

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ SECRETARIA DE SAÚDE	
Programa da Saúde do Adulto e Idoso - PSA		
<small>Especialidade</small> Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes 2		<small>Código do Protocolo</small> PSA

Anexo I da Resolução nº 02, de 27 de julho de 2010.

Pacientes Programáticos devem sempre sair das unidades de saúde com o retorno marcado, portanto, sempre a folha de agendamento deve estar disponível.

A critério médico essas consultas podem ser antecipadas. Para o acesso aos exames e consultas nas especialidades, estão em fase de elaboração oficinas para a atualização dos protocolos pela Regulação.

Com a vinda do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) para a microrregião a oferta de exames para o diagnóstico das complicações do diabetes e hipertensão será ampliada já que está encontrando-se deficiente.

3-PROGRAMÁTICOS OU NÃO PROGRAMÁTICOS INTERNADOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS OU APÓS ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Inicialmente garantir 1 vaga por médico/semana a mais de acolhimento nas agendas específica para os casos de alta hospitalar.

Envio semanal a partir de agosto de 2010 das listas de pacientes internados no Hospital Dr Radamés Nardini por descompensação da hipertensão arterial e/ou diabetes ou por doenças que tem como base estas patologias (insuficiência renal crônica, coronariopatias, insuficiência arterial periférica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral) para os diretores de departamentos da atenção básica (saúde do adulto e idoso, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente). Além dos dados pessoais esta lista incluirá a unidade de saúde da atenção básica referência a qual será comunicada para a busca ativa destes pacientes.

O paciente hipertenso e/ou diabético receberá um resumo de alta hospitalar específico para a linha de cuidado em hipertensão e diabetes.

O agendamento de consulta na unidade ou visita domiciliar deverá ocorrer dentro da 1 semana após alta hospitalar.

As equipes dos Serviços de Urgência/Emergência ao identificarem o uso excessivo de pacientes hipertensos e /ou diabéticos por estes serviços, e /ou a não vinculação destes às Unidades de Saúde da Atenção Básica poderão entrar em contato com as mesmas, que deverão realizar a **busca ativa** destes pacientes.

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ SECRETARIA DE SAÚDE	
Programa da Saúde do Adulto e Idoso - PSA		
<small>Especialidade</small> Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes 3	<small>Código do Protocolo</small> PSA	

Anexo I da Resolução nº 02, de 27 de julho de 2010.

Demais indicações de Busca Ativa: Rastreamento de assintomáticos, identificação de sintomáticos ou busca de faltosos em Grupos consulta, ou de educação para Promoção da Saúde nas associações de bairros, ongs, sindicatos.

Manutenção das Campanhas realizadas pela coordenação de enfermagem da AB nos orçamentos participativos e nas datas comemorativas do calendário da saúde.

Os agentes de saúde (ACS) deverão sempre nas visitas domiciliares realizar a busca de faltosos através da avaliação do cartão consulta, bem como, pesquisar a adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso, os fatores facilitadores e que dificultam esta adesão tanto individual como associados ao núcleo familiar e a rede social, bem com as condições de renda e direitos aos benefícios, entre outros determinantes da saúde. Para isso, este deverá ser habilitado pela equipe técnica em saúde de cada unidade.

Distribuir, estimular e orientar o paciente a trazer a caderneta de acompanhamento ambulatorial para hipertensos e diabéticos.



4-MATRICIAMENTO

A abordagem da equipe mínima da ESF não supre todas as necessidades em saúde destes pacientes.

Para atingirmos a **integralidade** da atenção à saúde seguimos o modelo da clínica ampliada. A equipe de referência (equipe mínima) recebe matriciamento e constrói novas formas de produção de saúde através do vínculo e responsabilização (gestão da saúde em todos os níveis de atenção), e do trabalho multi e interdisciplinar. Quando estes atores não são suficientes para dar respostas aos usuários, busca-se esta resposta através da **intersectorialidade**.

O matriciamento se faz através das equipes do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) (nutricionistas, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, e fisioterapeuta) nas consultas compartilhadas utilizando as fichas de matriciamento N1 e N2, e na elaboração dos projetos terapêuticos individuais nos casos complexos, e das atividades coletivas de educação em saúde em parceria com as equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Tabagistas: Realizar atividades para que os pacientes tabagistas sejam motivados a frequentar o programa de controle do tabagismo.

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ SECRETARIA DE SAÚDE	
Programa da Saúde do Adulto e Idoso - PSA		
<small>Especialidade</small> Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes 4		<small>Código do Protocolo</small> PSA

Anexo I da Resolução nº 02, de 27 de julho de 2010.

O Matriciamento com os médicos cardiologistas do CEMMA será planejado junto a Coordenação de Especialidades e Regulação de modo que se dará através de reuniões de discussão de casos clínicos e/ou consultas compartilhadas.



O município possui 1 médica endocrinologista infantil. Com a contratação de mais 1 profissional da área será estudada a possibilidade de matriciamento.

5-AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Implantar após divulgação deste protocolo às oficinas de Educação Permanente nas Unidades de Saúde para discussão dos Processos de Trabalho da Equipe e Gestão das Linhas de cuidado da Hipertensão arterial e do Diabetes.

O planejamento local e monitoramento através dos indicadores já existentes (Plano de Saúde, Sispacto), e outros a serem construídos localmente serão efetivamente implantados pela própria equipe de técnica de cada unidade com o suporte dos apoiadores institucionais a serem designados para cada unidade.

Relatórios deverão ser gerados mensalmente nas unidades e encaminhados para o Departamento de Saúde do Adulto e Idoso da Secretaria Municipal de Mauá.

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ SECRETARIA DE SAÚDE	
Programa da Saúde do Adulto e Idoso - PSA		
<small>Especialidade</small> Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes 5		<small>Código do Protocolo</small> PSA

Anexo I da Resolução nº 02, de 27 de julho de 2010.

Bibliografia

Coordenação: Dra Samira Haddad / Diretora do Departamento de Saúde do Adulto e Idoso.

Colaborador e apoiador institucional à gestão: Dr Fábio Luis Alves Médico Sanitarista do HC-UNI-

CAMP, Profº de Graduação do 1º ano Medicina na Disciplina de Ações em Saúde Pública e Preceptor dos Residentes do de Medicina Preventiva do DMPS/FCM/UNICAMP. Especialista em Saúde Pública e Mestre em Saúde Coletiva pelo DMPS/FCM/UNICAMP.

Colaboradores

Sra Ana Lúcia Pontes de Mendonça/ Coordenadora das Especialidades e Regulação.

Dra Vânia Barbosa do Nascimento - Superintendente do Hospital Dr. Radamés Nardini.

Dr. Aquiles Afonso Campagnaro - Médico Regulador.

Sra Nílvia Alves da Silva – Diretora do Centro de Especialidades Médicas de Mauá (CEMMA).

Sra Laudiceia de Souza Alves Ferrari. – Diretora do Centro de Regulação.

Dra Melissa Sprösser Alonso – Coordenadora da Assistência farmacêutica.

Dr Marcelo Benedito de Oliveira - Médico Cardiologista do CEMMA.

Dr. Sérgio Lúcio Daianese Negrini - Médico Cardiologista do CEMMA.

Dra Larissa Moura Parente - Médica Cardiologista do CEMMA.

Dr. Fábio Henrique Banwart e Silva - Médico Cardiologista do CEMMA.

Colaboradores - médicos assistenciais da Atenção Básica

Dr Ailton de Almeida Fava Junior.

Dra Atsuhime Teramura.

Dr Celiton José Macedo.

Dr Carlos Miranda.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE SAÚDE**



Programa da Saúde do Adulto e Idoso - PSA

Especialidade
Protocolo de Linhas de Cuidado em Hipertensão Arterial e Diabetes
6

Código do Protocolo
PSA

Anexo I da Resolução nº 02, de 27 de julho de 2010.

Dra Eliana Manduca

Dr Ermindo Lúcio da Paz.

Dr Fabiano Flores.

Dra Fabiana Luiza Teixeira.

Dra Flávia da Silva Medeiros.

Dra Giovana Garofalo.

Dr Glauco R. C.Luciano.

Dr Ivan Duarte.

Dr Jaime F. Vega Tapia.

Dr José Geraldo Marcolino.

Dra Maria José Garcia.

Dra Maria Áurea Suzart da Cunha.

Dra Maraly Silva.

Dra Marise Trincha

Dra. Miriam Duarte Arruda da Silva.

Dra Mirella Mounzer Andraous.

Dr.Newton S. Miyashiro.

Dra. Nilza de Oliveira C. Loduca.

Dr Osmar Faganelo.

Dr. Rui Designe.

Dra Regina C. Milges Corazza Luciano.

Agradecimentos Sr Rodrigo Garcia Pedro/ Administrativo da Secretaria de Saúde de Mauá.