



ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS  
COORDENADORIA DA REDE DE HIPERTENSÃO E DIABETES

## PROGRAMA HIPERDIA MINAS

**A ASSISTÊNCIA PROGRAMADA NA REDE DE  
ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E  
USUÁRIOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA DA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS  
GERAIS**

BELO HORIZONTE

17 DE JANEIRO DE 2013

## **1) Introdução: a atenção programada**

A atenção programada é uma importante ferramenta de gestão da clínica. Esse instrumento subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos usuários.

A atenção à saúde de forma programada possibilita a adesão ao tratamento e a prevenção das complicações, da ocorrência de agudizações dessas condições crônicas, das hospitalizações e da mortalidade.

A programação local deve ser elaborada em cada ponto de atenção à saúde de uma rede de atenção.<sup>1</sup>

A programação local deve ser feita idealmente com periodicidade anual, utilizando-se os parâmetros de prevalência, programação e assistência expressos nos quadros a seguir.

## **2) Parâmetros de assistência na atenção primária à saúde**

Os parâmetros mínimos recomendados a seguir levam em consideração as diferentes complexidades das condições abordadas.

Os parâmetros assistenciais para os hipertensos e diabéticos são recomendações da SES/MG para a gestão da clínica e foram baseados em evidências e/ou experiências clínicas consensuadas por um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo médicos especialistas, sanitaristas e representante da Associação Mineira de Médicos de Família e Comunidade.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os parâmetros assistenciais para os indivíduos com DRC devem observar os parâmetros preconizados para a causa identificada da doença renal, especialmente a HAS e o DM, razão pela qual esses parâmetros não estão explicitados a seguir.

### **2.1) Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde**

**Quadro 1. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde**

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

**Fonte:** Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.<sup>2</sup>

**Quadro 2. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na atenção primária à saúde**

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Glicemia de jejum	1 a cada 3 anos	1 a cada 2 anos	1 a cada ano
Creatinina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicérides	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Urina rotina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

**Fonte:** Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012.<sup>2</sup>

**2.2) Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus na atenção primária à saúde**

**Quadro 3. Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde**

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Controle metabólico bom	Controle metabólico regular	Controle metabólico ruim
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta com dentista	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica	Conforme avaliação odontológica
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	3 consultas/ano	2 consultas/ano
Avaliação do pé diabético	1 avaliação/ano ( o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 avaliação/ano ( o seguimento dependerá do estadiamento do pé)	1 avaliação/ano( o seguimento dependerá do estadiamento do pé)
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia*	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

\* Especialmente na ausência da retinografia sem contraste e com avaliação anterior sem achados significativos.

**Fonte:** Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2012.<sup>2</sup>

**Quadro 4. Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes mellitus, por estrato e exame laboratorial, na atenção primária à saúde**

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Controle metabólico bom	Controle metabólico regular	Controle metabólico ruim
Glicemia capilar na UBS	4 a cada ano	15 a cada ano	30 a cada ano
Glicemia de jejum	2 a cada ano	3 a cada ano	4 a cada ano
Glicemia pós prandial	2 a cada ano	3 a cada ano	4 a cada ano
Hemoglobina glicosilada	2 a cada ano	3 a cada ano	4 a cada ano
Creatinina	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicerídes	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Urina rotina	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano

**Onde:** UBS= Unidade básica de saúde.

**Fonte:** Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2012.<sup>2</sup>

### 3) Parâmetros de assistência na atenção secundária à saúde

No quadro a seguir são apresentados alguns parâmetros de assistência, por procedimento/exame, preconizados pela SES/MG no cuidado de usuários com hipertensão arterial sistêmica de alto grau de risco cardiovascular e diabetes mellitus com controle metabólico ruim na Atenção Secundária à Saúde (ASS) de sua rede. Maiores detalhamentos sobre a parametrização da assistência especializada preconizada, incluindo do usuário com DRC, podem ser obtidos nos protocolos específicos dos Centros Hiperdia Minas (CHDM).

Deve-se ressaltar que a parametrização proposta para a rede temática da SES/MG, tanto em nível da APS quanto da ASS, está indicada mediante a prática exitosa do modelo de atenção às condições crônicas para o SUS, o qual tem se mostrado eficaz, efetivo e eficiente no controle dos usuários com essas condições.<sup>3</sup>

#### **Quadro 5. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica de alto risco cardiovascular e diabetes mellitus com controle metabólico ruim na atenção secundária à saúde da rede da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**

Procedimento/exame previsto	Estratificação dos usuários	
	Hipertenso de alto risco cardiovascular (25% dos usuários)	Diabéticos com controle metabólico ruim (30% dos usuários)
Consulta de cardiologia	3 consultas/ano	1 consulta/ano
Consulta de endocrinologia	—	3 consultas/ano
Consulta de oftalmologia	1 consulta a cada ano	1 consulta a cada ano
Consulta de nefrologia	3 consultas/ano somente para os hipertensos com DRC em estágios 3B,4 e 5	3 consultas/ano somente para os diabéticos com DRC em estágios 3B,4 e 5
Consulta de angiologia	1 consulta a cada ano	1 consulta a cada ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	2 consultas/ano
Avaliação do pé diabético	1 avaliação/ano	1 avaliação/ano

(de acordo com o estadiamento do pédiabético)		
Consulta de nutrição	2 consulta/ano	2 consulta/ano
Atendimento de psicologia	4 consultas/ano para 25% dos usuários	4 consultas/ano para 25% dos usuários
Assistente Social	1 consulta/ano para 25% dos usuários	1 consulta/ano para 25% dos usuários
MAPA	1 exame a cada 2 anos	1 exame a cada 4 anos
HOLTER	1 exame a cada 4 anos	1 exame a cada 5 anos
Electrocardiograma	2 por ano	1 por ano
Teste de esforço	1 exame a cada 2 anos	1 exame a cada 4 anos, para usuários sem eventos agudos (75%) e 1 exame a cada 2 anos, para usuários com eventos agudos (25%)
Ecocardiograma	1 a cada 2 anos	1 exame a cada 5 anos, para usuários sem eventos agudos (75%) e 1 exame a cada 2 anos, para usuários com eventos agudos (25%)
Fundoscopia*	1 exame a cada 2 anos	1 exame a cada 2 anos
Retinografia sem contraste	1 a cada 2 anos	1 a cada 2 anos
Retinografia com contraste	1 a cada 5 anos	1 a cada 3 anos
Fotocoagulação a laser	De acordo com a avaliação do oftalmologista	De acordo com a avaliação do oftalmologista

\* Especialmente na ausência da retinografia sem contraste e com avaliação anterior sem achados significativos.

**Onde:** DRC = doença renal crônica; MAPA = monitorização ambulatorial da pressão arterial.

**Fonte:** Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2012.<sup>5</sup>

Caso o usuário diabético com controle metabólico ruim também seja um hipertenso de alto grau de risco cardiovascular deverá ser observada a programação dos procedimentos/exames com a maior frequência proposta para esses diabéticos e hipertensos.

#### 4) Referências Bibliográficas:

1. Mendes EV. As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica. "In": Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 293-438.

2. Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Minas Gerais. A Atenção Programada. 2012 [acesso em 22 Jan 2012]. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/hiperdia-minas](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas)
3. Alves Jr A. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 (OPAS/OMS - Série Técnica – Série navegador SUS).