



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Gerência de Serviços Ambulatoriais

Nota Técnica N.º 1/2022 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB

Brasília-DF, 11 de outubro de 2022.

Critérios de compartilhamento do cuidado da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Secundária - Modelo de Atenção às Condições Crônicas - Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

1. ASSUNTO

Critérios de compartilhamento do cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) para ambulatorios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.

2. OBJETIVO

Apresentar os critérios de compartilhamento do cuidado e a estratificação de risco de usuários com **HAS e/ou DM** para ordenar o acesso regulado aos ambulatorios organizados no MACC.

3. JUSTIFICATIVA

Os ambulatorios MACC são serviços da Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) organizados na lógica das linhas de cuidados. Baseiam-se em três pilares: estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Para isso são necessárias mudanças e respostas que proporcionem a integração dos serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela APS para evitar uma assistência fragmentada. Nesse sentido, instituir novo modelo organizativo da AASE que se denomina de organização em redes ou modelo PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial) sustentado em dois princípios fundamentais: a coordenação do cuidado entre APS e a AASE em um mesmo microssistema clínico e a construção da AASE como ponto de atenção ambulatorial especializado de uma RAS coordenada pela APS.

Os ambulatorios MACC são unidades que possuem equipes multiprofissionais especializadas para o cuidado e a promoção de grupos terapêuticos para usuários com diagnóstico de: 1) Hipertensão Arterial (HAS) de alto e muito alto risco e/ou; 2) Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 de alto e muito alto risco e/ou; 3) Diabetes tipo 1 ou Diabetes Autoimune Latente do Adulto (LADA).

Esta Nota Técnica se destina aos serviços abaixo apresentados e a outros serviços que venham a atuar no modelo MACC após a publicação desta nota:

Centro de Atenção em Diabetes e Hipertensão (CADH);

Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão (CEDOH);

Centro Especializado em Diabetes, Hipertensão e Insuficiência Cardíaca (CEDHIC).

4. CONTEÚDO

A Atenção Primária à Saúde realiza o cuidado integral aos usuários, atuando com ações de promoção da saúde, identificação de fatores de risco, detecção precoce de HAS e DM, prevenção

de complicações, acompanhamento e manejo clínico de HAS, DM e comorbidades, reabilitação e cuidados paliativos.

Para o manejo clínico adequado é essencial a realização da estratificação de risco desde a primeira consulta e durante o seguimento do usuário, a fim de planejar o cuidado na APS e identificar a necessidade de compartilhamento do cuidado com a AASE, nos casos de HAS e/ou DM de alto ou muito alto risco.

O usuário estratificado como de alto ou muito alto risco necessita de acompanhamento mais frequente pela APS, bem como pode demandar compartilhamento com a AASE. Para avaliar o usuário que se beneficiará de consulta com a AASE, agregando valor ao seu cuidado, além da estratificação de risco, deve-se avaliar em que grau a APS pode proporcionar o cuidado adequado, com profissionais em quantidade e qualidade adequadas, orientadas por diretrizes clínicas, isto é, o compartilhamento do cuidado é precedido por avaliação clínica criteriosa e manejo antes do encaminhamento, considerando a capacidade operacional da APS e fatores relacionados à estrutura, profissionais e processos.

A estratificação de risco e as condições clínicas que podem indicar a necessidade de compartilhamento do cuidado encontram-se nos quadros 1 a 4 e no Anexo I.

Foi utilizada como principal referência para a construção deste documento a Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde Da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2020). Este e outros documentos consultados encontram-se nas referências bibliográficas.

4.1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Quadro 1. Critérios para definição de usuário com HAS ou DM de Risco Muito Alto.

RISCO MUITO ALTO		
HAS e/ou DM com Presença de DOENÇA ATEROSCLERÓTICA SIGNIFICATIVA		
Doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica com ou sem eventos clínicos OU Obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial		
EVENTOS CLÍNICOS, a exemplo de:		
<ul style="list-style-type: none"> - AVC isquêmico - Hemorragia Cerebral - Ataque isquêmico transitório (AIT) 	<ul style="list-style-type: none"> - Infarto do miocárdio - Angina estável ou instável - Revascularização miocárdica - Insuficiência cardíaca 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência vascular periférica (úlceras isquêmicas) - Amputação não traumática de membros inferiores - Doença renal crônica com TFG <30ml/minuto/1,73m² ou proteinúria ≥300mg/24 h - Retinopatia avançada - hemorragias, exsudatos, manchas algodinosas ou papiledema
OU		
Diabetes Mellitus Tipo 2		
- Hemoglobina glicada ≥ 11,0% - pelo menos com insulinição basal para usuários com DM2 <u>(se critério único solicitar apoio matricial antes do referenciamento)</u>		
- Pé diabético - Conforme NT N°1/2020 de Pé Diabético*		
OU		
DM e/ou HAS com comprometimento importante		
- Internações por complicações de DM e/ou HAS nos últimos 06 meses		
- Incapacidade ou limitação funcional, psíquica, física ou social graves e/ou cuidados paliativos que impactem no controle da HAS e do DM		
- Comorbidade severa ou múltiplas comorbidades que comprometam a estabilidade clínica e impactem no controle da HAS e do DM		
OU		
DM1 - Diabetes Mellitus insulino dependente – Tipo 1/LADA		
OU		
Suspeita de HAS Secundária		
Conforme Anexo I - Indícios de Hipertensão Arterial Secundária		

*Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas>.

Quadro 2. Critérios para definição de usuário com HAS ou DM de Risco Alto.

RISCO ALTO	
SE CRITÉRIO ÚNICO NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, SOLICITAR APOIO MATRICIAL ANTES DO REFERENCIAMENTO	
OU	
(E11) Diabetes Mellitus TIPO 2	
-Hemoglobina glicada > 9,0% e < 11% - pelo menos com insulinização basal para usuários com DM2 .	
-Neuropatia periférica e/ou dor neuropática de difícil controle	
OU	
ESCORE DE RISCO GLOBAL (ERG): Homens >20% ou Mulheres >10%	
Utilizar em indivíduos entre 30 e 74 anos para estimar o risco de desenvolver DCV em geral nos próximos 10 anos, conforme Anexo II	
OU	
DM2 e/ou HAS com Estratificadores de Risco (ER) ou DOENÇA ATEROSCLERÓTICA SUBCLÍNICA (DASC)	
Estratificadores de Risco (ER)	DASC
- Diabetes há mais de 10 anos - História Familiar de DCV prematura (presença de eventos coronários em parentes de primeiro grau - pai, mãe ou irmãos - antes dos 55 anos de idade para homens ou 65 anos para mulheres) - Tabagismo - DM2 e HAS - Síndrome Metabólica (International Diabetes Federation - Anexo III) - TFG <60ml/minuto/1,73m ² - Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 e 300 mg/g - LDL-c ≥190mg/dL - Interações por complicações de DM e/ou HAS nos últimos 12 meses - Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²) - Hipertrofia de ventrículo esquerdo (ECG ou ecocardiograma)	- Escore de cálcio coronário (CAC) >100 U Agatston - Ultrassonografia de carótidas com presença de placa (> 1,5 mm) - Angiotomografia de coronárias com placas ateroscleróticas - ITB <0,9 - Aneurisma de aorta abdominal
OU	
Hipertensão arterial sistêmica com alto risco cardiovascular*	
Estágio 3: PAS> 180 / PAD> 110	*Desde que PA permaneça fora do alvo terapêutico, apesar do uso de no mínimo três medicamentos anti-hipertensivos em dose plena, entre eles um diurético, após avaliação da adesão.
Estágio 2: PAS 160-179 / PAD 100-109 + 1 ou mais fatores de risco	
Estágio 1: PAS 140-159 / PAD 90-99 + 3 ou mais fatores de risco	
FATORES DE RISCO	
-Idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher -DCV prematura em parentes de 1o grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) -Dislipidemia: LDL-colesterol ≥100mg/dL e/ou não HDL-colesterol 130 mg/dL e/ou HDL-colesterol ≤ 40mg/dL no homem e ≤ 48mg/dL na mulher e/ou TG >150 mg/dL	-Tabagismo -Diabetes melito -Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)
OU	
HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR	
LDL-c >190 mg/dL + 2 condições de alto risco ou	
LDL-c >310 mg/dL + 1 condição de alto risco ou	
LDL-c >400mg/dL com ou sem condições de alto risco	
CONDIÇÕES DE ALTO RISCO	
-IMC > 30 kg/m ² -Início de tratamento hipolipemiante após os 40 anos de idade -Sexo masculino -Hipertensão arterial e/ou DM -Xantoma de tendão de Aquiles	-Lp(a) >50mg/dL (ou >75nmol/L) -HDL-c <40mg/dL -Tabagismo -Doença renal crônica, com TFG 60mL/minuto/1,73m ² -História familiar de DAC prematura em usuários de 1º grau [H <55 anos e M <60 anos]

Legenda:

DM: diabetes *mellitus*; HAS: hipertensão arterial sistêmica; ERG: Estrato de Risco Global; DM1: diabetes *mellitus* tipo 1; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; ER: estratificadores de risco; DASC: doença aterosclerótica subclínica; HF: hipercolesterolemia familiar; DRC: doença renal crônica; H: homem; M:mulher; LDL: lipoproteína de baixa densidade; DAC: doença arterial coronariana; DCV: Doença Cardiovascular; TFG: taxa de filtração glomerular; LDL-c: lipoproteína de baixa densidade-colesterol; ITB: índice tornozelo-braquial; IMC: índice de massa corporal; Lp(a): lipoproteína (a); CAC: escore de cálcio coronário.

Quadro 3. Critérios para definição de usuário com HAS ou DM de Risco Intermediário.

RISCO INTERMEDIÁRIO
ESCORE DE RISCO GLOBAL (ERG): Homens 5-20% ou Mulheres 5-10%
OU
DM2, sem ER, sem DASC E Homens 38-49 anos/Mulheres 46-56 anos
OU
HAS estágio 1 ou Pré-hipertensão com 3 ou mais fatores de risco (FR)
OU
LDL \geq 190mg/dL (sem critérios adicionais de risco)
E
AUSÊNCIA DE CONDIÇÕES AGRAVANTES DE RISCO: Doença Aterosclerótica Significativa (Muito Alto Risco) Aterosclerose subclínica ou DRC (Alto Risco)

Quadro 4. Critérios para definição de usuário com HAS ou DM de Risco Baixo.

RISCO BAIXO
ESCORE DE RISCO GLOBAL (ERG): Homens e Mulheres <5%

Quadro 5. Indicação de acompanhamentos de usuários com HAS e/ou DM de acordo com a estratificação de risco.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO	PLANO DE CUIDADOS
MUITO ALTO RISCO	Compartilhado pelas equipes da APS e AASE. Atendimento presencial no ambulatório de Atenção Secundária ou atendimento domiciliar.	<ul style="list-style-type: none"> Gestão de caso com Plano de Cuidados personalizado. O manejo deverá considerar a estratificação de risco e a avaliação clínica global.
ALTO RISCO	Compartilhado pelas equipes da APS e AASE, com atendimento presencial no ambulatório de Atenção Especializada. O manejo poderá ser realizado na APS com o apoio da AASE por meio do matriciamento, atendimento conjunto, discussão de caso ou teleconsultoria (segunda opinião médica).	Plano de Cuidados para: <ul style="list-style-type: none"> Controle glicêmico e pressórico Estabilização e reabilitação das complicações Suporte direto ao usuário e sua família
RISCO INTERMEDIÁRIO	Pela equipe da APS com apoio matricial da AASE	Plano de Cuidados para: <ul style="list-style-type: none"> Controle glicêmico e pressórico Vigilância para detecção precoce de novos agravos Fortalecimento do autocuidado e do apoio sociofamiliar
BAIXO RISCO	Pela equipe da APS (com apoio da equipe da AASE, quando necessário)	Plano de Cuidados para: <ul style="list-style-type: none"> Adoção ou manutenção de hábitos saudáveis de vida e fortalecimento da capacidade de autocuidado e do apoio sociofamiliar Melhoria e manutenção do controle glicêmico e pressórico Ações de rastreamento e prevenção de agravos

Fonte: Adaptado de SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NT publicada em 2020 pelo Ministério da Saúde, CONASS, Albert Einstein.

4.2. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA COMPARTILHAR O CUIDADO DO USUÁRIO COM HAS

- Relatório descritivo mínimo do quadro clínico atual e progresso, incluindo **estratificação de risco** (explicitando critérios de muito alto ou alto risco), complicações apresentadas e manejo clínico realizado;
- Medicamentos em uso, com dose e posologia;
- Outras patologias associadas;
- Resultado de exame de creatinina sérica e/ou clearance de creatinina, colesterol total e HDL (com data, se realizado), média de Pressão Arterial e outros exames laboratoriais realizados;
- Descrição do eletrocardiograma e/ou Raios X de tórax, ecocardiografia, doppler de carótidas e demais exames, quando realizados, com data;
- Concluir com CID da condição principal (HAS essencial, secundária ou complicações hipertensivas) e descrição “Usuário de alto risco” ou “Usuário de muito alto risco”.

4.3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA COMPARTILHAR O CUIDADO DO USUÁRIO COM DM

- Relatório descritivo mínimo do quadro clínico atual e progresso, incluindo

estratificação de risco (explicitando critérios de muito alto ou alto risco), complicações apresentadas e manejo clínico realizado;

- Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
- Outros medicamentos em uso, com dose e posologia;
- Outras patologias associadas;
- Resultado de exame de hemoglobina glicada, creatinina sérica e/ou clearance de creatinina, colesterol total e HDL (com data, se realizado) e outros exames laboratoriais realizados;
- Média de Pressão Arterial, peso do paciente em quilogramas (kg), estatura e IMC;
- Concluir com CID da condição principal E10, E11 ou E14 e descrição “Usuário de alto risco” ou “Usuário de muito alto risco”.

5. FLUXO PARA O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

O compartilhamento do cuidado será regulado via SISREG, por meio do qual as unidades solicitantes (Unidades Básicas de Saúde) farão a inserção dos pacientes em Panorama 1 no procedimento para acesso regulado aos serviços da AASE no modelo MACC.

CÓDIGO UNIFICADO	CÓDIGO INTERNO	PROCEDIMENTO / NOMENCLATURA (SISREG III)	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
03.01.01.007-2	2018921	Atendimento Multidisciplinar em Cardiologia - MACC	Usuário com HAS de alto ou muito alto risco, sem diagnóstico de DM de alto ou muito alto risco.
	2018922	Atendimento Multidisciplinar em Endocrinologia - MACC	Usuário com DM de alto ou muito alto risco, sem diagnóstico de HAS de alto ou muito alto risco e/ou cardiopatia.
	2018923	Atendimento Multidisciplinar em Cardiologia e Endocrinologia - MACC	Usuário com DM de alto ou muito alto risco E diagnóstico de HAS de alto ou muito alto risco e/ou cardiopatia.
	2018924	Atendimento Multidisciplinar em Endocrinologia Pediátrica - MACC	Usuário com DM de alto ou muito alto risco até 14 anos de idade.

Para fins da regulação, convencionou-se os seguintes critérios de prioridade:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO SISREG III
MUITO ALTO RISCO	Vermelho
ALTO RISCO	Amarelo

No processo regulatório, é necessário fazer gestão da fila de espera, acompanhando a adequação dos encaminhamentos aos critérios estabelecidos por esta nota técnica, bem como os tempos de espera entre a solicitação e a realização do atendimento na AASE. A partir deste

monitoramento, outras ações podem ser desenvolvidas como revisão de agendas dos profissionais, do processo de trabalho, redimensionamento da equipe de referência, ações de matriciamento para adequação e aumento da capacidade resolutive da APS, entre outras estratégias.

Outras condições clínicas que justifiquem o compartilhamento do cuidado com as especialidades de Cardiologia e Endocrinologia devem ser encaminhadas segundo os fluxos estabelecidos pela regulação; e, adicionalmente, as regiões que não dispõe de ambulatório especializado na linha de cuidado de HAS e DM, no modelo MACC, utilizarão os critérios previamente estabelecidos pelas notas técnicas ou protocolos de encaminhamento de cada especialidade.

Orientações gerais:

- **Os usuários que apresentam critérios de encaminhamento para os ambulatórios MACC, nas regiões onde estão implementados, não devem ser inseridos nas filas de regulação para as especialidades de cardiologia ou endocrinologia.**
- **Outras condições clínicas, objeto de cuidado nos ambulatórios (exemplo: Obesidade e Insuficiência cardíaca), seguirão os critérios de encaminhamento definidos em notas técnicas, protocolos de encaminhamento ou linhas de cuidados específicos.**
- **Os usuários com baixo ou moderado risco deverão ser acompanhados na APS com auxílio da AASE por matriciamento, quando necessário.**
- **O usuário em acompanhamento na AASE deverá manter o acompanhamento regular na APS, mantendo o vínculo com a ESF de referência.**

5. VIGÊNCIA

Esta Nota Técnica permanecerá vigente enquanto não houver necessidade de atualização de seu conteúdo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por não esgotar todas as condições clínicas relacionadas ao adoecimento de usuários com HAS e/ou DM, incluindo o importante papel dos fatores de risco psicossociais, os casos não indicados nesta Nota Técnica deverão ser analisados pelos médicos reguladores ou profissionais matriciadores quanto à sua pertinência no compartilhamento do cuidado da APS com a AASE.

Os critérios aqui definidos poderão ser revistos para futuras atualizações ou outras normativas, conforme definição das referências técnicas distritais e/ou área técnica responsável.

7. ELABORADORES

Alexandra Rubim Camara Sete - SES/SRSCE/DIRASE/CEDOH

Ana Paula Barreto Campos Salles Prudente - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB

Anna Victoria de Araújo Costa Reis Sá - SES/SRSCE/DIRAPS/GERCE

Caroline Pereira da Silva - SES/SAIS/COAPS/DESF

Daniele Castro Barbosa - SES/SAIS/COASIS

Érica Correia Garcia - SES/SRSLE/GSAS1/POLIC-PAR CADH
Flavia Franca Melo - SES/SAIS/COASIS/DASIS - RTD Endocrinologia
Josenalva Pereira da Silva Sales - SES/SAIS/COASIS/DASIS
Laila Melo Dantas Torres - SES/SRSCS/DIRASE/GPMA
Larissa de Freitas Oliveira - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Leilane de Souza Borges Murakami - SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Maria Betânia Falcão Azevedo - SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Maria Rosa Furtado Clemens Teixeira de Araújo- SES/SRSLE/DIRASE/GSAS1
Mayara de Souza Correia Paixão Batista - SES/SRSLE/DIRASE/GPMA
Polyana Pereira Borges Guimarães - SES/SRSCS/GSAS2/POLIC-GUARA I - CEDHIC
Raquel Vaz Cardoso - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB
Renata Cerqueira Santos - SES/CRDF/DIRAAH/CERA
Rosana Costa Oliveira - SES/SAIS/COASIS/DASIS - RTD Cardiologia
Sara Tolentino Ferreira Tavares - SES/SRSCS/DIRAPS/GERCS
Thais Alessa Leite - SES/SAIS/COAPS/DESF

8. REFERÊNCIAS:

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/4>
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
3. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2019. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>
4. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). São Paulo: Clannad; 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
5. Précoma DB, Oliveira GM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>
6. Faludi AA, Izar MC, Saraiva JF, Bianco HT, Chacra AP, Bertoluci MC, et al. Diretriz brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Arq Bras Cardiol. 2017;109(6 Supl. 1):1-31. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/04_DIRETRIZ_SBD_SBEM.pdf
7. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção

ambulatorial especializada - saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020. 88 p.: il. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-pessoa-com-diabetes-mellitus-e-hipertensao-arterial-sistemica/>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf
10. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: <https://bit.ly/3L6Del4>.
11. Izar MCO, Giraldez VZR, Bertolami A, Santos Filho RDS, Lottenberg AM, Assad MHV, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; 117(4):782-844 Disponível em <https://www.scielo.br/j/abc/a/4g6FtXJs6Wrj4ytHKqdFbnc/?format=pdf&lang=pt>
12. Alberth G, Zimmet P, Shaw J, Grundy S. The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome. International Diabetes Federation, Brussels, 2006. Disponível em: <https://www.idf.org/our-activities/advocacy-awareness/resources-and-tools/60:idfconsensus-worldwide-definitionof-the-metabolic-syndrome.html>

ANEXOS

ANEXO I. Indícios de Hipertensão Arterial Secundária

Hipertensão estágio 3 antes dos 30 anos ou após os 55 anos
Hipertensão resistente ou refratária
Tríade do feocromocitoma: crises de palpitações, sudorese e cefaléia
Indícios de apneia obstrutiva do sono
Fácies típica ou biótipo de doenças que cursam com hipertensão arterial
Presença de sopros em territórios arteriais ou massas abdominais
Assimetria ou ausência de pulsos em MMII
Hipopotassemia espontânea ou severa induzida por diuréticos (<3,0 mEq/L)
Exame de urina anormal (hematúria glomerular (dismórfica) ou presença de albuminúria/proteinúria), diminuição do RFG estimado, aumento da creatinina sérica ou alterações de imagem renal

Fonte: Adaptado de Barroso WKS *et al* (2021).

ANEXO II. Escore de Risco Global (Framingham Revisado).

Tabela 1. Estrato de Risco Global – Mulheres (Framingham revisado).

ERG - FRAMINGHAM - MULHERES								TOTAL PONTOS	ESTIMATIVA RISCO CDV
Pontos	Idade (anos)	HDL-c	Colesterol total	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes		
-3				<120				≤-2	<1,0%
-2		60+						-1	1,0%
-1		50-59			<120			0	1,2%
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não	1	1,5%
1		35-44	160-199	130-139				2	1,7%
2	35-39	<35		140-149	120-129			3	2,0%
3			200-239		130-139	Sim		4	2,4%
4	40-44		240-279	150-159			Sim	5	2,8%
5	45-49		280+	160+	140-149			6	3,3%
6					150-159			7	3,9%
7	50-54				160+			8	4,5%
8	55-59							9	5,3%
9	60-64							10	6,3%
10	65-69							11	7,3%
11	70-74							12	8,6%
12	75+							13	10,0%

Tabela 2. Estrato de Risco Global – Homens (Framingham revisado)

ERG - FRAMINGHAM - HOMENS								TOTAL PONTOS	ESTIMATIVA RISCO CDV
Pontos	Idade (anos)	HDL-c	Colesterol total	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes		
-2		60+		<120				≤-3	<1,0%
-1		50-59						-2	1,1%
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não	-1	1,4%
1		35-44	160-199	130-139				0	1,6%
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129			1	1,9%
3			240-279	160+	130-139		Sim	2	2,3%
4			280+		140-159	Sim		3	2,8%
5	40-44				160+			4	3,3%
6	45-49							5	3,9%
7								6	4,7%
8	50-54							7	5,6%
9								8	6,7%
10	55-59							9	7,9%
11	60-64							10	9,4%
12	65-69							11	11,2%
13								12	13,2%
14	70-74							13	15,6%
15	75+							14	18,4%
								15	21,6%
								16	25,3%
								17	29,4%
								18+	>30,0%

Fonte: SBC⁽¹⁾, D'Agostino.⁽²⁾

HDL-c: lipoproteínas de alta densidade colesterol; PAS: pressão arterial sistólica; CDV: cardiovascular.

Fonte: SBC, 2019; D'Agostino et al, 2008 (apud SBIBAE, 2020)

ANEXO III Critérios para Definição de Síndrome Metabólica Segundo a International Diabetes Federation.

Para uma pessoa ser definida como portadora da Síndrome Metabólica ela deve ter: Obesidade central (definida como circunferência abdominal* com valores específicos de etnia) e mais dois dos quatro fatores a seguir:

1. Triglicérides \geq 150mg/dl (ou tratamento específico)
2. HDL-Colesterol $<$ 40 mg/dl em homens ou $<$ 50 mg/dl em mulheres (ou tratamento específico)
3. PA Sistólica \geq 130 ou PA Diastólica \geq 85 mmHg (ou tratamento de hipertensão previamente diagnosticada)
4. Glicemia de jejum \geq 100 mg/dl (ou diabetes tipo 2 previamente diagnosticado)

Circunferência abdominal com valores específicos de etnia	Homens	Mulheres
Europeus	94cm	80cm
Asiáticos/Chineses	90cm	80cm
Americanos/africanos	90cm	80cm
Japoneses	85cm	80cm

Fonte: Alberth G *et al* (2006).

RAQUEL VAZ CARDOSO

Gerência de Serviços Ambulatoriais

DANAISE LOPES SOARES

Diretora de Atenção Secundária e Integração de Serviços Substituta

CAROLINA REBELO GAMA

Coordenadora de Atenção Secundária e Integração de Serviços Substituta

FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA

Coordenador da Atenção Primária à Saúde

MAURÍCIO GOMES FIORENZA

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

SES/SAIS



Documento assinado eletronicamente por **RAQUEL VAZ CARDOSO - Matr.1673346-0, Gerente de Serviços Ambulatoriais**, em 18/10/2022, às 13:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANAISE LOPES SOARES - MATR.1704891-5, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços substituto(a)**, em 18/10/2022, às 17:30, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CAROLINA REBELO GAMA - Matr.0189131-6, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços substituto(a)**, em 20/10/2022, às 16:38, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 21/10/2022, às 13:15, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=97581194)
verificador= **97581194** código CRC= **2DD51AB6**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF