



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE LINHAS PRIORITÁRIAS DA SAÚDE**

**NOTA TÉCNICA Nº01/2023**

**FLUXO PARA ATENDIMENTO NO CENTRO DE REFERÊNCIA ÀS DOENÇAS CRÔNICAS -  
DIABETES, OBESIDADE E HIPERTENSÃO (CEDOHC)**

## **1. OBJETIVO GERAL**

Revisar os protocolos, critérios de elegibilidade e formulários de encaminhamentos referente ao serviço ofertado no Centro de Referência às Doenças Crônicas - Diabetes, Obesidade e Hipertensão (CEDOHC).

## **2. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Criado em 2016, o CEDOHC, que funciona no Bloco B do PAM SALGADINHO, têm a proposta de estabelecer uma linha de cuidados para pacientes portadores dessas doenças, de modo a acolhê-los e prestar atenção integral a esse usuário, visto que são doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que em geral apresenta múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudança de estilo de vida, em um processo contínuo de cuidados, não leva a cura e com alta mortalidade.

Com a linha de cuidados, pode-se estabelecer uma trajetória do paciente dentro do SUS e cada profissional estará capacitado para realizar intervenções de forma organizada e integrada com ações direcionadas para acolhimento, vínculo e responsabilização no encaminhamento desses pacientes.

Serão atendidos pelo Centro de Referência aqueles pacientes que apresentarem complicações decorrentes dessas três doenças. Os usuários devem ser encaminhados pelas próprias unidades de saúde, desde que estejam dentro dos critérios de elegibilidade e será necessário o preenchimento do formulário de referência (ver anexo I).

As especialidades médicas que compõem o serviço são: Cardiologia, Endocrinologia e Nutrologia.

A equipe multidisciplinar é composta de Enfermeiras, Técnicos de enfermagem, Nutricionistas, Assistente Social, Psicólogas e Educadora física.

Caso o paciente seja estabilizado e preencha os critérios de contrarreferência ao CEDOHC, ele deverá retornar à unidade de saúde de origem. Deverá ser encaminhado com o formulário de contrarreferência preenchido pelo médico, para que haja a continuidade do acompanhamento.

### **3.FATORES DE RISCO QUE DEVERÃO SER INVESTIGADOS/OBSERVADOS EM PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

- Dislipidemia
- Sobrepeso
- Obesidade
- Tabagismo
- Alcoolismo
- Sedentarismo
- Alimentação inadequada
- Estresse
- Idade acima de 60 anos
- Intolerância a glicose /Diabetes
- HAS/Doença Cardiovascular (mulheres < 65 anos e homens < 55 anos)
- Nefropatia, microalbuminúria

### **4. PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS**

#### **4.1Quais as condições clínicas que deverão ser analisadas para estratificar o risco do paciente diabético?**

- Doença cerebrovascular (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva)
- Doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca)
- Doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função (clearance < 60ml/min);micro albumina (30-299 mg/24 horas)
- Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema
- Doença arterial periférica

#### **4.2Para identificar as lesões (subclínicas) de órgãos alvos(LOA)nos pacientes diabéticos, o que deverá ser observado?**

- Eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda

- Ecocardiograma com Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE)
- Depuração da creatinina estimada < 60ml/min/1,72m<sup>2</sup>
- Baixo ritmo de filtração glomerular ou clearance de creatinina (<60ml/min)
- Microalbuminúria 30 -300mg/24h ou relaçãoalbumina/creatinina >30 mg por g

#### 4.3 Como estratificar o risco do paciente diabético?

RISCO	Controle glicêmico/HbA1c/ Fatores de risco e condição associada
<b>BAIXO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glicemia de jejum alterada ou intolerância a sobrecarga de glicose (pré-diabetes);</li> <li>• Diabético com HbA1c &lt;7%, capacidade de autocuidado suficiente;</li> <li>• Sem fatores de risco;</li> <li>• Sem condição clínica associada.</li> </ul>
<b>MÉDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabéticos com HbA1c &lt; 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou diabético com HbA1c entre 7% e 9%;</li> <li>• 1 a 2 fatores de riscos associados;</li> <li>• Sem condição clínica associada.</li> </ul>
<b>ALTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabéticos com HbA1c &gt; 9% e capacidade de autocuidado e/ou;</li> <li>• Existência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses com capacidade de autocuidado suficiente e/ou;</li> <li>• Existência de 3 ou mais fatores de riscos relacionados a pelo menos uma condição clínica associada ao diabetes.</li> </ul>
<b>MUITO ALTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabéticos com HbA1c &gt; 9% e capacidade de autocuidado e apoio insuficiente e/ou;</li> <li>• Existência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou;</li> <li>• Existência de 3 ou mais fatores de riscos relacionados a pelo menos uma condição clínica associada ao diabetes.</li> </ul>

FONTE: Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2– Algoritmo SBD 2014. Posicionamento oficial SBD nº 01/2014

#### 4.4 Quando o paciente diabético deve ser encaminhado ao CEDOHC?

Quando for identificado que o risco do paciente é ALTO ou MUITO ALTO.

### 5. PACIENTE PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

**5.1 Quais as condições clínicas que deverão ser analisadas para estratificar o risco do paciente hipertenso?**

- Doença cerebrovascular (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva)
- Doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca)
- Doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função (clearance < 60ml/min); micro albumina (30-299 mg/24 horas)
- Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema
- Doença arterial periférica

**5.2 Para identificar as lesões (subclínicas) de órgãos alvos (LOA) – nos pacientes hipertensos, o que deverá ser observado?**

- Eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda
- Ecocardiograma com Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE)
- Depuração da creatinina estimada < 60ml/min/1,72m<sup>2</sup>
- Baixo ritmo de filtração glomerular ou clearance de creatinina (<60ml/min)
- Microalbuminúria 30 -300mg/24h ou relação albumina/creatinina >30 mg por g

**5.3. Como estratificar o risco do paciente hipertenso?**

Classificação da pressão arterial conforme a medida casual de consultório para maiores de 18 anos					
<b>PRESSÃO</b>	PAD < 85 PAS < 130	PAD 85-89 PAS 130-139	PAD 90-99 PAS 140-159	PAD 100 PAS 160-179	PAD 109 PAS > 180
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	NORMAL	LIMÍTROFE	HIPERTENSÃO LEVE	HIPERTENSÃO MODERADA	HIPERTENSÃO GRAVE
<b>ESTADIAMENTO</b>	NORMAL	LIMÍTROFE	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3

FATORES DE RISCO	PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA				
	NORMAL	LIMÍTROFE	ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3
SEM FATORES DE RISCO	SEM RISCO ADICIONAL	SEM RISCO ADICIONAL	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
1 A 2 FATORES DE RISCO	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
3 OU MAIS FATORES DE	RISCO	RISCO	RISCO	RISCO	RISCO MUITO

RISCO OU LESÃO DE ÓRGÃOS-ALVO OU DIABETES	MÉDIO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
DOENÇA CARDIOVASCULAR	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Condutas terapêuticas – Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) – 2010. Brasil - Caderno de Atenção Básica nº 37 – Ministério da Saúde.

#### 5.4 Quando o paciente hipertenso deve ser encaminhado ao CEDOHC?

Quando for identificado que o risco do paciente é ALTO ou MUITO ALTO.

### 6. PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE

#### 6.1 Quais as condições clínicas que deverão ser analisadas para estratificar o risco do paciente obeso?

- Doença cerebrovascular
- Doença renal
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- Hipotireoidismo

#### 6.2 Quais os fatores de risco para obesidade?

- Sedentarismo
- Compulsão alimentar
- Histórico familiar
- Tabagismo

#### 6.3 Como estratificar o risco do paciente obeso?

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO O IMC		RISCO DA DOENÇA
GRAU 1	IMC $\geq 30$ e $< 35$ Kg/m <sup>2</sup>	ALTO
GRAU 2	IMC $\geq 35$ e $< 40$ Kg/m <sup>2</sup>	MUITO ALTO
GRAU 3 - MÓRBIDA	IMC $\geq 40$ Kg/m <sup>2</sup>	EXTREMO

#### 6.4. Quando o paciente obeso deve ser encaminhado ao CEDOHC?

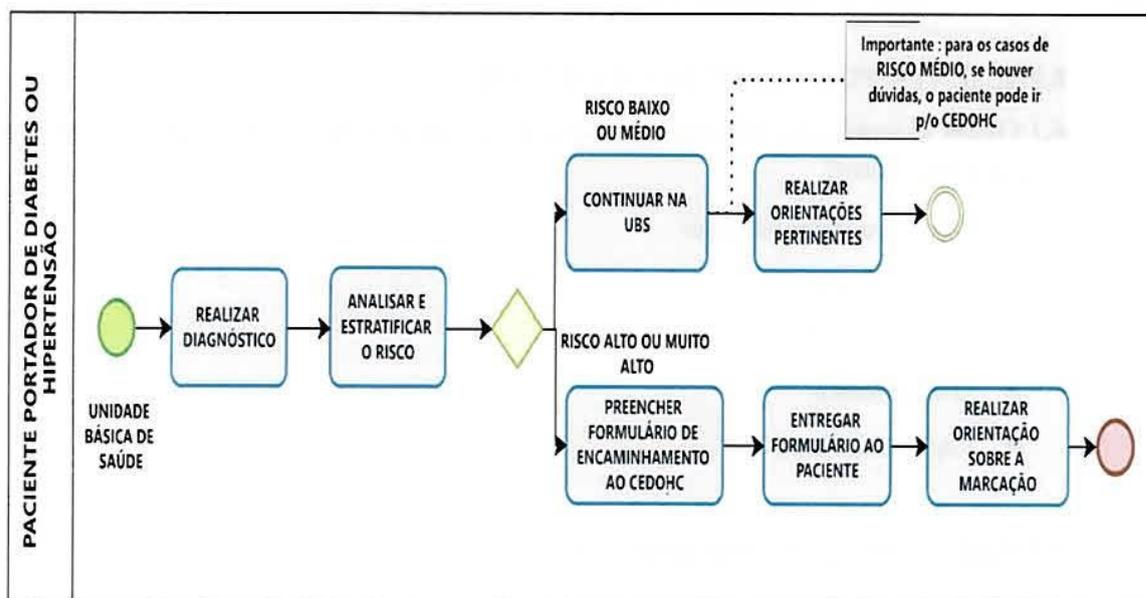
Quando foi identificada obesidade GRAU 3 ou para os casos de GRAU 2 com pelo menos duas comorbidades (ver formulário de referência - anexo I)

### 7.FLUXOS DE ACESSO

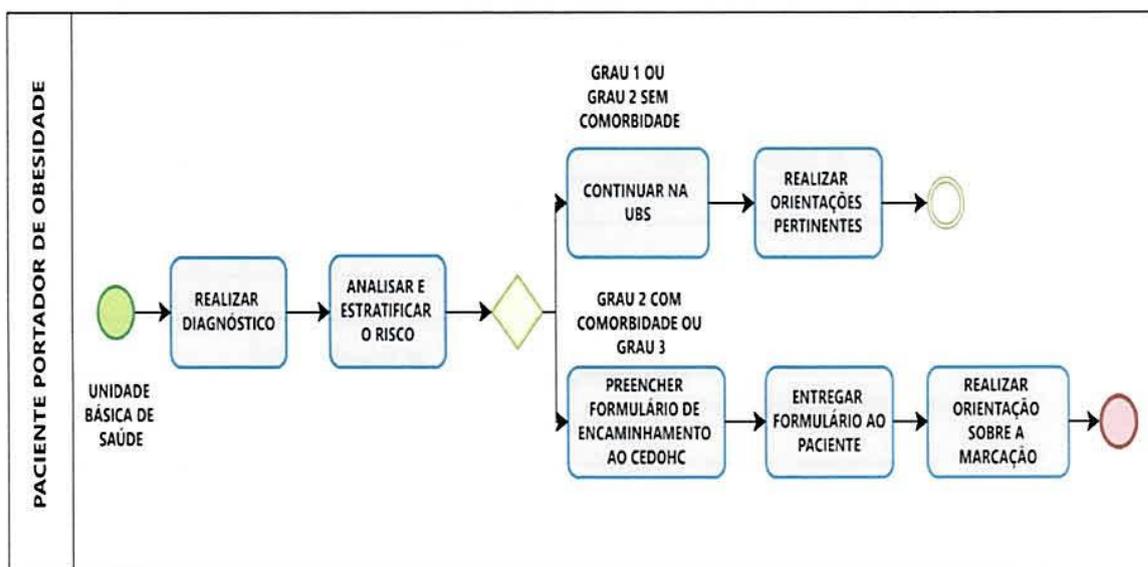
#### 7.1 Como o paciente terá acesso ao CEDOHC?

Ao identificar e estratificar os riscos, deverá ser preenchido o FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA e orientar ao paciente a realizar a solicitação de marcação através do PRONTO.

#### 7.2 PACIENTE DIABÉTICO OU HIPERTENSO



### 7.3 PACIENTE OBESO



#### LEMBRETE IMPORTANTE:

Os pacientes que não possuem critérios de elegibilidade de acesso ao serviço, devem seguir com o fluxo regular de acesso, tanto para continuidade nas Unidades Básicas, como para os casos de encaminhamentos para outras Unidades Especializadas.

### 8. FORMULÁRIOS

#### ANEXO I - REFERÊNCIA

#### ANEXO II - CONTRARREFERÊNCIA

ANEXO I – FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA



RELATÓRIO DE REFERÊNCIA DO PACIENTE DE  
HIPERTENSÃO, DIABETES E OBESIDADE  
PARA O CEDOHC.

Unidade de saúde de origem	Distrito		
<input type="text"/>			
Nome do paciente			
<input type="text"/>			
Data de nascimento:	<input type="text"/>	N.º cartão SUS:	<input type="text"/>
Data do encaminhamento:	<input type="text"/>	Telefone:	<input type="text"/>

Paciente encaminhado para **Centro de Referência em Doenças Crônicas** para avaliação por médico especialista em \_\_\_\_\_ de acordo com o(s) critério(s) de referência que seguem (assinalar os círculos abaixo conforme as necessidades clínicas):

**DIABETES MELLITUS**

- Diabetes mellitus 1
- Diabetes mellitus em insulinoterapia intensiva **com 4 ou mais aplicações de insulina e sem controle e/ou contagem de carboidratos.**
- Gestantes diabéticas ou com diabetes gestacional.
- Diabetes mellitus 2 com:
  - Nefropatia >= ESTÁGIO 3 com eGF < 60ml/min.
  - Doença cardiovascular (IAM; angina comprovada ECG ou cintilografia miocárdica ou cateterismo.
  - AVE em **fase aguda ou subaguda** comprovado por TC e relatório médico.
  - Doença cardiovascular periférica (amputação por isquemia, revascularização de MMII e pé diabético).
- DM pós-transplante de órgãos.
- DM e disfunção tireoidiana descompensada.

**OBESIDADE**

- Obesidade grau 3 (IMC >40).
- Obesidade grau 2 (IMC entre 35 e 40) e, pelo menos, **duas comorbidades:**
  - Apneia de sono
  - HAS
  - Diabetes
  - Hérnia discal
  - Hiperlipidimias (colesterol total >280mg%, triglicérides >300mg%)

▶ Para obesidade, devem-se encaminhar os exames originais: TSH, T4 livre, AST, ALT, GAMA GT, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, ácido úrico, glicemia de jejum, sumário de urina.

REVISADO EM 03 DE OUTUBRO DE 2023

1



ANEXO II – FORMULÁRIO DE CONTRARREFERÊNCIA



RELATÓRIO DE CONTRARREFERÊNCIA  
DO PACIENTE DE HIPERTENSÃO,  
DIABETES E OBESIDADE

Unidade de origem

Nome do paciente

Data de nascimento

Número cartão SUS

Data do encaminhamento

Telefone

ENCAMINHAMENTO:

- Retorno à unidade de origem.
- Retorno à unidade de origem com acompanhamento paralelo na especialidade.

CRITÉRIO DE CONTRARREFERÊNCIA AO CEDOHC

• DIABETES

- DM2 que retornem a ser compensados com medicamentos orais.
- Gestantes diabéticas ou com diabetes gestacional pós-parto.
- DM e disfunção tireoidiana quando apresentarem compensação da função tireoidiana.

• OBESIDADE

- Obesos e sem comorbidades que atinjam e permaneçam com IMC<35 por pelo menos três retornos de atendimento.
- Obesos e com comorbidades que atinjam peso normal (IMC<25) e apresentem estabilização/resolução das comorbidades.

• HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

- Estabilização da HAS refratária ao tratamento.
- Estabilização da HAS e das comorbidades por três retornos de atendimento.

**AVALIAÇÃO MÉDICA**

---

---

---

---

---

REVISADO EM 03 DE OUTUBRO DE 2023

1

## AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

---

---

---

---

---

---

---

---

## CONDUTA RECOMENDADA

---

---

---

---

---

---

---

---

Responsável pela avaliação (com carimbo)

Telefone:

Data

--	--

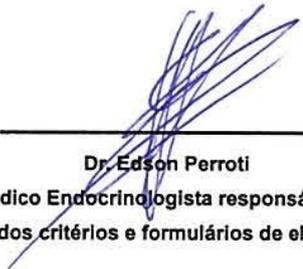
ESPAÇO DO CARIMBO

--

REVISADO EM 03 DE OUTUBRO DE 2023 2

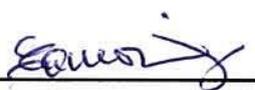
**Assinaturas:**

**ELABORAÇÃO**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Edson Perroti**  
Médico Endocrinologista responsável pela  
revisão dos critérios e formulários de elegibilidade

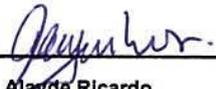
  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Taciana Albuquerque**  
Assessoria médica  
Linhas Prioritárias da Saúde

**VALIDAÇÃO**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Ebeveraldo Amorim Gouveia**  
Subsecretário da Atenção Especializada

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Sandra Torres de Oliveira**  
Diretoria das Linhas Prioritárias da Saúde

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Rogério César Bernardo**  
Coordenador Médico PAM Salgado

  
\_\_\_\_\_  
**Alayde Ricardo**  
Diretoria de Atenção à Saúde

  
\_\_\_\_\_  
**Camila de Barros Prado Moura Sales**  
Coordenação Técnica de Atenção às  
Doenças Crônicas