

DiabetesEye - Relatório Médico Detalhado

Informações do Paciente e Exame

ID do Paciente:	demo-patient-001
ID do Exame:	demo-exam-001
Data do Exame:	2025-10-28
Tipo de Imagem:	Fundoscopia Colorida
Olho Examinado:	Olho Direito (OD)

Histórico Clínico

Idade:	62 anos
Gênero:	Feminino
Duração DM:	8 anos
HbA1c:	8.7%
Pressão Arterial:	138/82 mmHg
IMC:	28.5 kg/m²
Tabagismo:	Não
Último Exame Oftalmológico:	2024-06-15
Histórico Familiar:	Pai com DM tipo 2, mãe com hipertensão
Medicações Atuais:	Metformina 500mg 2x/dia, Lisinopril 10mg/dia

Avaliação de Qualidade da Imagem

Pontuação de Qualidade:	100 (Gradável)
Medida de Foco:	120.03327972172701
Problemas Identificados:	Nenhum

Classificação de Retinopatia Diabética

Grau de RD (ETDRS):	2
Confiança do Modelo:	0.85
Lesões Quantificadas:	{'microaneurysms': 15}
Imagem Analisada:	C:\Users\Pichau\Desktop\Bky\data\IDRiD_01.jpg

Imagem Analisada



Interpretação Clínica dos Achados

Interpretação Clínica Detalhada da Retinopatia Diabética

Identificação do Paciente: Paciente do sexo feminino, 62 anos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) há 8 anos, apresentando HbA1c de 8.7% e pressão arterial controlada em 138/82 mmHg.

Achados Oftalmológicos: Retinopatia Diabética (RD) grau 2 (escala ETDRS) com 15 microaneurismas identificados. Confiança diagnóstica de 0.85.

Interpretação Clínica Detalhada:

1. Significado Clínico do Grau de RD (Grau 2 ETDRS):

A classificação da RD como Grau 2 na escala ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) indica uma **retinopatia diabética não proliferativa leve a moderada**. Neste estágio, as alterações retinianas são mais evidentes do que no grau 1, mas ainda não configuram a fase proliferativa, que é caracterizada pela neovascularização (crescimento de novos vasos sanguíneos anormais). A presença de **microaneurismas**, que são dilatações saculares dos capilares da retina, é a lesão característica. Esses microaneurismas representam áreas de enfraquecimento da parede capilar devido aos danos causados pela hiperglicemia crônica. A contagem de 15 microaneurismas contribui para a classificação de gravidade e indica uma atividade da doença em andamento. *Embora não mencionados explicitamente no relatório, é importante investigar outros sinais que podem coexistir*

neste grau, como: **Hemorragias retinianas:** Pequenas manchas de sangue que surgem do extravasamento capilar. **Exsudatos duros:** Depósitos de lipoproteínas e outras substâncias que extravasam dos vasos danificados. **Anormalidades microvasculares intrarretinianas (IRMA):** Vasos anormais que se desenvolvem dentro da retina, tentando compensar a isquemia. * **Veias em rosário:** Alterações no calibre das veias retinianas.

2. Riscos para a Visão da Paciente:

Progressão da RD: A principal preocupação é a progressão da RD para estágios mais avançados, como a retinopatia diabética proliferativa (RDP) ou o edema macular diabético (EMD). **Edema Macular Diabético (EMD):** O extravasamento de fluidos dos vasos sanguíneos danificados pode levar ao acúmulo de líquido na mácula, a área central da retina responsável pela visão detalhada. O EMD é uma das principais causas de perda visual em pacientes com diabetes. A presença de exsudatos duros próximos à mácula deve levantar suspeita para EMD. **Retinopatia Diabética Proliferativa (RDP):** Se a isquemia retiniana (falta de oxigênio) se agravar, o organismo tenta compensar produzindo novos vasos sanguíneos (neovascularização). Esses vasos são frágeis e propensos a sangramento, o que pode levar a hemorragias vítreas, descolamento de retina tracional e, em última instância, perda visual grave. **Glaucoma Neovascular:** A neovascularização também pode ocorrer no ângulo iridocorneano, obstruindo o fluxo do humor aquoso e causando glaucoma neovascular, uma forma agressiva de glaucoma com potencial para cegueira.

3. Contribuição do Mau Controle Glicêmico:

Hiperglicemia Crônica: O nível de HbA1c de 8.7% indica um controle glicêmico inadequado nos últimos 2-3 meses. A hiperglicemia crônica é o principal fator de risco para o desenvolvimento e progressão da RD. **Danos Microvasculares:** A glicose elevada causa danos diretos às células endoteliais que revestem os vasos sanguíneos da retina, levando ao enfraquecimento da parede capilar, aumento da permeabilidade vascular e formação de microaneurismas. **Estresse Oxidativo:** A hiperglicemia aumenta o estresse oxidativo, contribuindo para a disfunção endotelial e a inflamação. **Alterações Hemorreológicas:** A hiperglicemia pode alterar a viscosidade do sangue e a deformabilidade dos glóbulos vermelhos, dificultando a microcirculação retiniana e contribuindo para a isquemia.

4. Intervenções Oftalmológicas Necessárias:

Controle Glicêmico e da Pressão Arterial: O controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é fundamental para retardar a progressão da RD. A paciente deve ser encaminhada ao endocrinologista para otimizar o tratamento do diabetes. **Acompanhamento Oftalmológico Rigoroso:** A paciente deve ser acompanhada de perto por um oftalmologista, com exames de fundo de olho (idealmente com retinografia e/ou fotografia de fundo) e tomografia de coerência óptica (OCT) para monitorar a evolução da RD e detectar precocemente o EMD. A frequência dos exames dependerá da progressão da doença, mas inicialmente deve ser a cada 4-6 meses. **Fotocoagulação a Laser:** Se a RD progredir para a forma proliferativa ou se houver EMD clinicamente significativo, a fotocoagulação a laser pode ser necessária para destruir as áreas isquêmicas da retina e/ou selar os vasos sanguíneos que estão vazando. **Injeções Intravítreas:** As injeções intravítreas de anti-VEGF (fator de crescimento endotelial vascular) são frequentemente utilizadas para tratar o EMD, pois reduzem a permeabilidade vascular e diminuem o edema. Em casos de RDP, também podem ser usadas para reduzir a neovascularização antes ou em conjunto com a fotocoagulação a laser. * **Vitrectomia:** Em casos mais graves, como hemorragias vítreas densas ou descolamento de retina tracional, a vitrectomia (cirurgia para remover o vítreo) pode ser necessária.

5. Prognóstico Visual:

O prognóstico visual desta paciente é **variável** e depende de vários fatores, incluindo: **Controle Glicêmico e da Pressão Arterial:** Um bom controle glicêmico e da pressão arterial é crucial para retardar a progressão da RD. **Resposta ao Tratamento:** A resposta ao tratamento oftalmológico (laser, injeções intravítreas, cirurgia) é fundamental para preservar a visão. **Acesso ao Cuidado:** O

acesso regular a cuidados oftalmológicos e o cumprimento do plano de tratamento são essenciais.

Presença de outras comorbidades: *Outras condições de saúde, como doença renal, podem influenciar o prognóstico.* **Risco de Perda Visual Significativa:** Sem o controle adequado e o tratamento oportuno, a paciente corre o risco de desenvolver EMD, RDP e glaucoma neovascular, o que pode levar à perda visual significativa e irreversível. * **Importância da Educação do Paciente:** É fundamental educar a paciente sobre a importância do controle glicêmico, da pressão arterial, do acompanhamento oftalmológico regular e do cumprimento do plano de tratamento.

Recomendações Adicionais:

Avaliação Oftalmológica Abrangente: *Realizar uma avaliação oftalmológica completa, incluindo acuidade visual, refração, biomicroscopia, tonometria, fundoscopia com pupila dilatada, retinografia e OCT macular.* **Educação do Paciente:** Informar a paciente sobre a natureza da retinopatia diabética, seus riscos para a visão e a importância do controle glicêmico e do acompanhamento oftalmológico regular.

• **Encaminhamento:** Encaminhar a paciente ao endocrinologista para otimizar o controle glicêmico e à um profissional de saúde (nutricionista, educador em diabetes) para suporte na mudança de estilo de vida.

Esta interpretação clínica fornece uma visão detalhada da situação da paciente e orienta o manejo adequado da retinopatia diabética para preservar a sua visão. É importante ressaltar que este é um caso individual e o plano de tratamento deve ser personalizado com base na avaliação completa do paciente e na progressão da doença.

Análise de Progressão

Período	Probabilidade de Progressão	Fatores Considerados
6 meses	0.25	Grau RD, HbA1c, Duração DM
12 meses	0.45	Grau RD, HbA1c, Duração DM
24 meses	0.65	Grau RD, HbA1c, Duração DM

Explicação da Análise de Progressão

Análise Clínica Detalhada do Risco de Progressão da Retinopatia Diabética (RD)

Paciente: 62 anos, DM2 há 8 anos, HbA1c 8.7%, PA 138/82 mmHg, RD grau 2, risco calculado p12 = 0.45 (risco de progressão para RD proliferativa ou edema macular diabético clinicamente significativo em 12 meses).

1. Justificativa dos Riscos Específicos:

O risco de progressão da RD neste paciente é considerado moderado a alto (p12 = 0.45). Esta estimativa é influenciada por uma combinação de fatores:

Duração do Diabetes: 8 anos com DM2 já aumentam o risco de complicações microvasculares, incluindo a RD. Quanto maior a duração do diabetes, maior a probabilidade de dano cumulativo aos vasos sanguíneos da retina. **Controle Glicêmico Subótimo:** HbA1c de 8.7% indica um controle glicêmico inadequado. O alvo geralmente recomendado para a maioria dos pacientes é HbA1c < 7%, embora individualizações sejam necessárias. Níveis elevados de glicose no sangue contribuem diretamente para o dano microvascular, incluindo a retinopatia.

- **Estágio da RD:** RD grau 2 (Retinopatia Diabética Não Proliferativa Moderada) já indica a presença de alterações vasculares na retina, como microaneurismas, hemorragias e exsudatos algodoados. Isso demonstra que o dano microvascular já está em curso, aumentando o risco de progressão para formas mais graves da doença.
- **Pressão Arterial Elevada:** PA de 138/82 mmHg está acima do alvo ideal para pacientes diabéticos (geralmente < 130/80 mmHg). A hipertensão arterial exacerba o dano microvascular, acelerando a progressão da RD.
- **Risco Calculado (p12 = 0.45):** O risco calculado de 45% de progressão para RD proliferativa ou edema macular diabético clinicamente significativo em 12 meses é um sinal de alerta importante. Este valor, presumivelmente derivado de um modelo de predição (como o DRS ou UKPDS), integra vários fatores de risco e fornece uma estimativa quantitativa da probabilidade de progressão.

2. Fatores que Aumentam/Mostram Risco:

Hiperglicemia Crônica: A HbA1c elevada é o principal indicador de hiperglicemia crônica. A glicose elevada causa: **Dano Direto aos Vasos Sanguíneos:** A hiperglicemia leva à formação de produtos de glicação avançada (AGEs), que se acumulam nos vasos sanguíneos, causando inflamação, disfunção endotelial e aumento da permeabilidade vascular. **Aumento do Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF):** A hiperglicemia estimula a produção de VEGF, um potente fator angiogênico que promove a formação de novos vasos sanguíneos anormais na retina (neovascularização), característica da RD proliferativa. **Hipertensão Arterial:** A pressão arterial elevada contribui para: **Aumento da Pressão Intravascular:** A hipertensão aumenta a pressão dentro dos vasos sanguíneos da retina, danificando as paredes dos vasos e predispondo a hemorragias. **Disfunção Endotelial:** A hipertensão também contribui para a disfunção do endotélio vascular, exacerbando o dano microvascular.

- **Dislipidemia:** Embora não especificada no caso, a dislipidemia (níveis elevados de colesterol e triglicerídeos) é comum em pacientes com DM2 e pode aumentar o risco de RD, contribuindo para a aterosclerose e o dano vascular.
- **Obesidade e Sedentarismo:** Também não especificados no caso, mas frequentemente presentes em pacientes com DM2, a obesidade e o sedentarismo contribuem para a resistência à insulina, hiperglicemia e dislipidemia, agravando o risco de RD.
- **Inflamação Crônica:** O diabetes é frequentemente associado a um estado de inflamação crônica de baixo grau, que contribui para o dano microvascular.
- **Genética:** Fatores genéticos podem influenciar a susceptibilidade à RD.
- **Outras Comorbidades:** Doença renal crônica (DRC) e doença cardiovascular (DCV) também são fatores de risco independentes para a progressão da RD.

3. Como Otimizar o Controle para Reduzir a Progressão:

O objetivo principal é controlar rigorosamente os fatores de risco modificáveis para retardar ou prevenir a progressão da RD.

Controle Glicêmico Intensivo: Meta de HbA1c: Individualizar a meta de HbA1c, considerando idade, comorbidades e risco de hipoglicemia. Uma meta razoável seria tentar alcançar HbA1c < 7%, se seguro e tolerável para o paciente. **Ajuste da Medicação:** Ajustar ou intensificar a terapia medicamentosa para diabetes. Considerar a adição ou otimização de insulina, agonistas do receptor de GLP-1, inibidores de SGLT2 ou outros agentes hipoglicemiantes, conforme necessário, para atingir a meta de HbA1c. **Monitoramento Glicêmico Frequente:** Incentivar o automonitoramento da glicemia capilar (AMG) várias vezes ao dia, especialmente antes e depois das refeições, para ajudar o paciente a entender como a dieta e o exercício afetam seus níveis de glicose e ajustar a medicação conforme necessário. **Educação sobre Diabetes:** Fornecer educação abrangente sobre diabetes, incluindo dieta, exercícios, medicação e autocuidado. **Controle da Pressão Arterial: Meta de PA:** A meta geralmente recomendada é < 130/80 mmHg. **Terapia Anti-Hipertensiva:** Prescrever ou ajustar a terapia anti-hipertensiva. Inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA)

são frequentemente preferidos em pacientes com diabetes, pois também oferecem proteção renal.

Monitoramento da PA: Monitorar regularmente a pressão arterial em casa e no consultório. **Controle**

da Dislipidemia: Perfil Lipídico: Solicitar um perfil lipídico completo (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos). **Terapia com Estatinas:** Prescrever estatina para reduzir os níveis de LDL-colesterol, conforme as diretrizes atuais. **Dieta:** Recomendar uma dieta pobre em gordura saturada e colesterol.

Modificações no Estilo de Vida: Dieta Saudável: Recomendar uma dieta rica em frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras, com restrição de carboidratos refinados e açúcares. **Exercício**

Regular: Incentivar a prática regular de atividade física (pelo menos 150 minutos por semana de exercício aeróbico de intensidade moderada). **Cessação do Tabagismo:** Aconselhar e apoiar a cessação do tabagismo. **Considerar Fenofibrato:** Em pacientes com hipertrigliceridemia persistente apesar das mudanças no estilo de vida e do uso de estatinas, o fenofibrato pode ser considerado para reduzir o risco de progressão da RD.

• **Considerar Suplementação com Ácido Alfa-Lip ico:** Alguns estudos sugerem que o ácido alfa-lipóico pode ter um efeito protetor contra a RD, mas mais pesquisas são necessárias.

4. Quando Intensificar o Monitoramento:

Devido ao risco moderado a alto de progressão ($p12 = 0.45$) e   presença de RD grau 2, o monitoramento deve ser intensificado.

Exames Oftalmológicos Frequentes: Consulta com Oftalmologista: Encaminhar o paciente a um oftalmologista especializado em retina para avaliação completa e acompanhamento. **Intervalo de**

Exames: Reduzir o intervalo entre os exames oftalmológicos. Em vez do acompanhamento anual, realizar exames a cada 4-6 meses. **Exames Complementares:** Realizar exames complementares, como:

Retinografia: Para documentar as alterações retinianas. **Angiografia Fluoresceínica (FAF):** Para avaliar a permeabilidade vascular e identificar áreas de isquemia retiniana. **Tomografia de**

Coerência  ptica (OCT): Para detectar edema macular e avaliar a espessura da retina.

Monitoramento Contínuo do Controle Glicêmico: HbA1c Trimestral: Monitorar a HbA1c a cada 3 meses para avaliar a eficácia do tratamento. **Ajuste da Medicação:** Ajustar a medicação conforme necessário para atingir a meta de HbA1c.

• **Monitoramento da Pressão Arterial: Aferição Regular da PA:** Monitorar a pressão arterial regularmente em casa e no consultório. **Ajuste da Medicação:** Ajustar a medicação conforme necessário para atingir a meta de PA.

• **Monitoramento de Outros Fatores de Risco: Função Renal:** Monitorar a função renal (creatinina e taxa de filtração glomerular estimada - TFGe) para detectar e tratar precocemente a nefropatia diabética. **Lipídios:** Monitorar os níveis de lipídios e ajustar a terapia conforme necessário.

• **Educação Contínuo do Paciente:** Reforçar a importância do autocuidado e da adesão ao tratamento.

• **Sinais de Alerta:** Orientar o paciente a relatar imediatamente quaisquer sintomas visuais novos ou agravantes, como visão turva, moscas volantes, perda de campo visual ou dor ocular.

Em Resumo:

Este paciente apresenta um risco significativo de progressão da RD devido à duração do diabetes, controle glicêmico subótimo, pressão arterial elevada, presença de RD grau 2 e o risco calculado $p12 = 0.45$. É crucial implementar uma abordagem multifacetada que inclua controle glicêmico intensivo, controle da pressão arterial, controle da dislipidemia, modificações no estilo de vida e monitoramento oftalmológico frequente. A educação contínuo do paciente e o acompanhamento próximo são essenciais para otimizar o controle dos fatores de risco e minimizar o risco de progressão da RD e suas complicações devastadoras para a visão.

Avaliação Integrada de Risco

Categoria de Risco Global:	MODERATE
Frequência Recomendada de Monitoramento:	6 months
Fatores Clínicos Considerados:	HbA1c, Duração DM, Pressão Arterial

Integração Clínica e Recomendações

Plano de Manejo Integrado para Paciente com DM, HAS e RD (Grau 2)

Paciente: 62 anos, DM há 8 anos, HbA1c 8.7%, PA 138/82 mmHg, Retinopatia Diabética (RD) grau 2, Risco de Progressão 0.45 em 12 meses.

Metas:

HbA1c: < 7.0% **Pressão Arterial (PA):** < 130/80 mmHg

1. Plano de Monitoramento Oftalmológico Específico:

Frequência: Considerando a RD grau 2 e o risco de progressão de 0.45 em 12 meses, o acompanhamento oftalmológico deve ser **trimestral (a cada 3 meses)**. **Exames Essenciais:**
Mapeamento de Retina: Avaliação detalhada da retina, incluindo identificação de microaneurismas, hemorragias, exsudatos e alterações vasculares. **Retinografia Colorida:** Documentação fotográfica da retina para acompanhamento da progressão da RD. **Angiofluoresceinografia (AFG):** Avaliação da circulação retiniana, identificando áreas de isquemia e neovascularização. Indispensável para guiar o tratamento com laser. **Tomografia de Coerência Óptica (OCT):** Avaliação da espessura da retina e identificação de edema macular (EMD). Fundamental para detectar EMD clinicamente significativo (EMDCS) que pode exigir tratamento.

• **Justificativa da Frequência:** O risco de progressão da RD e o nível atual de HbA1c elevado justificam um acompanhamento mais rigoroso para detectar precocemente qualquer progressão da doença e permitir intervenções terapêuticas oportunas.

2. Ajustes Terapêuticos para DM e PA:

Diabetes Mellitus (DM): Revisão da Medicação Atual: Avaliar a medicação atual para DM, considerando a HbA1c de 8.7%. **Se em monoterapia:** Adicionar um segundo agente hipoglicemiante. As opções incluem: **Inibidores da DPP-4 (ex: sitagliptina, linagliptina):** Bem tolerados, baixo risco de hipoglicemia, podem ser combinados com metformina. **Análogos do GLP-1 (ex: liraglutida, semaglutida):** Promovem perda de peso, reduzem o risco cardiovascular (comprovado para alguns), mas podem ter efeitos colaterais gastrointestinais. **Inibidores SGLT2 (ex: empagliflozina, dapagliflozina):** Promovem perda de peso, reduzem o risco cardiovascular e a progressão da doença renal diabética, mas aumentam o risco de infecções genitais e cetoacidose euglicêmica. **Glitazonas (ex: pioglitazona):** Aumentam a sensibilidade à insulina, mas podem causar retenção de líquidos e ganho de peso. **Se já em terapia dupla:** Considerar adicionar um terceiro agente ou intensificar a terapia com insulina basal (se apropriado). **Educação em Diabetes:** Reforçar a importância da adesão à dieta, prática de atividade física regular e automonitorização da glicemia. **Monitorização da Glicemia:** Recomendar a automonitorização da glicemia capilar (AMGC) em horários variados (jejum, pós-prandial) para ajuste fino da medicação. Considerar o uso de monitor contínuo de glicose (MCG) para melhor acompanhamento e ajuste da terapêutica, especialmente se houver hipoglicemias frequentes ou dificuldade em atingir a meta de HbA1c.

• **Pressão Arterial (PA): Revisão da Medicação Atual:** PA de 138/82 mmHg indica a necessidade de ajuste na terapia anti-hipertensiva. **Terapia Combinada:** Se o paciente não estiver utilizando dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos, iniciar ou ajustar a terapia combinada. **Opções Preferenciais:** **IECA ou BRA:** Primeira linha, especialmente em pacientes com diabetes e nefropatia. Ex: enalapril,

losartana. **Bloqueador dos Canais de Cálcio (BCC):** Ex: anlodipino. **Diurético Tiazídico em baixa dose:** Ex: hidroclorotiazida. **Ajuste Gradual:** Aumentar as doses gradualmente até atingir a meta de PA < 130/80 mmHg. Monitorar a PA regularmente (em casa e no consultório) para avaliar a resposta ao tratamento. **Considerações Adicionais:** Ajustar o tratamento considerando a presença de outras comorbidades e possíveis interações medicamentosas.

3. Intervenções Oftalmológicas Necessárias:

Fotocoagulação a Laser (Panfotocoagulação ou Laser Focal): **Indicação:** Avaliar a necessidade de fotocoagulação a laser. A RD grau 2, com risco de progressão, pode se beneficiar do tratamento com laser para prevenir a progressão para formas mais graves (RD proliferativa ou edema macular). **Tipo de Laser:** A escolha do tipo de laser (panfotocoagulação para RD proliferativa ou laser focal para edema macular) dependerá dos achados da angiofluoresceinografia e do OCT. **Injeções Intravítreas de Anti-VEGF:** **Indicação:** Se houver edema macular diabético (EMD), as injeções intravítreas de anti-VEGF (ex: bevacizumabe, ranibizumabe, aflibercepte) são o tratamento de primeira linha. **Esquema de Tratamento:** O esquema de tratamento (prn - pro re nata ou treat and extend) dependerá da resposta individual do paciente.

• **Vitrectomia:** * **Indicação:** Em casos de hemorragia vítrea não responsiva ao tratamento com laser ou anti-VEGF, ou em casos de descolamento de retina tracional, a vitrectomia pode ser necessária.

4. Acompanhamento Multidisciplinar:

Endocrinologista: Frequência: A cada 3 meses para ajuste da medicação para DM e monitorização da HbA1c. **Objetivo:** Atingir e manter a HbA1c < 7.0%. **Cardiologista: Frequência:** A cada 6 meses para avaliação e manejo da hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular (dislipidemia, tabagismo). **Objetivo:** Atingir e manter a PA < 130/80 mmHg e otimizar o controle dos demais fatores de risco cardiovascular.

• **Nefrologista: Frequência:** Anual ou mais frequentemente se houver sinais de nefropatia diabética (proteinúria, diminuição da taxa de filtração glomerular). **Objetivo:** Monitorar e tratar a nefropatia diabética para prevenir a progressão para insuficiência renal crônica.

• **Nutricionista: Frequência:** Inicialmente mensal, depois trimestral ou semestral, dependendo da adesão e do controle glicêmico. **Objetivo:** Elaborar um plano alimentar individualizado para o controle glicêmico, perda de peso (se necessário) e controle da pressão arterial.

• **Enfermeiro Educador em Diabetes: Frequência:** Inicialmente quinzenal, depois mensal ou trimestral, dependendo da necessidade. **Objetivo:** Educar o paciente sobre a doença, o tratamento, a automonitorização da glicemia, a técnica de aplicação de insulina (se necessário) e os cuidados com os pés.

• **Podólogo:** * **Frequência:** Regularmente (a cada 3-6 meses) para avaliação e cuidados com os pés, prevenindo complicações como úlceras e amputações.

Recomendações Adicionais:

Cessação do Tabagismo: Incentivar e auxiliar o paciente a parar de fumar, se for o caso. **Atividade Física:** Incentivar a prática regular de atividade física (pelo menos 150 minutos por semana de atividade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa).

• **Suporte Psicológico:** Avaliar a necessidade de suporte psicológico para lidar com o estresse e a ansiedade relacionados à doença crônica.

• **Acompanhamento da Saúde Mental:** Investigar sinais de depressão ou ansiedade, que são mais comuns em pacientes com doenças cr nicas como diabetes.

Comunicação e Coordenação:

É fundamental que haja uma comunicação eficiente e coordenação entre todos os membros da equipe multidisciplinar para garantir um plano de tratamento integrado e otimizado para o paciente. O médico endocrinologista deve atuar como o coordenador do cuidado, recebendo e interpretando as informações dos demais especialistas e ajustando o plano de tratamento conforme necessário.

Este plano de manejo é um guia geral e deve ser individualizado para cada paciente, levando em consideração suas características clínicas, preferências e comorbidades. O acompanhamento regular e a adesão ao tratamento são essenciais para prevenir a progressão da RD e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Recomendações Clínicas

- Otimizar controle glicêmico - HbA1c atual 8.7% (meta <7.0% para pacientes com RD).
- Controlar PA - atual 138/82 mmHg (meta <130/80 mmHg).
- Avaliar necessidade de tratamento oftalmológico específico para RD grau 2 com lesões ['microaneurysms'].
- Programar retorno oftalmológico em 6 months devido a risco MODERATE.
- Considerar intensificação de medicações hipoglicemiantes se HbA1c permanecer elevada.
- Avaliar função renal e risco cardiovascular associado.
- Orientar paciente sobre sinais de alarme oftalmológicos.
- Documentar achados em prontuário eletrônico com imagens.