



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 302/18– CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da Presidência da República, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 02, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

o Caderno de Atenção Básica nº 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, do Ministério da Saúde;

Termo de Referência Padrão do Ambulatório de Especialidade em Hipertensão e Diabetes Mellitus. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018. Documento revisto e ampliado. 37p.

o protocolo de encaminhamento para Endocrinologia Adulto do Telessaúde do RS, revisado em 2018;

que a estratégia prioritária de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde é a Planificação da Rede de Atenção à Saúde, constando no Plano Estadual de Saúde - 2016/2019 a meta de estender o processo das Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde para 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde e seus municípios;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 09/08/2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução.

Art. 2º - Prestar orientações na perspectiva de qualificar a Atenção Básica como coordenadora do cuidado ao indivíduo com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de Diabetes Mellitus e suporte para tomada de decisão



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

clínica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador dessa doença, garantindo a resolutividade prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Art. 3º - Publicizar os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de publicação.

Porto Alegre, 09 de agosto de 2018.

FRANCISCO BERND
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS
Secretário Estadual da Saúde Adjunto



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 302/18 – CIB/RS

DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

**NOTA TÉCNICA 02/2018 - ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR
DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA**

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um grupo de doenças metabólicas caracterizado por hiperglicemia resultante de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. A hiperglicemia crônica está associada a danos de longo prazo, repercutindo em disfunções a diversos órgãos e sistemas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

Existem dois principais tipos de diabetes: o **tipo 1** caracterizado pela deficiência total de insulina, com início abrupto e acometendo principalmente crianças e adolescentes, e o **tipo 2** o qual costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos, manifestando-se em geral em adultos com história de excesso de peso e história familiar de DM. Dependendo da gravidade, o controle pode se dar por meio de atividade física e planejamento alimentar (BRASIL, 2013a).

O DM contribui para o desenvolvimento das doenças do aparelho circulatório, as quais, juntamente com as neoplasias, se configuram as duas principais causas de óbitos na população gaúcha (SIM/DATASUS - BI/DGTI/SESRS, 2018).

Sendo assim, considerando o impacto relevante do DM na população, prestar uma assistência qualificada às pessoas com DM, no nível da Atenção Básica (AB), prevenirá complicações e internações desnecessárias, já que a doença está na lista brasileira de causas sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2008).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

2. OBJETIVO

Prestar orientações na perspectiva de qualificar a Atenção Básica¹ como coordenadora do cuidado ao indivíduo com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de Diabetes Mellitus e suporte para tomada de decisão clínica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador dessa doença, garantindo a resolutividade prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)².

3. JUSTIFICATIVA

Fez-se necessária a construção deste documento em decorrência da demanda da Planificação da RAS no estado, no sentido de orientar a organização do cuidado ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus a partir da Atenção Básica.

4. O ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE DM NA ATENÇÃO BÁSICA

O acompanhamento dos usuários com DM na Atenção Básica deve ser realizado por profissionais de saúde que atuem de forma integrada e multiprofissional, através de abordagem que inclua o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas, de acordo com as necessidades individuais. Além disso, são fundamentais as intervenções educativas sistematizadas e permanentes, a continuidade do acompanhamento por meio de consultas periódicas e as atividades de autocuidado, entre outras, sendo fundamental o registro das informações no Prontuário Eletrônico (e-SUS ou prontuário próprio com *thrift* para o SISAB).

¹Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2.

²Os cuidados em Atenção Primária devem ser resolutivos e capacitados, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda deste nível de atenção (BRASIL, 2015a).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

O diagnóstico de DM é feito através de:

1. Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL;
2. Teste de Tolerância à Glicose (TTG) maior ou igual a 200 mg/dL;
3. Hemoglobina Glicada (HbA1c) maior ou igual que 6,5%;
4. Glicemia eventual maior ou igual a 200mg/dL com sintomas associados.

Com exceção do item 4, os demais itens devem ser confirmados em uma segunda medida. Glicemia capilar (HGT) não é suficiente para o diagnóstico.

Pessoas com valores intermediários de alteração glicêmica (glicemia entre 100 e 125 mg/dL, TTG entre 140 e 199 mg/dL e HbA1c entre 5,7% e 6,4%) são classificadas como pré-diabéticas e têm maior chance de evolução para DM que a população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Para saber mais sobre o rastreamento e o diagnóstico de DM acesse:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.

O DM pode evoluir com complicações, sendo que o controle da glicemia tem a capacidade de preveni-las ou postergá-las. As complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) são as que estão associadas com maior risco à vida, enquanto as crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia diabética e vasculopatia) estão associadas com maior morbidade e são mais prevalentes. Destaca-se que o DM é a principal causa de amputação e doença renal crônica dialítica no mundo (BRASIL, 2013a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

5. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COM RELAÇÃO AO DIABETES MELLITUS

Segundo os critérios e os parâmetros para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015b), existem quatro níveis para estratificação de risco com relação ao diabetes conforme quadro abaixo.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Quadro - Estratificação de risco para Diabetes Mellitus

RISCO	CRITÉRIOS (Controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado*) Onde: HbA1c = hemoglobina glicada	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (6,9% da população de 18 anos e mais*)
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose.	20% dos diabéticos
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none">- controle metabólico e pressórico adequados. As recomendações mais atuais sugerem que não se estabeleça um valor único para HbA1c, mas que cada caso seja avaliado individualmente. Jovens sem complicações, considerar HbA1c de até 6%. Idosos, com complicações e tratamentos complexos, tolerar mais, talvez até 8,5%;- sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;- sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia).	50% dos diabéticos
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none">- controle metabólico ($7,5 > \text{HbA1c} < 9$) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado).	25% dos diabéticos
Muito Alto (Gestão de Caso)	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none">- mau controle metabólico ($\text{HbA1c} > 9$) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios;- múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;- síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – Acidente Vascular Cerebral, Acidente Isquêmico Transitório, Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável, Doença Arterial Obstrutiva Periférica com intervenção cirúrgica;- complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 (não-dialítico) e 5 (dialítico), pé diabético de risco alto, ulcerado com necrose ou com infecção;- comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras);- risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado e ausência de rede de apoio familiar ou social.	5% dos diabéticos

Fonte: Brasil (2015b). *Observação: As taxas de prevalência por estados e por sexo, com os respectivos intervalos de confiança, estimadas pela Pesquisa Nacional de Saúde MS-IBGE 2013 estão disponíveis em: ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/tabelas_pdf/3_doencas_cronicas.pdf

Pacientes estratificados em todos os níveis de risco devem ser acompanhados pelas equipes de Atenção Básica, independente de necessitarem de encaminhamento à atenção especializada. Os municípios, gestores da AB, deverão otimizar seus



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

recursos para o tratamento destes pacientes, lançando mão das estratégias existentes, tais como: academia da saúde, grupos de promoção e prevenção e profissionais de outros núcleos de formação além da equipe mínima da Atenção Básica.

A periodicidade de acompanhamento dos pacientes conforme a classificação de risco não está determinada no Caderno de Atenção Básica nº 36 ou nos critérios e parâmetros do Ministério da Saúde. Porém, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde³, recomenda o que segue, conforme a estratificação de risco (BRASIL, 2018a):

- Diabéticos de baixo e médio risco: 02 consultas por ano;
- Diabéticos de alto e muito alto risco: 04 consultas por ano.

Esse indicativo não substitui a avaliação dos profissionais de saúde da AB acerca da frequência adequada das consultas de acordo com as condições clínicas do paciente, analisando os casos individualmente. Importante considerar as consultas com o profissional dentista, já que o cuidado em saúde bucal para as pessoas com DM é fundamental para a manutenção dos níveis glicêmicos (BRASIL, 2018b).

Anexo a esta Nota Técnica, são apresentados os exames e procedimentos anuais preconizados pelo Ministério da Saúde para os portadores de DM a partir de estratos de risco (BRASIL, 2015b).

6. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES DE REFERÊNCIA

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de DM, faz-se necessária a normatização para acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde. Em algumas situações, poderá haver a necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária.

Os critérios estabelecidos pela SES (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013; 2015) para encaminhamento à **endocrinologia** são:

³ Entidade responsável pelo processo da planificação no estado.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso); **ou**
- doença renal crônica (taxa de filtração glomerular [TFG] < 30 ml/min/1,73 m², estágios 4 e 5). A TFG pode ser calculada com o aplicativo “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/desenvolvimento/aplicativos/taxa-de-filtracao-glomerular/>; **ou**

- paciente com DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos).

O cálculo da TFG dá-se pela equação desenvolvida pelo Grupo *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI), em 2009:

$$\text{TFG (ml/min/1.73 m}^2\text{)} = 141 \times \min(\text{Crea/k, 1})^{(\alpha)} \times \max(\text{Crea/k, 1})^{(-1,209)} \\ \times 0,993^{(\text{idade})} \times 1,018 \text{ (se mulher)} \times 1,159 \text{ (se negro ou negra)}.$$

Onde:

- **Crea** é o valor de creatinina em mg/dl,
- **k** equivale a 0,7 se mulher e 0,9 se homem,
- **α** equivale a -0,329 se mulher e -0,411 se homem,
- **min** indica o mínimo de Crea/k ou 1,
- **max** indica o máximo de Crea/k ou 1

De acordo com a TFG, os estágios da função renal são os seguintes: estágio 1 - TFG > 90 com proteinúria; estágio 2 - TFG de 60-89 com proteinúria; estágio 3a - TFG de 45-59 ; estágio 3b - TFG de 30-44; estágio 4 - TFG de 15 a 29; estágio 5 - TFG < 15 ou em diálise.

O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento compreende os seguintes itens:

1. descrição do paciente – sinais, sintomas e comorbidades;
2. resultados de exames (hemoglobina glicada e creatinina sérica), com data;
3. insulina em uso (sim ou não), tipo, dose e posologia;
4. outras medicações em uso, com dose e posologia;
5. peso do paciente em quilogramas (kg), altura em metros (m) e IMC (kg/m²);



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

7. TELECONSULTORIA CLÍNICA

A Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser utilizada sempre que houver dúvidas clínicas por parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica ou em situações não contempladas nesta Nota Técnica para qualificar o cuidado do portador de DM na Atenção Básica.

As teleconsultorias, para o esclarecimento de dúvidas sobre diagnóstico e tratamento, são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio, pelo telefone **0800 644 6543**.

O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08 às 17:30h, podendo acessar o serviço os profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissional de educação física, assistentes sociais e psicólogos da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Brasil. Mais informações podem ser acessadas no site do TelessaúdeRS: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Orlando FL, 32(1):S62–S67, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008**. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 36**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (CAB nº 37)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Condições Crônicas: planejamento da atenção em doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2018b.

Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS 510/13**. Aprova os encaminhamentos para o início do projeto Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170256/23105637-1382539962-cibr510-13.pdf>>

_____. **Resolução CIB/RS 171/15**. Aprova a revisão do protocolo de Endocrinologia utilizado nos encaminhamentos para o projeto Intervenção das Teleconsultorias na



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

regulação das consultas ambulatoriais na especialidade Endocrinologia. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170213/23111332-1437485701-cibr171-15.pdf>>.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE/DATASUS – Portal BI/DGTI/SESRS, 2018. **Dados sobre mortalidade no RS**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc_Novo.htm?document=Mortalidade%20e%20Nascidos%20Vivos.qvw&host=QVS@foggia&sid=suiubbvs18eh7nnvuneuk63ic4>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Módulo 1. Cap.2. **Aspectos Clínicos e Laboratoriais do diagnóstico de Diabetes e Pré-Diabetes**. In: e-Book 2.0. São Paulo, 2014.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO

Quadro - Parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus: estimativa de necessidades anuais por diabético

Categoria exame / procedimento	Procedimento – SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano) – Estrato de Risco			
		Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Exames de patologia clínica	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1	1	2	2
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	0,5	1	1	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	0,5	1	1	1
	02.02.01.050-3 - Dosagem de hemoglobina glicosilada	2	2	4	4
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1	1	2	4
	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1	1	1	2
	02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina*	1	1	1	1
Oftalmológicos**	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1	1	1	1
	02.11.06.017-8 – Retinografia colorida binocular	1	1	1	1
	04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser	0,2	0,2	0,2	0,4
Diagnose em cardiologia	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1	1	1	2

Fonte: Brasil (2015b).

Observações:

(*) A dosagem de microalbumina na urina de 12 ou 24 horas tem sido substituída pela dosagem de albumina em amostra de urina isolada e também pela Relação Albumina/Creatinina em amostra isolada de urina: “ao menos uma vez ao ano, avaliação quantitativa de albumina urinária (por exemplo, Razão Albumino-Creatinina - UACR) e estimativa da taxa de filtração Glomerular (Egfr) em pacientes com Diabetes Tipo I com duração maior ou igual a 5 anos e em todos os pacientes com Diabetes Tipo II” (American Diabetes Association - Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care Volume 38, Supplement 1, January 2015. Disponível em: <http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf>).

(**) “Se não há evidência de retinopatia em um ou mais exames oftalmológicos realizados em seguida, a realização de exames a cada 2 anos pode ser considerada. Se a retinopatia diabética é presente, exames subsequentes para pacientes com tipo 1 e tipo 2 diabetes devem ser repetidos anualmente por um oftalmologista ou optometrista. Se a retinopatia estiver progredindo e ameaçando a visão, mais exames podem estar indicados” (American Diabetes Association - Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care Volume 38, Supplement 1, January 2015. Disponível em <http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf>).