



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

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 TIPO II 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).

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 tipo II 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).

¹ Os 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 N° 2.

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

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.

Quadro - Estratificação de risco para Diabetes Mellitus

RISCO	CRITÉRIOS	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA (6,9% da população de 18 anos e mais**)
Baixo	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c <7,5% e <u>todas</u> as situações abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - controle pressórico adequado (não hipertenso ou hipertenso com níveis pressóricos dentro das metas terapêuticas); - sem internações por complicações agudas*** nos últimos 12 meses; - sem complicações crônicas****; - capacidade de autocuidado suficiente. 	20% dos diabéticos
Médio	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c <7,5% e <u>todas</u> as situações a seguir: <ul style="list-style-type: none"> - controle pressórico adequado; - sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - sem complicações crônicas; - capacidade de autocuidado insuficiente. Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c entre 7,5 a 9% e todas as situações previstas no risco médio com exceção da capacidade de autocuidado que deve ser suficiente .	50% dos diabéticos
Alto	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c entre 7,5 a 9% e <u>uma</u> das situações a seguir, <u>independente</u> da capacidade de autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> - controle pressórico inadequado; - com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - presença de complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras). Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c >9% e as situações previstas no risco alto com exceção da capacidade de autocuidado que deve ser suficiente .	25% dos diabéticos
Muito Alto (Gestão de Caso)	Pessoa com diabetes diagnosticado e HbA1c >9% , com capacidade de autocuidado insuficiente e <u>uma</u> das situações a seguir: <ul style="list-style-type: none"> - controle pressórico inadequado; - presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; - presença de complicações crônicas ou comorbidades severas (câncer, doença neurológica, entre outras). 	5% dos diabéticos

Fonte: Adaptado de BRASIL (2013a, 2015b); SES/MG (2013); SES/ES (2017); SES/PN (2018).

***Autocuidado:** constituem a prática de atividades que os usuários desempenham para seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O conceito de autocuidado insuficiente caracteriza-se por: limitação em níveis relevantes, dificuldade de compreensão de sua condição crônicas, desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição, baixo suporte familiar e social, recolher-se em sua condição crônica, estar sem ação para melhoria de sua condição, abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

**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

*****Complicações agudas:** acidente vascular encefálico transitório ou não, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial obstrutiva periférica com intervenção cirúrgica.

******Complicações crônicas:** macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica; microvasculares (retinopatia e nefropatia), neuropatia e pé diabético.

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 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. Considerar, da mesma forma, o cuidado multiprofissional, independente do estrato de risco, já que as ações voltadas à manutenção do autocuidado demandam essa abordagem. As consultas com o profissional dentista são importantes 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) e um esquema gráfico dos estratos de risco.

³ Entidade responsável pelo projeto da planificação da atenção à saúde no estado desde 2015.

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.

Nesta nota técnica, elencamos as principais especialidades médicas para as quais os portadores de DM podem ser encaminhados, considerando as complicações mais prevalentes, especificando os critérios para encaminhamento.

A) Critérios de encaminhamento para a ENDOCRINOLOGIA:

- 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).

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 é o seguinte:

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

B) Critérios de encaminhamento para a CIRURGIA VASCULAR (doença arterial periférica):

- paciente com doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena)⁴; **ou**
- doença arterial crônica sintomática com claudicação refratária ao tratamento conservador por 6 meses (uso de cilostazol, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia).

O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento é o seguinte:

1. sinais e sintomas (ausência de pulsos, atrofia da musculatura, perda de pelos, presença de lesão trófica, presença de necrose, tempo de evolução, amputações prévias);

2. fatores de risco (HAS, dislipidemia, tabagismo, diabetes, doença cardiovascular, síndrome metabólica);

3. tratamento realizado na APS (exercício, medicações em uso, com posologia);

4. resultado de ecodoppler arterial com data, se realizado;

5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

C) Critérios de encaminhamento para a OFTALMOLOGIA ADULTO (retinopatia ou outras doenças de retina):

Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxicloroquina/cloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, independente de diminuição na acuidade visual.

- ◆ Condições clínicas que indicam a necessidade de **solicitar retinografia** na Atenção Primária à Saúde (seguimento anual após primeira avaliação presencial com oftalmologista):
 - diagnóstico de retinopatia diabética não-proliferativa leve; **ou**
 - rastreamento de retinopatia em pacientes com diabetes (DM1 ou DM2).

⁴ Considerar avaliação em caráter emergencial se suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda de força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida).

- ◆ Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para oftalmologia** (rastreamento retinopatia diabética):

a) rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional (não é necessário encaminhar para rastreamento gestantes com diabetes gestacional); **ou**

- avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico); **ou**
- o rastreamento anual de retinopatia diabética em pacientes com DM1 ou DM2 (na impossibilidade de solicitar retinografia na APS).

b) diagnóstico de retinopatia diabética identificado por retinografia:

- edema macular diabético; **ou**
- retinopatia proliferativa; **ou**
- retinopatia não proliferativa moderada/grave; **ou**
- retinopatia não proliferativa leve na impossibilidade de acompanhar por

retinografia na APS. rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxicloroquina; **ou**

• outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).

O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento é o seguinte:

1. sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);

2. apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;

3. apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não)? Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico;

4. se gestante, descreva idade gestacional;

5. se paciente utiliza hidroxicloroquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;

6. realizou retinografia previamente (sim ou não). Se sim, descreva o laudo com data;

7. número da teleconsulta ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

D) Critérios de encaminhamento para a CARDIOLOGIA ADULTO (cardiopatía isquêmica):

- suspeita de cardiopatía isquêmica em pessoa com dor torácica e probabilidade pré-teste intermediária ou alta para Doença Arterial Coronariana (Quadro 1); **ou**
- suspeita de cardiopatía isquêmica por alterações eletrocardiográfica ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário; **ou**
- suspeita de cardiopatía isquêmica em pessoa com dor torácica e baixa probabilidade pré-teste para Doença Arterial Coronariana (Quadro 1), quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS; **ou**
- cardiopatía isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrito oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação (classificação da angina estável no Quadro 2 e tratamento no Quadro 3); **ou**
- suspeita ou diagnóstico de cardiopatía isquêmica com potencial indicação de cateterismo cardíaco (Quadro 4).

Quadro 1 - Probabilidade pré-teste de Doença Arterial Coronariana em pacientes sintomáticos de acordo com idade e sexo

Idade (anos)	Dor não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
30 a 39	4	2	34	12	76	26
40 a 49	13	3	51	22	87	55
50 a 59	20	7	65	31	93	73
60 a 69	27	14	72	51	94	86

Fonte: DUNCAN et.al. (2013) adaptada de dados combinados de Diamond/Forrester e Registro CASS.

- ◇ Classifica-se a probabilidade pré-teste para cardiopatía isquêmica em baixa, intermediária e alta, respectivamente, para valores <10%, 10-90% e >90%.
- ◇ A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, tabagismo, hipertensão e dislipidemia) aumenta em 2 a 3 vezes a estimativa acima.
- ◇ Não está indicado realizar ergometria em pacientes com probabilidade pré-teste baixa (dor não anginosa e sem fatores de risco para doença arterial coronariana) na investigação de cardiopatía isquêmica.

Quadro 2 - Classificação da Angina Estável (Sociedade de Cardiologia Canadense - CCS)

Classe I	Atividades comuns, como caminhar e subir escadas, não causam angina. O sintoma ocorre com esforços extenuantes e/ ou prolongados no trabalho ou lazer.
Classe II	Limitação leve às atividades comuns. Angina para caminhar mais que duas quadras no plano ou subir mais que um lance de escadas.
Classe III	Limitação marcada às atividades comuns. Angina para caminhar 1 a 2 quadras e/ ou subir um lance de escadas.
Classe IV	Angina com qualquer atividade física, podendo estar presente mesmo em repouso

Fonte: DUNCAN et.al. (2013)

Quadro 3 - Principais medicamentos utilizados no tratamento farmacológico de pacientes com cardiopatia isquêmica

Medicamento	Dose e posologia usual	Principais cuidados
Betabloqueadores		
Propranolol	40 - 80 mg, 3 x ao dia	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios de condução atrioventricular, astenia, disfunção sexual.
Atenolol	25 - 100 mg, 1 x ao dia	
Metoprolol tartarato	50 - 200 mg, 2 x ao dia	
Metoprolol succinato	50 - 200 mg, 1 x ao dia	
Carvedilol	3,125 - 25 mg, 2 x ao dia	Costuma ser prescrito para pacientes com insuficiência cardíaca associada.
Bloqueadores de canal de cálcio		
Anlodipina ¹	5,0 - 10 mg, 1 x ao dia	Cefaleia, tontura, rubor facial, edema de extremidades.
Verapamil	80 - 160 mg, 3 x ao dia	Verapamil associado a depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular.
Nitratos²		
Isossorbida mononitrato, oral ¹	20 - 40 mg, 2-3 x ao dia	Cefaleia, hipotensão, hipotensão postural, síncope. Organizar prescrição para intervalo de pelo menos 12 horas sem o fármaco. Para formulação SL, se persistência da dor após 3ª dose, procurar atendimento com urgência.
Isossorbida dinitrato, sublingual ¹	5 mg a cada 5-10 min (se necessário)	
Inibidores da ECA³		

Enalapril	5,0 - 20 mg, 2 x ao dia	Hipercalcemia, perda de função renal (aceitável redução até 30% na TFG), tosse.
Captopril	12,5 - 50 mg, 3 x ao dia	
Antiplaquetários		
AAS ¹	100 mg, 1 x ao dia	Desconforto e sangramento trato digestivo.
Clopidogrel	75 mg, 1 x ao dia	
Estatinas		
Sinvastatina ¹	20 - 40 mg, à noite	Atentar para hepatopatia, rabdomiólise (efeitos graves). Cuidado com associação com fibratos
Pravastatina	20 - 80 mg, à noite	
Atorvastatina	10 - 80 mg, à noite	

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

¹Fármacos preferenciais em cada classe considerando-se interações, posologia e disponibilidade.

²Para evitar tolerância ao nitrato fazer intervalo noturno de 10 a 12 horas sem o medicamento.

³IECA não apresenta melhora dos sintomas anginosos, porém reduz novos eventos cardiovasculares. Sugere-se uso em pacientes com cardiopatia isquêmica e disfunção ventricular, pós infarto agudo do miocárdio e pós revascularização miocárdica.

Quadro 4 - Potenciais indicações de angiografia coronariana em pacientes com Doença Arterial Coronariana

1.	Angina estável (CCS III ou IV – ver quadro 2) apesar de tratamento clínico otimizado.
2.	Síndrome coronariana aguda (quando risco não estratificado na emergência)
3.	Achados em testes não invasivos sugestivos de alto risco para eventos, independente de sintomas. Teste de Esforço: <ul style="list-style-type: none"> • baixa capacidade funcional (menor que 4 METs), • isquemia que ocorre em baixa intensidade, • diminuição da pressão arterial sistólica com aumento de carga, • infradesnivelamento do seguimento ST de 2 mm ou mais, • envolvimento de múltiplas derivações eletrocardiográficas, • alterações no seguimento SR que persistem na recuperação. Método de Imagem: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunção ventricular esquerda (FE < 35%) ou queda de FE com estresse, • Múltiplos defeitos de perfusão/contratilidade ou área de isquemia > 10%.
4.	Sobreviventes de parada cardíaca e arritmia ventricular, quando não realizado na unidade de emergência
5.	Angina e sintomas de insuficiência cardíaca.
6.	Diagnóstico incerto após testes não invasivos.

7.	Impossibilidade de se submeter a testes não invasivos por incapacidade física, doença ou obesidade.
8.	Profissões de risco que requerem um diagnóstico preciso.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017) adaptado de CESAR (2014) e DUNCAN et. al. (2013).

O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento é o seguinte:

1. sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);
2. medicamentos em uso, com posologia;
3. resultado do eletrocardiograma, com data;
4. resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;
5. presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não para os principais e informar outros se presentes;
6. história de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e exames realizados;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

E) Critérios de encaminhamento para NEFROLOGIA ADULTO (doença renal crônica):

- ◆ Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para nefrologia**:
 - taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (Estágio 4 e 5) (quadro 1); **ou**
 - taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73m² (Estágio 3, 4 e 5) com complicações associadas a doença renal crônica (anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente de PTH, hipertensão resistente, entre outros); **ou**
 - perda rápida da função renal (>5 ml/min/1,73m² em 6 meses, com uma TFG <60 ml/min/1,73m², confirmado em dois exames); **ou**
 - proteinúria¹ (quadro 2); **ou**
 - presença de cilindros com potencial patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários); **ou**

- alterações anatômicas (como estenose de artéria renal, assimetria renal ou suspeita de doença policística renal) que provoquem lesão ou perda de função renal (quadro 3).
- ◆ Condições clínicas que indicam a necessidade de **encaminhamento para urologia**:
 - alterações ecográficas que sugerem lesão ou provocam perda da função renal (quadro 3).

O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento é o seguinte:

1. resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
2. cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;
3. resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
4. resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data;
5. resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data; número da teleconsulta, 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/>.

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.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **Protocolo de encaminhamento para atenção especializada – hipertensão e diabetes - 2ª edição**. Vitória, 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus e doença renal crônica - 3ª edição**. Belo Horizonte, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de diabetes mellitus – 2. edição**. Curitiba, 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 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.

TELESSAUDERS. **Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto** / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Porto Alegre: UFRGS, 2017.

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

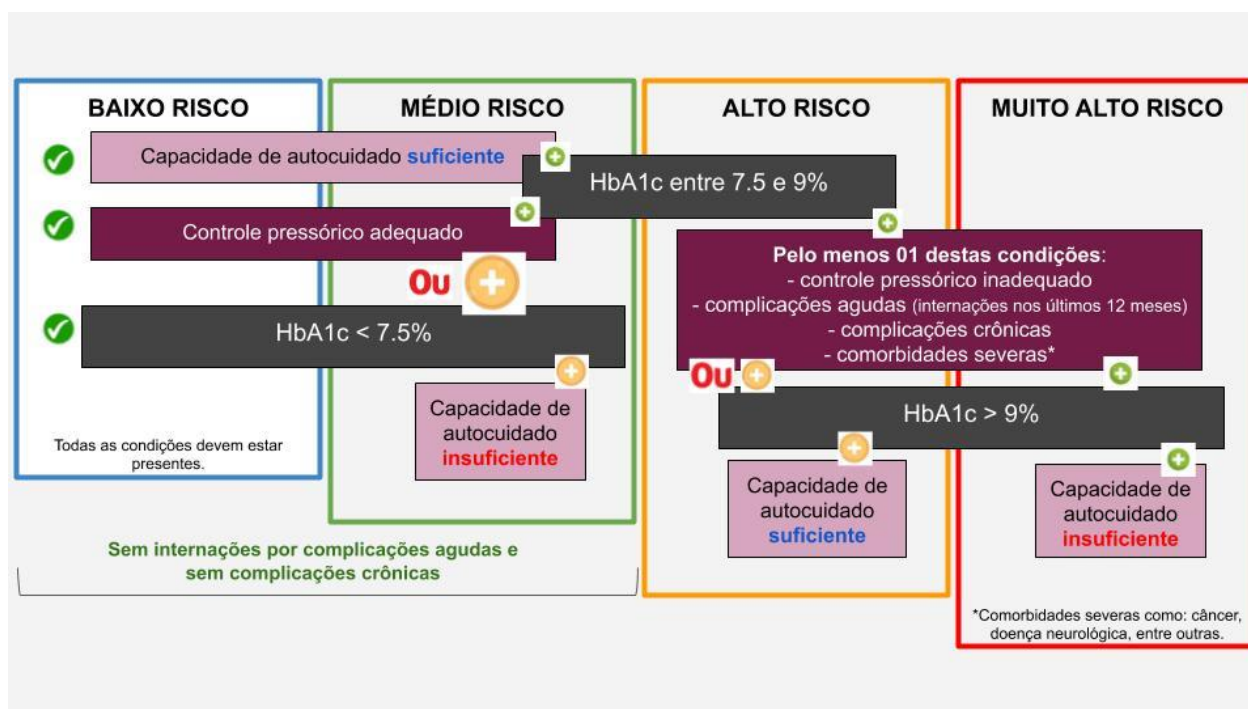
Fonte: Brasil (2015b).

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>).

Esquema gráfico dos estratos de risco no diabetes tipo II



Baixo risco: capacidade de autocuidado suficiente + controle pressórico adequado + HbA1c < 7.5%.

Médio risco A: capacidade de autocuidado suficiente + HbA1c entre 7.5 e 9% + controle pressórico adequado.

Médio risco B: capacidade de autocuidado insuficiente + HbA1c < 7.5% + controle pressórico adequado.

Alto risco A: capacidade de autocuidado suficiente ou insuficiente + HbA1c entre 7.5 e 9% + pelo menos uma das condições do quadro.

Alto risco B: capacidade de autocuidado suficiente + HbA1c > 9% + pelo menos uma das condições do quadro.

Muito alto risco: capacidade de autocuidado insuficiente + HbA1c > 9% + pelo menos uma das condições do quadro.