

RESOLUÇÃO Nº 049/2023

A Comissão Intergestores Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 de 06/08/2012.

Considerando a Portaria GM/MS nº 483/2014, que redefine a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 100/2022, que institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas - RAPDCC da Região Sul do ES.

Considerando os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus; e nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.

Considerando as pactuações do Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas da Região Sul - RAPDCC, que resultaram na definição dos instrumentos propostos para Classificação de Risco e Estratificação de Risco pela RAPDCC.

Considerando o Parecer Técnico nº 006/2023 emitido pela Referência Técnica Regional da RAPDCC, e o Parecer Técnico nº 036/2023, emitido pela Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, ambos favoráveis ao pleito.

Considerando a pactuação realizada na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional - CIR-SUL, realizada no dia 23 de agosto de 2023, que assim deliberou.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar os **instrumentos utilizados para Classificação de Risco e Estratificação de Risco, processos importantes para a implantação da Linha de Cuidados de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus** para os municípios da Região Sul do ES.

Art. 2º - Encaminhar à CIB/SUS-ES, para conhecimento e homologação.

Cachoeiro de Itapemirim, 23 de agosto de 2023.

Eliédson Vicente Morini

Secretário Municipal de Mimoso do Sul - ES
Coordenador da CIR-SUL

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIEDSON VICENTE MORINI
CIDADÃO
assinado em 05/09/2023 08:44:09 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 05/09/2023 08:44:09 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-LKQB8H>



PARECER TÉCNICO Nº 006/2023

A Câmara Técnica de caráter permanente, responsável pelo assessoramento técnico, à temas de interesse do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde Sul de Saúde, e a Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo – CIR-SUL,

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e fortalece o Sistema Único de Saúde - SUS;

CONSIDERANDO a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado;

CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017 que Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde SUS;

CONSIDERANDO o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2011-2030;

CONSIDERANDO a Resolução CIB/SUS-ES nº 100/2022, que institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas- RAPDCC na Região Sul do ES;

CONSIDERANDO os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. e nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica;

CONSIDERANDO a Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Estado do ES;

CONSIDERANDO as pactuações realizadas nas reuniões ordinárias do Grupo Condutor da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Condições Crônicas na região sul do ES - RAPDCC, que resultaram na definição dos instrumentos propostos para Classificação de Risco e Estratificação de Risco pela RAPDCC destinados as pessoas com risco de adquirir Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em 10 anos e as pessoas já diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

CONSIDERANDO que os documentos que compõem o anexo I desse Parecer Técnico nº006/2023;

CONSIDERANDO a necessidade de instituir tais instrumentos como as ferramentas que serão utilizadas pela APS de todos os municípios adstritos à Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim – SRSCI na implantação da Linha de Cuidado de

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.

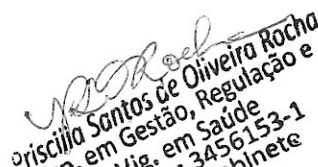
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO SUL DE SAÚDE
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, podendo inclusive ser inclusos nos sistemas de informação utilizados nos referidos municípios;

E em atenção a solicitação de Parecer Técnico da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Condições Crônicas – RAPDCC pela Comissão Intergestora Regional Sul – CIR SUL procedo **Parecer Técnico favorável** à aprovação em plenária da CIR-SUL dos instrumentos utilizados para Classificação de Risco e Estratificação de Risco, processos importantes pra a implantação da Linha de Cuidados de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nos municípios que compõem a região sul do ES no ano de 2023.

Cachoeiro de Itapemirim, 08 de agosto de 2023.


Priscilla Santos de Oliveira Rocha
Esp. em Gestão, Regulação e
Vig. em Saúde
Inc: 3456153-1
Gabinete
Priscilla Santos de Oliveira Rocha
Especialista em Gestão, Regulação e Vigilância em Saúde
Coordenadora da RAPDCC
Superintendência Regional de Saúde - Cachoeiro de Itapemirim
SESA/SRSCI/GS - NF 3456153-1



ANEXO I

O diabetes mellitus é a condição crônica que mais cresce no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, além de ser considerado um problema de saúde pública pelo crescimento e envelhecimento da população. No Brasil, essa realidade se faz presente com estimativas que até 2025, 11 milhões de pessoas serão diabéticas, sendo que em 2012, 10% da população apresentava diabetes mellitus (CORTEZ et al., 2015). Ao se avaliar os dados da região sul do ES, observa-se que tais dados estão subnotificados, por diversos motivos, entre eles: à baixa adesão por parte da população à implementação de políticas de prevenção, o fato de a obesidade, o sedentarismo e a alimentação desequilibrada fazerem parte da rotina desta população.

O diabetes mellitus é caracterizado pelo distúrbio no metabolismo de carboidratos, que traz como consequência o aumento dos níveis séricos de glicose. Ou seja, seu diagnóstico exige que seja comprovada a elevação inapropriada da glicemia (SALES; HALPERN; CERCATO, 2016). Os critérios diagnósticos atualmente aceitos são (SALES; HALPERN; CERCATO, 2016): a. glicemia de jejum 126mg/dl; b. curva glicêmica pós sobrecarga com 75 g de glicose com glicemia 200mg/dl em 2h; c. hemoglobina glicada (HbA1c) 6,5%, por um método laboratorial certificado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP); d. achado de glicemia randômica 200mg/dl associada a sinais clássicos de diabetes. Quando o exame encontra-se alterado, é necessário repeti-lo para confirmação diagnóstica, com exceção da alteração na glicemia plasmática randômica em pacientes sintomáticos (SALES; HALPERN; CERCATO, 2016).

Existem alguns indivíduos apresentam níveis alterados de glicemia, porém essas alterações não são suficientes para o diagnóstico de diabetes mellitus. Estes indivíduos apresentam um quadro intermediário chamado de pré-diabetes, uma vez que possuem maior risco de evolução para o diabetes e suas complicações (SALES; HALPERN; CERCATO, 2016). Esse grupo inclui: a. glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dl; b. curva glicêmica com sobrecarga com 75 g de glicose entre 140 e 200 mg/dl; c. HbA1c entre 5,7 e 6,4.

O Ministério da Saúde, disponibiliza em sua página virtual informações importantes sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes, estimulando um estilo de vida saudável como melhor forma de prevenção da doença (SAÚDE, 2020). Há evidências de que programas de rastreamento do diabetes poderiam ter resultados mais favoráveis se incorporassem estratégias de prevenção primária (TOSCANO, 2004). Estratégias de rastreamento cuja população-alvo seja aquela de maior risco para o desenvolvimento de diabetes deveriam então ser feitas de forma integrada, com a identificação de novos casos de diabetes e também implementação de atividades de prevenção primária nesta mesma população-alvo ainda sem o diagnóstico de diabetes mellitus (TOSCANO, 2004).

O risco médio de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 (DM2), aumenta 0,7% por ano em indivíduos com níveis normais de glicose e 5-10% por ano, quando existe antecedente de glicemia de jejum alterada ou tolerância diminuída à glicose (DANTAS et al., 2017). Os indivíduos que apresentam obesidade, história de diabetes gestacional, história familiar de diabetes e múltiplos fatores de risco cardiovascular são os que apresentam maior risco de desenvolvimento futuro da doença (DANTAS et al., 2017). Para estratificar o risco de desenvolver o diabetes, várias escalas foram criadas, entre elas, o **Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC)**, uma escala desenvolvida na Finlândia, em 2001. A mesma é baseada em oito questões sobre

AS

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO SUL DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



variáveis relacionadas ao risco de desenvolver diabetes e fornece uma medida da probabilidade de vir a desenvolver a doença nos 10 anos seguintes. Um escore no teste igual ou superior a 15 seja indicação para a realização de exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes (DANTAS et al., 2017)

Em estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2014, Cortez DN concluiu que a presença de complicações relacionadas ao diabetes pode ser associada ao tempo de duração da doença (CORTEZ et al., 2015). As complicações crônicas, são decorrentes principalmente do controle inadequado, do tempo de evolução e de fatores genéticos ligados à doença (TSCHIEDEL, 2014). As complicações crônicas microvasculares incluem a nefropatia, a retinopatia e a neuropatia diabéticas e as complicações crônicas macrovasculares são resultantes de alterações nos grandes vasos e causam infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (TSCHIEDEL, 2014). Desta forma, o rastreamento e diagnóstico precoce da doença se justifica como forma de reduzir as complicações e melhorar a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos, além de estimular aqueles que apresentam-se em um estado hiperglicêmico, porém ainda sem critérios presentes, a modificar seu estilo de vida e prevenir, consequentemente, o surgimento da doença.

Assim, a RAPDCC sugere a utilização do Questionário Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) para Classificação de Risco de desenvolvimento de diabetes na população acima de 20 anos de idade. O FINDRISC permite uma pontuação máxima de 26 pontos e classifica os indivíduos em níveis de risco: baixo (< 7 pontos); levemente moderado (entre 7 e 11 pontos); moderado (12-14 pontos); alto (15-20 pontos) e muito alto (mais de 20 pontos). Essa ferramenta é baseada em um questionário simples e já validado para este objetivo. Inserindo alguns dados clínicos e sociodemográficos básicos, esta ferramenta permitirá que o indivíduo saiba se está em um grupo de alto risco de desenvolver diabetes tipo 2 nos próximos 10 anos e se é recomendado já procurar auxílio médico e fazer o exame de sangue para checar sua glicemia (glicose no sangue).

Conhecendo o perfil de risco da população adstrita, a equipe da ESF pode planejar ações específicas de promoção e prevenção a saúde, reduzindo o risco de adoecimento de sua população.

AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Circle a alternativa correta e some os seus pontos.

- Idade**
0 p. Abaixo de 45 anos
2 p. Entre 45-54 anos
3 p. Entre 55-64 anos
4 p. Acima de 64 anos
- Índice de massa corporal (IMC)** (ver verso de formulário)
0 p. Abaixo de 25 kg/m²
1 p. 25-30 kg/m²
3 p. Acima de 30 kg/m²
- Desconhecimento da leitura medida arterial da pressão regularmente ou ajuste do sangue)**
HOMENS
0 p. Menor que 140 mm
1 p. 140-159 mm
3 p. Maior que 160 mm
MULHERES
0 p. Menor que 90 mm
1 p. 90-109 mm
3 p. Maior que 110 mm
- Alguma vez você já apresentou glicose alta no sangue (por exemplo, em um exame médico de rotina, durante uma doença, durante gravidez)?**
0 p. Não
3 p. Sim
- Alguns membros de sua família ou parente próximo já foi diagnosticado com diabetes (tipo 1 ou tipo 2)?**
0 p. Não
3 p. Sim
- Alguma vez você já apresentou algum medicamento para pressão alta?**
0 p. Não
3 p. Sim

Pontuação Total de Risco
0-6: Risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é menor que 7
7-11: Risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é levemente elevado: entre 7 e 11 pontos
12-14: Risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é moderado: entre 12 e 14 pontos
15-20: Risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é alto: entre 15 e 20 pontos
Acima de 20: Risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é muito alto: acima de 20 pontos

4. Você pratica pelo menos 30 minutos de atividade física vigorosa ou trabalho físico durante o horário de lazer incluindo as atividades diárias normais?
0 p. Sim
3 p. Não

5. Com que frequência você come legumes, verduras, frutas ou grãos?
0 p. Todos os dias
3 p. Não todos os dias

O QUE VOCÊ PODE FAZER PARA DIMINUIR O SEU RISCO DE DESENVOLVER DIABETES TIPO 2?

Você não pode mudar sua idade ou sua predisposição genética. Entretanto, os outros fatores que predispõem ao diabetes, como tabagismo, síndrome do estresse, sedentarismo, hábitos alimentares e o índice de massa corporal, são fatores que você pode controlar. Você pode controlar o risco de desenvolver diabetes tipo 2 ou pelo menos retardar o seu início, mudando seu estilo de vida.

Cada hora que você passar com diabetes na sua família, você deve estar mais atento para não ganhar peso com o passar dos anos. O aumento da circunferência abdominal, em particular, aumenta o risco de diabetes, enquanto que a diminuição dessa medida diminui o risco. Você deve também fazer atenção à sua dieta: comente muitas proteínas e menos carboidratos em fibras e legumes todos os dias. Evite o consumo de gordura na sua dieta.

Se o seu total de pontos for 12 ou mais na Avaliação de Risco, você deve fazer o teste de glicemia com jejum e depois de uma hora de jejum ou após uma refeição para determinar se você tem diabetes ou não.

Se o seu índice de massa corporal estiver entre 25 e 30, você se beneficiará ao perder peso. O teste de glicemia com jejum e depois de uma hora de jejum ou após uma refeição para determinar se você tem diabetes ou não.

Se o seu índice de massa corporal estiver entre 25 e 30, você se beneficiará ao perder peso. O teste de glicemia com jejum e depois de uma hora de jejum ou após uma refeição para determinar se você tem diabetes ou não.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)
O índice de massa corporal é usado para avaliar se uma pessoa está com o peso normal ou não. O índice é calculado dividindo-se o peso corporal (kg) pela altura ao quadrado (m²). Por exemplo, se a sua altura é 1,80 m e seu peso é 70 kg, seu índice de massa corporal será 21,6 (70 ÷ 1,80 x 1,80 = 21,6). O seu resultado será 25,7.

TABELA: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Altura (m)	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	
1,40	20,5	22,9	25,3	27,7	30,1	32,5	34,9	37,3	39,7	42,1	44,5	46,9	49,3	51,7	54,1	56,5	58,9	61,3	63,7	66,1	68,5	70,9	73,3	75,7	78,1	80,5	82,9	85,3	87,7	90,1	92,5	94,9		
1,45	19,3	21,6	23,9	26,2	28,5	30,8	33,1	35,4	37,7	40,0	42,3	44,6	46,9	49,2	51,5	53,8	56,1	58,4	60,7	63,0	65,3	67,6	69,9	72,2	74,5	76,8	79,1	81,4	83,7	86,0	88,3	90,6		
1,50	18,2	20,3	22,4	24,5	26,6	28,7	30,8	32,9	35,0	37,1	39,2	41,3	43,4	45,5	47,6	49,7	51,8	53,9	56,0	58,1	60,2	62,3	64,4	66,5	68,6	70,7	72,8	74,9	77,0	79,1	81,2	83,3		
1,55	17,2	19,1	21,1	23,0	25,0	26,9	28,9	30,8	32,8	34,7	36,7	38,6	40,6	42,5	44,5	46,4	48,4	50,3	52,3	54,2	56,2	58,1	60,1	62,0	64,0	65,9	67,9	69,8	71,8	73,7	75,7	77,6	79,6	
1,60	16,3	18,1	19,9	21,7	23,5	25,3	27,1	28,9	30,7	32,5	34,3	36,1	37,9	39,7	41,5	43,3	45,1	46,9	48,7	50,5	52,3	54,1	55,9	57,7	59,5	61,3	63,1	64,9	66,7	68,5	70,3	72,1	73,9	
1,65	15,5	17,2	18,8	20,4	22,0	23,6	25,2	26,8	28,4	30,0	31,6	33,2	34,8	36,4	38,0	39,6	41,2	42,8	44,4	46,0	47,6	49,2	50,8	52,4	54,0	55,6	57,2	58,8	60,4	62,0	63,6	65,2	66,8	
1,70	14,7	16,3	17,8	19,3	20,8	22,3	23,8	25,3	26,8	28,3	29,8	31,3	32,8	34,3	35,8	37,3	38,8	40,3	41,8	43,3	44,8	46,3	47,8	49,3	50,8	52,3	53,8	55,3	56,8	58,3	59,8	61,3	62,8	
1,75	14,0	15,5	16,9	18,3	19,7	21,1	22,5	23,9	25,3	26,7	28,1	29,5	30,9	32,3	33,7	35,1	36,5	37,9	39,3	40,7	42,1	43,5	44,9	46,3	47,7	49,1	50,5	51,9	53,3	54,7	56,1	57,5	58,9	
1,80	13,4	14,8	16,1	17,4	18,7	20,0	21,3	22,6	23,9	25,2	26,5	27,8	29,1	30,4	31,7	33,0	34,3	35,6	36,9	38,2	39,5	40,8	42,1	43,4	44,7	46,0	47,3	48,6	49,9	51,2	52,5	53,8	55,1	56,4
1,85	12,9	14,2	15,4	16,6	17,8	19,0	20,2	21,4	22,6	23,8	25,0	26,2	27,4	28,6	29,8	31,0	32,2	33,4	34,6	35,8	37,0	38,2	39,4	40,6	41,8	43,0	44,2	45,4	46,6	47,8	49,0	50,2	51,4	52,6
1,90	12,4	13,6	14,7	15,8	16,9	18,0	19,1	20,2	21,3	22,4	23,5	24,6	25,7	26,8	27,9	29,0	30,1	31,2	32,3	33,4	34,5	35,6	36,7	37,8	38,9	40,0	41,1	42,2	43,3	44,4	45,5	46,6	47,7	48,8
1,95	12,0	13,1	14,1	15,1	16,1	17,2	18,2	19,2	20,2	21,2	22,2	23,2	24,2	25,2	26,2	27,2	28,2	29,2	30,2	31,2	32,2	33,2	34,2	35,2	36,2	37,2	38,2	39,2	40,2	41,2	42,2	43,2	44,2	45,2
2,00	11,6	12,6	13,6	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5	20,5	21,5	22,5	23,5	24,5	25,5	26,5	27,5	28,5	29,5	30,5	31,5	32,5	33,5	34,5	35,5	36,5	37,5	38,5	39,5	40,5	41,5	42,5	43,5	44,5



Apesar de décadas de progresso notável, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam sendo a principal carga de doenças na Região das Américas, respondendo por um terço de todas as mortes e produzindo impactos econômicos e sociais adversos substanciais. De fato, um estudo estimou que em 2017 houve 14 milhões de novos casos de DCV, 80 milhões de pessoas vivendo com DCV e 2 milhões de mortes por DCV. Além disso, foi detectada uma desaceleração na mortalidade prematura por DCV durante 2007–2013, mas esta foi seguida por uma estagnação durante 2013–2017 em quase todos os países da Região.

A crise das DCV é consistente com a elevada prevalência dos seus principais fatores de risco a nível populacional: mais de 60% da população da Região apresenta excesso de peso ou obesidade; 20% têm pressão arterial elevada; em média, são consumidos 9 g de sal por dia; 8% têm glicemia elevada; e 15% usam tabaco. Paralelamente, é perceptível a nossa falta de capacidade para prestar cuidados adequados às pessoas com hipertensão. Por exemplo, apesar do progresso, o controle da hipertensão – que é o principal fator de risco para DCV – é inaceitavelmente ruim. Existem muitos determinantes de DCV, mas os determinantes centrais são a falha do sistema de saúde em identificar pessoas em risco, garantir o acesso a medicamentos de qualidade e atender aos padrões de atendimento aceitos.

Para responder a esses desafios, a Iniciativa Global Hearts da Organização Mundial da Saúde (OMS) para prevenção e controle de DCV foi implementada na Região por meio do HEARTS nas Américas, uma iniciativa liderada por ministérios da saúde e apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde e outros parceiros, incluindo os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA e Resolve to Save Lives, uma iniciativa global de saúde pública. Esta iniciativa está ativa em 21 países e 1.045 centros de saúde primários em toda a América Latina e Caribe. É preciso uma abordagem de saúde pública e sistemas de saúde para introduzir sistematicamente intervenções simplificadas no nível de atenção primária à saúde e focar a hipertensão como um ponto de entrada clínico. O HEARTS nas Américas será o modelo para gestão de risco de DCV na atenção primária à saúde nas Américas até 2025.

O mau controle dos fatores de risco de DCV resulta da falta de conscientização dos indivíduos sobre seu status de risco. Portanto, os profissionais de saúde são essenciais para identificar os níveis de risco como um meio de detectar aqueles com alto risco de DCV e identificar quem poderia se beneficiar do tratamento para hipertensão arterial, lipídios sanguíneos anormais e glicose sanguínea elevada. As recomendações para avaliar e gerenciar esses fatores de risco evoluíram nas diretrizes de DCV. Esta evolução é uma resposta a uma melhor capacidade de identificar aqueles com maior risco, ao aumento da população afetada por estes fatores de risco, às mudanças nas terapias genéricas disponíveis e ao reconhecimento de que, apesar dessas mudanças, estamos falhando globalmente na prevenção de DCV, particularmente em países de baixa e média renda.

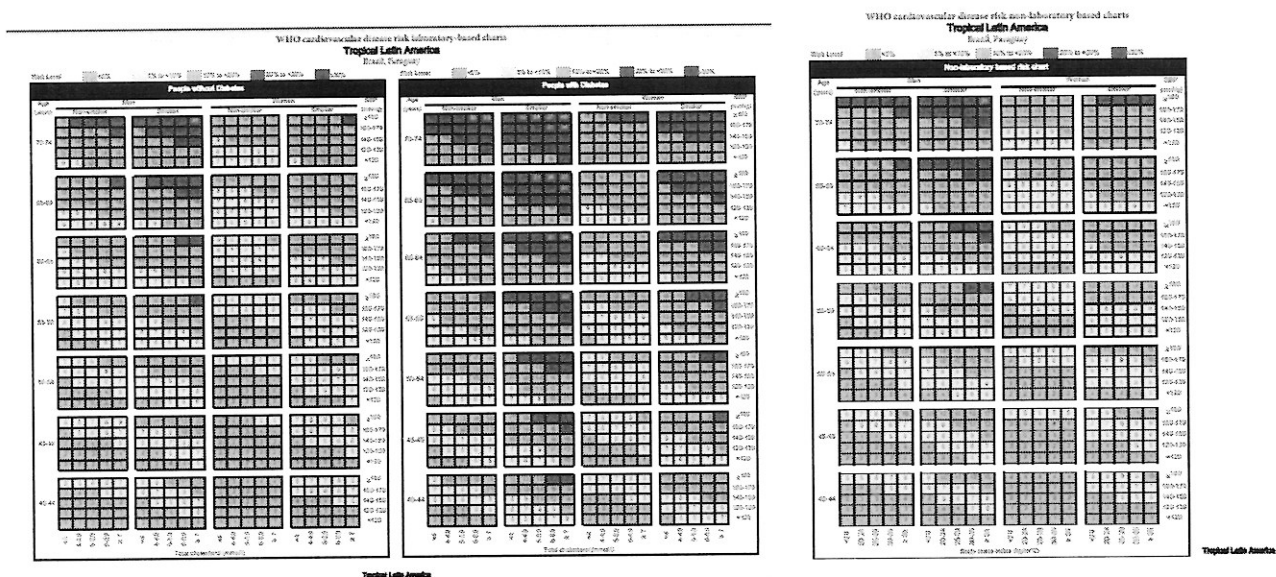
Uma mudança nas diretrizes de hipertensão foi o maior uso dos níveis gerais de risco cardiovascular para determinar o objetivo terapêutico e a intensidade dos tratamentos. O foco adicional no risco geral ocorreu por três razões principais. Primeiro, houve o reconhecimento de que indivíduos que podem ter múltiplos fatores de risco, mesmo que cada fator de risco seja apenas moderadamente elevado, podem estar em alto risco geral em comparação com alguém que tem apenas um fator de risco elevado isolado e que pode estar em risco geral relativamente baixo. Por exemplo, uma mulher de meia-idade com vários fatores de risco de nível moderado pode ter um risco 5 a 10 vezes maior de ter DCV em 10 anos em comparação com um

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



homem jovem com um único fator de risco elevado. Em segundo lugar, foi reconhecido que focar naqueles com maior risco leva a uma maior eficiência no benefício em termos do número de eventos evitados. Assim, a redução do risco relativo seria aplicada a um risco de linha de base mais alto. Da mesma forma, designar menos indivíduos com baixo risco basal para tratamento mais intensivo preserva recursos limitados e minimiza os efeitos colaterais entre um grupo que terá apenas benefícios limitados com o tratamento. Portanto, visar pacientes com alto risco de DCV é a prioridade mais crítica em uma abordagem de classificação de risco. Em terceiro lugar, a computação aprimorada e os métodos estatísticos permitiram que os pesquisadores reunissem grandes conjuntos de dados globais para criar ferramentas de previsão de risco mais precisas para várias populações.

Resumindo a RAPDCC da região sul, propõe a utilização da ferramenta HEARTS nas Américas que é a adaptação regional da Iniciativa *Global Hearts* da Organização Mundial da Saúde, que será o modelo para o gerenciamento de risco de doenças cardiovasculares (DCV) na atenção primária à saúde na Região das Américas até 2025. Essa ferramenta já foi implementada em 21 países e 1045 centros de saúde primária em toda a América Latina e Caribe. Adota uma abordagem de saúde pública e sistemas de saúde para introduzir sistematicamente intervenções simplificadas no nível da atenção primária à saúde e concentra-se na hipertensão como um ponto de entrada clínica. A ferramenta resume a abordagem de avaliação de risco e a metodologia usada pela Organização Mundial da Saúde para atualizar seus gráficos de risco cardiovascular em 2019; e fornece um conjunto de recomendações práticas para otimizar o gerenciamento do risco de DCV e da hipertensão, usando a ferramenta na prática clínica, classificando o risco da população acima de 40 anos desenvolver hipertensão em 10 anos.



Como já dissemos anteriormente, as doenças cardiovasculares representam no Brasil, uma das causas mais relevantes de mortalidade, no qual 30% dessas doenças são motivos de internações no Sistema Único de Saúde. As principais patologias de risco cardiovasculares são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), nos quais alcançam cerca de 20% da população acima de 70 anos.

[Handwritten signature]

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO SUL DE SAÚDE
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**



Assim, é de fundamental importância promover a organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS), principalmente a Rede de Atenção Primária a Saúde (RAPS) como ordenadora do cuidado tanto das condições agudas como das condições crônicas. Faz-se necessário trabalhar a qualidade da atenção do cuidado, organizar as práticas de saúde e proporcionar o acesso aos serviços necessários para cada usuário do sistema de saúde na perspectiva da integralidade.

Nesse contexto, a RAPDCC na região sul do ES, buscando organizar a RAPS, propõe o início do processo de implantação das diretrizes clínicas para hipertensão e diabetes que em um dos seus objetivos prevê o acompanhamento dos usuários, de acordo com a Estratificação de Risco (ER) e participação de uma equipe multiprofissional. Essa forma de trabalhar as condições crônicas proporciona a organização da demanda, melhoria do fluxo do usuário na Unidade de Atenção Primária (APS) e a melhoria do acesso em toda RAS, como também otimização do tempo de atendimento e os custos em saúde.

A Estratificação de Risco dos usuários hipertensos e diabéticos é composta por aqueles de baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco. O usuário será estratificado no primeiro atendimento, em que irá seguir uma conduta terapêutica, uma avaliação na consulta subsequente devendo ser estratificado novamente haja vista a possibilidade do mesmo mudar de nível de risco. De acordo com a Estratificação de Risco, o usuário será periodicamente agendado para retorno com o médico, enfermeiro, dentista, e demais profissionais da equipe multi, também participará de grupos operativos.

Diante do contexto e da organização do processo de trabalho descrito, o objetivo a RAPDCC é implantar da Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos nas Unidades de Atenção Primária a Saúde dos municípios que compõem a região sul do ES.

Para isso, vários processos de organização do serviço foram disparados, com estratégias de implantação de macro e microprocessos básicos na APS. São considerados macroprocessos básicos para o funcionamento da RAPS: Territorialização, Cadastramento das famílias da área de abrangência da UAPS, Classificação de risco das famílias, Diagnóstico Local, Planejamento da Infraestrutura Física e de Recursos Humanos, Estratificação de Risco das Condições Crônicas, Acolhimento com classificação de risco, Programação das atividades da ESF, Monitoramento das ações, Construção das agendas por profissionais da ESF e Contratualização com os profissionais sobre ações e metas a serem alcançadas.

A proposta de implantação desse processo de trabalho é iniciar em uma ou poucas unidades de cada município, denominadas "unidade piloto", sendo pioneira no processo de Classificação de Risco e da Estratificação de Risco das condições crônicas para HAS e DM.

É fundamental que o gestor local, os profissionais de saúde, e técnicos da SMS se reúnam e discutam as estratégias para realizar o maior número possível de estratificações de risco dos usuários pertencentes às áreas cobertas pela ESF.

Para a aplicação das estratificações, propomos a utilização dos instrumentos propostos nas diretrizes clínicas para HAS e DM implantados no ES em 2017, constantes na Linha de Cuidado de HAS e DM da SESA ES. Tais instrumentos permitem estratificar o risco em baixo, médio, alto e muito alto na primeira avaliação do

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO SUL DE SAÚDE
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**



indivíduo com HAS e DM, sendo ferramenta útil para tomada de decisão da terapia a ser indicada, como também para a avaliação do prognóstico e parametrização do acompanhamento pela equipe multiprofissional conforme os critérios clínicos.

Resumo da Estratificação de Risco de HAS

FATORES DE RISCO (1)	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥180 ou PAD ≥110
Sem fator de risco	SEM RISCO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
1 a 2 fatores de risco	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
≥ 3 fatores de risco	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
Presença de Lesão em órgão alvo, Doença Cardiovascular, Doença Renal Crônica, Diabetes Mellitus (1.1)	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO

Resumo da Estratificação de Risco de DM

	Baixo		Médio		Alto		Muito Alto
HbA1c	5,7-6,4% (pré-diabetes)	<7,5%	<7,5%	7,5-9,0%	>9,0%	-	-
Capacidade de autocuidado	-	Suficiente	Insuficiente	-	Suficiente	Suficiente	Insuficiente
Outras condições*	-	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Presente

*Controle pressórico inadequado; internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; complicações crônicas

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasil; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília; 2013.

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO SUL DE SAÚDE
DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**



Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997 [citado 2014 mai. 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

Campbell NRC, Ordunez P, Giraldo G, Rodriguez Morales YA, Lombardi C, Khan T, et al. WHO HEARTS: A global program to reduce cardiovascular disease burden: experience implementing in the Americas and opportunities in Canada. Can J Cardiol. 2021;37(5):744-55.

Fortuna CM, et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-Am Enfermagem. v.1, n.2, p. 262-8. 2005.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasil: Organização Pan-americana da saúde; 2012.

Pan American Health Organization. NCDs at a glance: NCD mortality and risk factor prevalence in the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51696>» <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51696>

Ribeiro et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da Saúde da Família. Ver. Nutr. 2012; 25 (2): 271-82.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Unidade Básica de Saúde: Diretrizes Gerais: fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo. São Paulo; 2015.

WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. Lancet Glob Health. 2019;7(10):e1332-45.

Tuzzio L, O'Meara ES, Holden E, Parchman ML, Ralston JD, Powell JA, et al. Barriers to implementing cardiovascular risk calculation in primary care: alignment with the Consolidated Framework for Implementation Research. Am J Prev Med. 2021;60(2):250-7.

Ueda P, Woodward M, Lu Y, Hajifathalian K, Al-Wotayan R, Aguilar-Salinas CA, et al. Laboratory-based and office-based risk scores and charts to predict 10-year risk of cardiovascular disease in 182 countries: a pooled analysis of prospective cohorts and health surveys. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017;5:196–213.

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



Parecer Técnico de nº 037/2023

A Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo – CIR-SUL, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 em 06/08/2012.

CONSIDERANDO ser a Câmara Técnica de caráter permanente, responsável pelo assessoramento técnico, à temas de interesse do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região Sul de Saúde, conforme descrito em Regimento Interno da CIR-SUL atualizado por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 163/2022.

CONSIDERANDO a 7ª Reunião Ordinária da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, realizada no dia 10 de agosto de 2023, quinta-feira, às 9h, no auditório da SRSCI.

CONSIDERANDO a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado;

CONSIDERANDO o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2011-2030;

CONSIDERANDO a Resolução CIB/SUS-ES nº 100/2022, que institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas- RAPDCC na Região Sul do ES;

CONSIDERANDO os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus; e nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica;

CONSIDERANDO a Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Estado do ES;

CONSIDERANDO o Parecer Técnico emitido pela Referência Técnica Regional da RAPDCC, Priscilla Santos de Oliveira Rocha;

CONSIDERANDO a apreciação dos instrumentos propostos para Classificação de Risco e Estratificação de Risco pela RAPDCC destinados as pessoas com risco de adquirir Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em 10 anos e as pessoas já diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, pelos técnicos da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, necessidade de instituir tais instrumentos na APS da Região Sul, podendo inclusive ser inclusos nos sistemas de informação utilizados nos referidos municípios;

RESOLVE:

Emitir **Parecer Técnico favorável** à aprovação em plenária da CIR-SUL dos instrumentos utilizados para Classificação de Risco e Estratificação de Risco, processos importantes pra a implantação da Linha de Cuidados de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nos municípios que compõem a região sul do ES no ano de 2023.

Cachoeiro de Itapemirim, 10 de agosto de 2023.

ASSINATURAS (18)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MARIA DE FATIMA CALIARI
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 22/08/2023 13:30:58 -03:00

RENATA BOSSATTO DE BARROS
ENFERMEIRO - QSS
NVS-CI - SESA - GOVES
assinado em 22/08/2023 11:03:29 -03:00

HENRIQUE REZENDE TIRADENTES
FISIOTERAPEUTA - QSS
NVS-CI - SESA - GOVES
assinado em 22/08/2023 10:20:50 -03:00

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA ROCHA
ESPECIALISTA GESTAO, REGULACAO E VIGILANCIA EM SAUDE
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 22/08/2023 11:17:40 -03:00

SILMARA APARECIDA ANDRADE AZEVEDO SILVEIRA
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 14:05:23 -03:00

SIMONI MAGRI COMINOTTI
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 10:26:50 -03:00

CRISTIANE FEITOSA ALMEIDA
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 12:43:09 -03:00

KATIA APARECIDA VIEIRA DA SILVA
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 11:22:51 -03:00

SORAYA CUNHA RANGEL PIMENTEL
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 13:04:09 -03:00

PATRICIA VICENTINI BARBOSA
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 12:03:00 -03:00

CAMILA GUIO MARIN
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 13:53:43 -03:00

RAISSA BRENDA MOURA MELO
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 10:58:48 -03:00

RICARDO EVANGELISTA LEITE
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 10:38:09 -03:00

MARCO ANTÔNIO BAHIENSE AMARO
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 11:47:25 -03:00

FERNANDA INACIO CARINI
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 11:46:27 -03:00

MAYA MOLICA PEDROTO
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 10:17:51 -03:00

TAMIRES BATISTA FERREIRA
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 10:21:04 -03:00

ANGÉLICA PEREIRA VAREJÃO FIGUEIREDO
CIDADÃO
assinado em 22/08/2023 13:57:36 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 22/08/2023 14:05:23 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-TF9H4J>

RESOLUÇÃO Nº219/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria Nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 18 de setembro de 2023, às 14:00 horas por web conferencia.

Considerando a Portaria GM/MS nº 483/2014, que redefine a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 100/2022, que institui o Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas - RAPDCC da Região Sul do ES.

Considerando os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus; e nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.

Considerando as pactuações do Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas da Região Sul - RAPDCC, que resultaram na definição dos instrumentos propostos para Classificação de Risco e Estratificação de Risco pela RAPDCC.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº 049/2023 da CIR Sul, que aprova os instrumentos utilizados para Classificação de Risco e Estratificação de Risco, processos importantes para a implantação da Linha de Cuidados de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para os municípios da Região Sul do ES.

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor a partir de sua data de publicação.

Vitória (ES), 22 de setembro de 2023.

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB/SUS-ES

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
SECRETARIO DE ESTADO
SESA - SESA - GOVES
assinado em 25/09/2023 12:35:45 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 25/09/2023 12:35:45 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MARIANA BONGIOVANI SATHLER (ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - DT - CIB - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-Q0WX3H>