



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE



**SES**  
Secretaria de Estado  
da Saúde



## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Resolução nº 1193/2025 - CIB      Goiânia, 01 de outubro de 2025

Aprova a Nota Técnica de Diabetes Mellitus.

**A Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das atribuições regimentais que lhe foi conferida e considerando:**

- 1 – A Constituição Federal de 1988, artigos 196 ao 200 que tratam do Sistema Único de Saúde – SUS;
- 2 – A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- 3 – A Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre o Pacto pela Saúde, no componente Pacto de Gestão, determinando que as Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intra estaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;
- 4 – O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- 5 – A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 010, de 8 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 6 – A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 023, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- 7 – A Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- 8 – A Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 9 – A Portaria de Consolidação nº 05/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 10 – As discussões na reunião do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, do dia 15 de setembro de 2025.

**R E S O L V E:**

**Art. 1º** Aprovar em Reunião Ordinária, do dia 18 de setembro de 2025, de forma online, a Nota Técnica de Diabetes Mellitus.

**Art. 2º** Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

**REPRESENTAÇÃO ESTADUAL  
RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR**

**Secretário de Estado da Saúde**

**REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL  
PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**

**Presidente do COSEMS**

**ANEXO****NOTA TÉCNICA**

**ASSUNTO:** Nota técnica conjunta para definir critérios na organização da assistência ao indivíduo com diabetes mellitus (DM) na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no Estado de Goiás.

**1. OBJETIVO**

Definir critérios para organização da assistência ao indivíduo com DM na APS e na AAE, no Estado de Goiás.

**2. RASTREAMENTO**

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda o rastreamento para todos os indivíduos com 35 anos ou mais, mesmo sem fatores de riscos, e para indivíduos com sobrepeso/obesidade que tenham pelo menos um fator de risco adicional para DM2 segundo o quadro abaixo:

**Quadro 1 – Critérios para rastreamento de diabetes mellitus tipo 2 em adultos assintomáticos.**

- Idade acima de 35 anos (UNIVERSAL);
- Idade abaixo de 35 anos com sobrepeso ou obesidade, e um ou mais dos fatores de risco:
  - História familiar de DM2 em parentes de primeiro grau;
  - História de doença cardiovascular;
  - Hipertensão arterial;
  - HDL abaixo de 35 mg/dl;
  - Triglicerídeos acima de 250 mg/dl;
  - Síndrome de ovários policísticos;
  - Acantose nigricans;
  - Sedentarismo.

- Rastreamento também deve ser realizado nas situações abaixo:
  - Pré-diabetes em exame prévio;
  - Diabetes gestacional prévio ou recém-nato grande para idade gestacional;
  - Escore alto ou muito alto no FINDRISC \*;
  - Indivíduos vivendo com HIV/AIDS, pancreatite e doenças associadas ao diabetes;
  - Indivíduos em uso de medicamentos que induzem hiperglicemia (corticoides, por exemplo).

Fonte: Adaptado de SBD (2024)1, ADA (2024)2, PCDT (2024)3,

Rodacki et al., 20254

\*Para definir os indivíduos menores de 35 anos que mais se beneficiariam do rastreamento, o Ministério da Saúde recomenda a utilização do Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) para estratificação de risco de desenvolvimento de DM2 (MS,2020)5. O FINDRISC tem pontuação máxima de 26 e classifica os indivíduos em níveis de risco: baixo (< 7 pontos); levemente elevado (entre 7 e 11 pontos); moderado (12-14 pontos); alto (15-20 pontos) e muito alto (mais de 20 pontos). A ferramenta para cálculo do FINDRISC está em anexo e pode ser encontrada no site da SBD através do link: <https://diabetes.org.br/calculadoras/findrisc>, (anexo 1) (Lindström et al, 2003; Barim et al.,2020)<sup>6,7</sup>.

É recomendado fazer rastreamento para diabetes nos pacientes que apresentem comorbidades relacionadas ao diabetes secundário, como endocrinopatias e doenças pancreáticas, ou com condições frequentemente associadas ao DM, como infecção por HIV, doença periodontal e esteatose hepática. (SBD,2024)1.

É recomendado que pacientes que iniciarão medicações com potencial efeito hiperglicemiante, como glicocorticoides ou antipsicóticos, sejam rastreados para diabetes antes e após o início do tratamento. (SBD,2024)<sup>1</sup>.

Os critérios de rastreamento para indivíduos com DM tipo 2 assintomáticos estão listados no anexo 2.

**Quadro 2- Frequência de repetição do rastreamento conforme situação clínica inicial:**

| Situação clínica   | Frequência de rastreamento |
|--|----------------------------|
| Pessoas sem sintomas e com apenas um exame preenchendo critérios para DM | A cada 6 meses             |
| Pessoas com pré-diabetes confirmada                                      | 1 vez ao ano               |
| Pessoas com exames normais e ≥3 fatores de risco                         | 1 vez ao ano               |
| Pessoas com exames normais e FINDRISC alto/muito alto                    | 1 vez ao ano               |
| Pessoas com exames normais e < 3 fatores de risco                        | A cada 3 anos              |
| Pessoas com exames normais e FINDRISC baixo/moderado                     | A cada 3 anos              |

Fonte: SBD 2024<sup>1</sup>

A repetição do rastreamento de DM e pré-diabetes DEVE SER CONSIDERADA em intervalos de, no mínimo, três anos. Intervalos mais curtos podem ser adotados caso ocorra ganho de peso acelerado ou mudança em fatores de risco. Em casos de mais de um fator de risco, doenças associadas a DM secundário como endocrinopatias e doenças pancreáticas, presença de doenças frequentemente associadas ao DM como doença periodontal e esteatose hepática, o rastreamento deve ser anual. (SBD,2024; PCDT 2024)<sup>1,3</sup>.

O rastreamento do DM é importante uma vez que parcela considerável das pessoas com DM2 (30% a 40%) permanece assintomática durante anos, desconhecendo a própria condição de saúde e chegando tarde a um diagnóstico, muitas vezes já com a ocorrência de complicações. Não estão indicadas ações de rastreamento populacional indiscriminado para DM, como campanhas e mutirões de rastreio, por serem pouco efetivas (SBD, 2019)<sup>8</sup>.

A triagem para DM2 é também recomendada para crianças e adolescentes com 10 ou mais anos de idade ou após início da puberdade que apresentem sobre peso ou obesidade, e com, pelo menos, um fator de risco para detecção de DM2, como mostra o quadro 3 (SBD,2024)<sup>1</sup>.

**Quadro 3 - Critérios para rastreamento de diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes assintomáticos.**

Idade ≥ 10 anos ou após início de puberdade (o que ocorrer primeiro), com sobre peso ( $IMC \geq$  percentil 85) ou obesidade ( $IMC \geq$  percentil 95) e um ou mais fator de risco:

- História materna de DM2 ou diabetes gestacional durante a gestação da criança
- História familiar de DM2 em parente de primeiro ou segundo grau
- Sinais de resistência insulínica ou condições associadas à resistência insulínica:
  - Acantose nigricans
  - Hipertensão arterial
  - Dislipidemia
  - Síndrome de ovários policísticos
  - Peso ao nascer classificado como pequeno para idade gestacional

Fonte: SBD (2024)<sup>1</sup>, Rodacki et al.,2025<sup>4</sup>

“É importante diferenciar indivíduos com DM2 e DM1. Indivíduos com DM1 apresentam mais comumente sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia, polifagia, desidratação e perda de peso, especialmente aqueles indivíduos sem excesso de peso. Já crianças com DM2, comumente são assintomáticas ou oligossintomáticas por longos períodos. Adolescentes em que haja dúvida diagnóstica devem ser encaminhados ao especialista”. (PCDT, 2024, p.11)<sup>3</sup>.

### 3. DIAGNÓSTICO

**Quadro 4 – Critérios para diagnóstico de diabetes mellitus.**

| Diagnóstico  | Glicemia em jejum <sup>1</sup><br>(mg/dL) | Glicemia 1h após TOTG*<br>(mg/L) | Glicemia 2h após TOTG*<br>(mg/L) | HbA1c <sup>2</sup> (%) | Glicemia ao acaso<br>(mg/dL)                    |
|--------------|---|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| Normal       | < 100 <sup>1</sup>                        | <155                             | <140                             | < 5,7                  | -   |
| Pré-diabetes | 100 a 125                                 | 155-208                          | 140 a 199                        | 5,7 a 6,4              | -   |
| DM3          | ≥126                                      | ≥209                             | ≥200                             | ≥ 6,5                  | ≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia |

<sup>1</sup>Considera-se como jejum a cessação de ingestão calórica por ≥ 8 horas.

<sup>2</sup>A análise laboratorial da HbA1c deve ser realizada por método certificado pelo NGSP

<sup>3</sup>No indivíduo assintomático, é RECOMENDADO que dois exames (entre glicemia de jejum, TOTG e HbA1c) estejam alterados para se estabelecer o diagnóstico. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação. Na presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso inexplicada e desidratação) é RECOMENDADO que o diagnóstico seja realizado por meio de glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl, para não atrasar o diagnóstico e tratamento em situações agudas.

\*Carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água; deve ser realizada com alimentação sem restrição importante de carboidratos nos 3 dias anteriores ao exame (pelo menos 150g de carboidrato por dia) para evitar falsos negativos.

Fonte: SBD (2024)<sup>1</sup>, ADA (2024)<sup>2</sup>, Rodacki et al., 2025<sup>4</sup>

HbA1c: hemoglobina glicada; NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program; TOTG: teste de tolerância oral à glicose.

Nota: Quando indicada a realização de TTGO, É RECOMENDADO o uso de TTGO-1h para diagnóstico de DM2 e detecção de pré-diabetes, por ser superior e mais prático do que o TTGO-2h, porém o TOTG-2h também pode ser utilizado.

#### 4. METAS DE CONTROLE

As metas de controle da glicemia e hemoglobina glicada devem ser individualizadas, conforme quadro 5.

**Quadro 5 - Metas terapêuticas individualizadas em diversas situações no diabetes mellitus.**

| Parâmetro                         | DM1 ou DM2 | Idoso saudável* | Paciente idoso comprometido** | Idoso muito comprometido***              | Criança e adolescente** |
|-----------------------------------|------------|-----------------|-------------------------------|--|-------------------------|
| HbA1c %                           | <7,0       | <7,5            | <8,0                          | Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia | <7,0                    |
| Glicemia de jejum ou pré-prandial | 80-130     | 80-130          | 90-150                        | 100-180                                  | 70-130                  |

|                                 |        |        |         |         |        |
|---------------------------------|--------|--------|---------|---------|--------|
| <b>Glicemia 2h pós-prandial</b> | <180   | <180   | <180    | -       | <180   |
| <b>Glicemia ao deitar</b>       | 90-150 | 90-150 | 100-180 | 110-200 | 90-150 |

Fonte: Adaptado de SBD (2024)<sup>1</sup>

DM1: diabetes mellitus tipo 1, DM2: diabetes mellitus tipo 2.

\*Idoso saudável: poucas comorbidades crônicas, estado funcional e cognitivo preservados.

\*\* Idoso comprometido: múltiplas comorbidades crônicas (câncer, artrite reumatoide, insuficiência cardíaca congestiva, depressão grave, enfisema, doença de Parkinson, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica classe III ou pior), comprometimento funcional leve a moderado, comprometimento cognitivo moderado.

Idoso muito comprometido\*\*\*: doença terminal (câncer metastático, insuficiência cardíaca classe IV, doença pulmonar crônica demandando oxigenoterapia, pacientes em diálise), comprometimento funcional e cognitivo graves.

## 5.COMPLICAÇÕES DO DM

As complicações mais significativas do DM estão listadas no quadro 6. Complicações agudas se referem a situações de descontrole dos valores da glicemia com quadro sintomático importante e que colocam em risco a vida do paciente. As complicações crônicas ocorrem após alguns anos de doença e estão relacionadas ao controle inadequado e à predisposição genética (SBD, 2024)<sup>1</sup>.

**Quadro 6 - Complicações agudas e crônicas do diabetes mellitus.**

| <b>Complicações Agudas</b>   |
|--|
| Descompensação hiperglicêmica aguda (cetoacidose, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica) |
| Hipoglicemia   |
| <b>Complicações Crônicas</b>   |
| Doença cardiovascular;   |
| Doença cerebrovascular;  |
| Doença vascular periférica;  |
| Úlceras de pés (também conhecido como “pé diabético”);   |
| Retinopatia diabética, edema macular;  |
| Nefropatia diabética;  |
| Neuropatia diabética (sensitivo-motoras, focais, autonômicas).                                       |

Fonte: SBD (2024), BRASIL (2013)<sup>1,9</sup>

## 6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR, AVALIAÇÃO DE AUTOCUIDADO E EXAMES COMPLEMENTARES PARA O ACOMPANHAMENTO

### 6.1. AVALIAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

Além do próprio DM2, outras condições frequentemente associadas ao DM2, como HA, dislipidemia, tabagismo, obesidade, apneia obstrutiva do sono, doença renal crônica e história familiar de doença coronariana precoce são fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (PDCT DM

2)<sup>3</sup>. Dessa forma, o risco cardiovascular deve ser estimado na avaliação inicial e periodicamente, pelo menos uma vez ao ano, em pacientes com DM2 permitindo intervenções preventivas para retardar complicações e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (PCDT, 2024)<sup>3</sup>. Além da avaliação clínica e laboratorial, é recomendado o uso de uma ferramenta validada para estimar o risco cardiovascular dos pacientes com DM2. Várias são as ferramentas que podem ser utilizadas para esse fim. Para este documento atrelado à Calculadora de Risco de Diabetes, utilizou-se o Estrato de Risco Global de Framingham revisado (ERG), conforme anexo 3. Para o cálculo pontua-se cada item (idade, sexo, lipoproteína de alta densidade-colesterol- HDL-c-, colesterol total, pressão arterial sistólica (PAS) não tratada ou tratada, fumo e DM) de acordo com o resultado apresentado, deve-se fazer a somatória dos pontos e verificar a estimativa do risco cardiovascular, que significa o risco de ocorrer um evento coronariano, cerebrovascular, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca em 10 anos (BRASIL,2020;Précoma et al, 2019)<sup>11,12</sup>. Link para acesso à calculadora: <https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/>

## 6.2. AVALIAÇÃO DE AUTOCUIDADO

A Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados – Revisada (ASAS-R) é um instrumento desenvolvido para avaliar o nível de engajamento de uma pessoa em relação aos próprios cuidados com a saúde. Baseada nos conceitos da Teoria do Autocuidado de Orem, a escala busca mensurar como o indivíduo percebe sua responsabilidade, capacidade e motivação para realizar ações que promovam seu bem-estar físico e emocional. A versão revisada (ASAS-R) aprimora a clareza e a validade do instrumento original, sendo composta por afirmações que o respondente avalia, geralmente em uma escala de concordância. É amplamente utilizada em contextos clínicos e de pesquisa para auxiliares profissionais de saúde a identificar necessidades e planejar intervenções personalizadas (anexo 4) <sup>13,14</sup>. Link para acesso à calculadora: <https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/>

## 6.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO

**Quadro 7-** Rotina de acompanhamento dos indivíduos com diabetes

|  |
|--|
| <b>Ao menos duas vezes por ano, ou conforme critério clínico</b>   |
| Glicemias de jejum   |
| HbA1c*   |
| <b>Ao menos ao diagnóstico e anualmente, ou conforme critério clínico</b>  |
| Creatinina sérica – calcular a taxa de filtração glomerular (TFG) estimada pela fórmula CKDEPI                                 |
| Excreção urinária de albumina (relação albumina/creatinina em amostra urinária)  |
| Exame de elementos e sedimentos anormais na urina (EAS)  |
| Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos – fórmula de Friedewald: $LDL = CT - HDL - TG / 5$ (para $TG < 400 \text{ mg/dL}$ ) |
| Testes de função hepática (TGO, TGP, gama GT)  |
| Potássio sérico para aqueles em uso de IECA, BRA e/ou diuréticos   |
| Vit B12 para aqueles em uso de metformina e idosos   |
| TSH para aqueles com DM1, dislipidemia e mulheres com mais de 50 anos  |
| Avaliação dos pés (inspeção, palpação de pulsos e teste com monofilamento) **  |
| Fundoscopia  |
| Avaliação risco cardiovascular   |
| <b>A cada consulta</b>   |
| Peso (IMC)   |
| Pressão arterial   |

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – EDIÇÃO 2023<sup>1</sup>, ADA 2024<sup>2</sup>, PCDT (2024)<sup>3</sup>, SBIBAE (2020)<sup>11</sup>

\*no período de estabilização ou mudanças no esquema terapêutico, repetir a cada 3-4 meses.

\*\*avaliação em todas as consultas se for detectada alguma alteração.

**Quadro 8 - Exames complementares para avaliação do usuário com diabetes mellitus de alto e muito alto risco.**

| Exames   | Periodicidade  | Justificativa  |
|--|--|--|
| ECG  | Anual  | Deve ser realizado pelo menos anualmente em pacientes assintomáticos.  |
| Ecocardiograma transtorácico                         | Anual  | Usuários com ECG sugestivo de HVE e pacientes com suspeitas de IC.   |
| Teste de esforço                                     | De acordo com a avaliação clínica; anualmente em pacientes com 2 ou mais fatores de risco para DAC | Realizar nos pacientes com sintomas atípicos (dispnéia inexplicada, dor torácica atípica ou desconforto), evidência de doença vascular associada (sopros carotídeos, ataques isquêmicos transitórios, AVC, doença arterial periférica) eCAC muito alta (>400), quando disponível ou quando foi observada alteração no ECG.   |
| Holter   | De acordo com a avaliação clínica  | Deve ser realizado se o paciente portador de DM refere vertigem, síncope, dispneia ou taquicardia. Disautonomia cardiovascular diabética tem correlação direta com o tempo da doença e descontrole glicêmico.  |
| Raio-X do pé   | De acordo com a avaliação clínica  | Solicitar quando há úlcera na pele. Avaliar possível osteomielite associada.   |
| Doppler vascular manual e cálculo de ITB             | Anual  | Portadores de diabetes com idade acima de 50 anos, aqueles com pulsos diminuídos, claudicação intermitente, fadiga nos membros inferiores, ou até mesmo aqueles sem sintomas devem receber avaliação vascular com tomada para ITB.   |
| Retinografia sem contraste                           | Anual  | Avaliar o fundo do olho, retina e nervo óptico. Investigar o surgimento e progressão de retinopatia.   |
| Angiofluoresceinografia (retinografia com contraste) | De acordo com a avaliação clínica  | Se observada retinopatia na retinografia sem contraste.  |
| USG das carótidas                                    | De acordo com a avaliação clínica  | A presença de placas carotídeas é preditora de eventos adversos cardiovasculares maiores, além de reclassificar o risco. A adição de informações da placa, como aumento da EMIC (> 1,5mm), é marcador de risco cardiovascular e pode ser utilizada para re-estratificar usuários em risco intermediário a alto. Usuários com aterosclerose em outro território, sopro carotídeo ou sinais de doença cerebrovascular. |

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| USG abdome superior | No diagnóstico e de acordo com a avaliação clínica | É recomendado o rastreamento da doença hepática gordurosa metabólica em todos os adultos com DM. |
|---------------------|--|--|

Fonte: SBD (2024)<sup>1</sup>, SBIBAE (2020)<sup>11</sup>

AVC: acidente vascular cerebral; CAC: escore de cálcio coronário; DAC: doença arterial coronariana; DM: diabetes mellitus; ECG: eletrocardiograma; EMIC: espessura médio-intimal carotídea; HVE: hipertrofia do ventrículo esquerdo; IC: insuficiência cardíaca; ITB: índice tornozelo-braquial

## 7. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE DM POR NÍVEIS DE COMPLEXIDADE PARA ORDENAÇÃO DO CUIDADO NA APS E NA AAE

A estratificação de risco faz-se necessária para a otimização da periodicidade de acompanhamento e dos níveis de assistência. Deve ser realizada no primeiro atendimento na APS, preferencialmente e atualizada nos encontros programados para avaliação longitudinal do usuário e sempre que uma nova situação se apresentar. Esta estratificação pode ser realizada tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro e compartilhada com toda a equipe da unidade (BRASIL, 2013; SBIBAE,2020)<sup>9-11</sup>.

Os critérios para a estratificação de risco são apresentados e a parametrização assistencial do acompanhamento na APS E AAE estão apresentados no Quadro 9.

**Quadro 9 – Critérios para estratificação de risco em diabetes e parametrização assistencial para acompanhamento na APS e na AAE.**

| RISCO | CRITÉRIO  | PERIODICIDADE MÍNIMA DAS CONSULTAS NA APS | CARACTERÍSTICA DO ATENDIMENTO NA APS e na AAE   |
|-------|---|---|---|
| BAIXO | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pessoa com pré-diabetes<br/><b>E</b></li> <li>2. Capacidade de autocuidado suficiente<br/><b>E</b></li> <li>3. Escore de risco cardiovascular (ERCV) baixo* (&lt;5%)</li> </ul>   | 1 consulta a cada 6 meses                 | <p>Atendimentos alternando médico e enfermeiro, incluindo a equipe multiprofissional da APS;</p> <p>Devem ser favorecidas as estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais**** voltadas para o fortalecimento do autocuidado;</p> <p>Visitas domiciliares <b>mensais</b> pelo ACS</p> |
| MÉDIO | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pessoa com pré-diabetes<br/><b>E</b><br/>auto cuidado insuficiente**<br/><b>OU</b></li> <li>2. Pessoa com DM e controle metabólico e pressóricos adequados (HbA1c &lt; 7,5)<br/><b>E/OU</b><br/>ERCV intermediário*<br/>(5 a &lt; 20% em</li> </ul> | 1 consulta a cada 4 meses                 |   |

|                   |  |                                  |   |
|-------------------|--|----------------------------------|---|
|                   | <p>homens) e (5 a &lt; 10 % em mulheres)</p> <p><b>E</b></p> <p>Sem doenças cardiovasculares desde que não tenham:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• internações por complicações agudas nos últimos 12 meses</li> <li>• complicações crônicas</li> </ul>   |                                  |   |
| <b>ALTO</b>       | <p>1. Pessoa com DM e controle metabólico (<math>\text{HbA1c} &gt; 7,5</math>) ou pressórico inadequados</p> <p>2. Pessoa com DM e controle metabólico (<math>\text{HbA1c} &lt; 7,5</math>) e pressóricos adequados</p> <p><b>E</b></p> <p>Complicações crônicas (exceto aquelas citadas no item 2 da categoria muito alto risco)</p> <p><b>E/OU</b></p> <p>ERCV alto* (&gt; 20% em homens) e (&gt; 10% em mulheres)</p> <p>3. DM1 controle metabólico (<math>\text{HbA1c} \leq 7,5</math>) adequado</p> | <p>1 consulta a cada 2 meses</p> | <p>Atendimentos compartilhados* entre as equipes Multiprofissionais da APS e AAE; Na APS, os atendimentos devem ser alternados entre médico e enfermeiro e incluir a equipe multiprofissional;</p> <p>Devem favorecer o monitoramento do Plano de Cuidados e estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais*****voltadas para o fortalecimento do autocuidado.</p> <p>Visitas domiciliares <b>mensais</b> pelo ACS</p>       |
| <b>MUITO ALTO</b> | <p>Pessoa com DM (independente do controle metabólico) com internações por complicações agudas/ou por complicações crônicas nos últimos 12 meses</p> <p>Pessoa com DM (independente do controle metabólico) que tenha apresentado doença aterosclerótica significativa (doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica, com ou sem eventos clínicos ou obstrução <math>\geq 50\%</math> em qualquer território arterial),</p>  | <p>1 consulta a cada 2 meses</p> | <p>Atendimentos compartilhados entre as equipes Multiprofissionais da APS e AAE;</p> <p>Na APS, os atendimentos devem ser alternados entre médico e enfermeiro e incluir a equipe multiprofissional;</p> <p>Devem favorecer o monitoramento do Plano de Cuidados e estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais*****voltadas para o fortalecimento do autocuidado.</p> <p>Visitas domiciliares <b>mensais</b> pelo ACS</p> |

|  |  |  | <b>Gestão de caso</b> |
|--|--|--|-----------------------|
|  | <p>história de infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico</p> <p>1. DM1*** controle metabólico inadequado (<math>\text{HbA1c} &gt; 7,5</math>)</p> |  |                       |

Fontes: SBD (2024)<sup>1</sup>, ADA (2024)<sup>2</sup>, adaptado de:Brasil (2013)<sup>9</sup>, SBIBAE (2020)<sup>11</sup>

ACS: agente comunitário de saúde; AAE: atenção ambulatorial especializada; APS: atenção primária à saúde, HbA1c: hemoglobina glicada

\*Anexo 2.

\*\*Capacidade de autocuidado insuficiente: limitação, em níveis relevantes, da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; dificuldades de compreensão de suas necessidades farmacológicas; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; 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 (BRASIL, 2014)<sup>10</sup>. Esses indivíduos se beneficiam de um Plano de Auto-Cuidado Apoiado (anexo 5).

\*\*\*Devem ser atendidos e educados preferencialmente na AAE por médico especialista (endocrinologista) e equipe de saúde multiprofissional. Devem ser avaliados periodicamente em conjunto com a APS quanto à adesão ao tratamento, ao conhecimento sobre a doença e o tratamento, à eficácia do tratamento, à necessidade de ajuste de doses das insulinas e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica. A avaliação clínica e laboratorial deve ser feita a cada 3-6 meses, sempre que possível com médico especialista (endocrinologista) e as complicações crônicas devem ser rastreadas anualmente (PCDT, 2019)<sup>15</sup>;

\*\*\*\*Abordagens transversais: aconselhamento sobre atividade e/ou prescrição de exercício físico, Programa Academia da Saúde, práticas integrativas complementares (PICS), apoio psicossocial, abordagem familiar.

O fluxo de estratificação de risco em DM e a parametrização assistencial para o acompanhamento na APS e na AAE, listado no anexo 6.

## 7.1. SITUAÇÕES PARA GESTÃO DE CASO

**Quadro 10** - Critérios para gestão de caso em diabetes e parametrização assistencial para acompanhamento na APS.

| <b>CRITÉRIOS PARA GESTÃO DE CASOS</b>   | <b>PERIODICIDADE MÍNIMA DAS CONSULTAS NA APS</b>          | <b>CARACTERÍSTICA DO ATENDIMENTO NA APS</b>                      |
|---|---|--|
| <p>1. Pessoas com DM muito alto risco;</p> <p>2. Pessoas com baixo grau de autonomia;</p> | Deve ser estabelecido de acordo com a situação específico | Discussão de caso, visitas domiciliares, consultas sequenciais e |

|   |   |
|---|---|
| <p>3. Pessoas com autocuidado insuficiente* ou em situação de risco social, como por exemplo, idosos dependentes de instituições de longa permanência e ausência de rede de apoio familiar e social;</p> <p>4. Pessoas com comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas graves e com doenças que interferem com a mobilidade, audição, visão e capacidade cognitiva).</p> | <p>multidisciplinares e abordagem familiar;</p> <p>O gestor de caso, que pode ser o enfermeiro, assistente social ou uma equipe de saúde, deve coordenar a atenção recebida pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.</p> |
|---|---|

Fonte: BRASIL (2013)<sup>9</sup>, SBIBAE (2020)<sup>11</sup>

\*Capacidade de autocuidado insuficiente: limitação, em níveis relevantes, da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; dificuldades de compreensão de suas necessidades farmacológicas; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; 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 (BRASIL, 2014)<sup>10</sup>. Esses indivíduos se beneficiam de um Plano de Autocuidado Apoiado (Anexo 5).

Os pacientes que se encontram fora das metas terapêuticas de DM, que apresentem maior risco de descompensação do DM ou que apresentem situações de risco para instabilidade no controle do DM (quadro 11) necessitarão de maior número de consultas, as quais devem ser gerenciadas caso a caso, de acordo com a avaliação clínica e o Plano de Cuidados, até a estabilização do controle do DM. Neste contexto, é importante que o Plano de Cuidados seja elaborado pela equipe multiprofissional e, quando houver encaminhamento à AAE, esse documento seja compartilhado entre as equipes dos diferentes níveis de atenção. Para embasar as condutas, sugere-se a leitura do Caderno de Atenção Básica nº 35 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica<sup>10</sup>.

**Quadro 11** - Situações de risco para instabilidade no controle do DM, independentemente dos valores de HbA1c:

- Múltiplas internações por complicações agudas (hipoglicemias, cetoacidose, coma hiperosmolar) nos últimos 12 meses;
- Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses;
- Acidente vascular cerebral (AVC) e acidente isquêmico transitório (AIT);
- Infarto agudo do miocárdio (IAM), angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica;
- Amputação de qualquer nível por pé diabético;
- Síndrome nefrótica;
- Doenças autoimunes associadas, por exemplo, doença de Graves;

- Uso de medicamentos hiperglicemiantes  
(corticoides, quimioterápicos, alguns antipsicóticos)

Obs.: descompensações glicêmicas agudas e/ou qualquer situação de instabilidade clínica devem ser encaminhadas para atendimento em serviço de urgência/emergência.

## **8. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS PARA AAE (endocrinologista)\***

- Pacientes de alto e muito alto risco;
- Pessoas com DM em situações de risco para a instabilidade no controle do DM;
- Pessoas com lesões de órgão alvo;
- Portadores de DM1: devem ser atendidos preferencialmente na AAE por médico especialista (endocrinologista) e equipe de saúde multiprofissional, duas vezes ao ano; devem ser avaliados periodicamente em conjunto com a APS quanto à adesão ao tratamento, ao conhecimento sobre a doença e o tratamento, à eficácia do tratamento, à necessidade de ajuste de doses das insulinas e ao desenvolvimento de toxicidade aguda ou crônica. A avaliação clínica e laboratorial deve ser feita a cada 3-6 meses, sempre que possível com médico especialista (endocrinologista) e as complicações crônicas devem ser rastreadas anualmente<sup>15</sup>;
- Portadores de DM2 com difícil controle glicêmico utilizando mais de 1 U/kg/dia de insulina; casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com doses fracionadas e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia); paciente com insuficiência renal crônica, apresentando TFG ≤ 30 ml/min/1,73m, presença de complicações, como alteração em exame de fundoscopia, amostra urinária com albuminúria ou diminuição da sensibilidade nos pés<sup>3</sup>
- Adolescentes e adultos jovens com dúvida diagnóstica de DM2<sup>3</sup>.
- Gestantes com diabetes mellitus ou DMG.

\* as indicações para encaminhamento para as outras especialidades da AAE podem ser acessadas no PCDT 2024<sup>3</sup> <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-de-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-diabetes-mellitus-tipo-ii/view>> e Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada do Ministério da Saúde<sup>16</sup> no site<<https://bvsms.saude.gov.br/protocolos-da-atencao-basica/>>

A teleassistência pode ser um recurso utilizado para minimizar a dificuldade de acesso aos especialistas e capacitar os profissionais da APS, quando disponível.

**Quadro 12** - Conteúdo descritivo mínimo que deve conter o encaminhamento do portador de diabetes mellitus à AAE.

| <b>Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento à AAE</b>  |
|--|
| <p>Resultado de exame de hemoglobina glicada, com data mínima de 6 meses;</p> <p>Resultado de exame de creatinina sérica, com data mínima de 6 meses;</p> <p>Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;</p> <p>Outras medicações em uso, com dose e posologia;</p> <p>Peso do paciente em quilogramas (kg);</p> |

Estratificação de risco (baixo, médio, alto, muito alto);  
 Número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde;  
 Anexar Plano de cuidados (formulário padronizado pactuado entre APS e AEE).

Fonte: Adaptado de Brasil (2020)<sup>11</sup>.

Obs.: Os exames laboratoriais devem ter sido realizados no máximo 6 meses antes do encaminhamento e os exames de imagem no máximo 1 ano antes.

## **9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PARA TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS NO SUS**

No SUS as ações de assistência farmacêutica são estruturadas por meio de três componentes: Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e especializado (CEAF).

A disponibilização de medicamentos e insumos para tratamento de Diabetes Mellitus no SUS se dá através dos componentes Básico e Especializado. Portaria GM/MS Nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024 que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENOME, 2024)<sup>17</sup> lista os medicamentos e insumos incorporados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde no âmbito do SUS por Componente da Assistência Farmacêutica.

No âmbito da Atenção Básica, a RENAME define os medicamentos e insumos essenciais para tratamento do Diabetes Mellitus incorporados no SUS, estes se encontram no Anexo I e IV da RENAME<sup>17</sup>.

O quadro 13 elenca esses medicamentos e insumos, conforme Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017<sup>18</sup>.

**Quadro 13 - Medicamentos disponíveis no componente básico para diabetes mellitus<sup>17,19</sup>.**

| <b>Medicamentos</b>      |
|--------------------------|
| Cloridrato de metformina |
| Glibenclamida            |
| Gliclazida               |
| Insulina humana NPHa     |
| Insulina humana Regulara |

<sup>a</sup>As insulininas humanas NPH e regular são disponibilizadas em duas apresentações diferentes: frasco-ampola e canetas aplicadoras. A dispensação das canetas aplicadoras se dá preferencialmente, na faixa etária menor ou igual a 19 anos e faixa etária maior ou igual a 45 anos.

**Quadro 14- Insumos disponíveis no componente básico para diabetes mellitus<sup>17,19</sup>.**

| <b>Insumos</b>  |
|---|
| Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina |
| Tiras reagentes de medida de glicemia capilar           |

|                              |
|------------------------------|
| Lancetas para punção digital |
|------------------------------|

Os medicamentos para tratamento de DM como todos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica são de financiamento tripartite (Federal, estadual e municipal), sendo a aquisição responsabilidade do município, por tanto devem ser disponibilizados nas farmácias básicas municipais.

Com exceção das insulinas humanas NPH e Regular que de acordo com a portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.Art. 35. “Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal”(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º)<sup>20</sup>. “Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios”(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)<sup>20</sup>. Por tanto as insulinas são enviadas pelo Ministério da Saúde ao estado, que envia as regionais de saúde e essas enviam aos municípios.

O Ministério da Saúde também fornece os referidos medicamentos através do Programa Farmácia Popular do Brasil, em parceria com farmácias e drogarias privadas credenciadas no “Aqui tem farmácia popular”, sendo estes disponibilizados diretamente ao paciente, exclusivamente nas seguintes apresentações:

- cloridrato de metformina: comprimido de 500 mg e 850 mg;
- cloridrato de metformina: comprimido de 500 mg ação prolongada;
- dapagliflozina: comprimido de 10 mg (para indivíduos com DM2 com idade ≥65 anos e doença cardiovascular associada ao DM, com receita médica, com vencimento de seis meses);
- glibenclamida: comprimido de 5 mg;

No âmbito do CEAf, o Anexo III da RENAME<sup>17</sup> elenca os medicamentos fornecidos no SUS, os quais são disponibilizados pelo Estado através da Central de Medicamentos de Alto Custo (CEMAC) Juarez Barbosa e Policlínicas Estaduais, obedecendo aos critérios dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas<sup>3,15</sup>. Os medicamentos disponíveis para tratamento e manejo do Diabetes mellitus e suas complicações são:

- Dapagliflozina comprimido de 10 mg; (para indivíduos com DM2 com idade ≥ 40 anos contemplando os seguintes CID (Código Internacional de doenças):
  - E11.2 Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais
  - E11.3 Diabete melito não insulino-dependente com complicações oftálmicas
  - E11.4 Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
  - E11.5 Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
  - E11.6 Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
  - E11.7 Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
  - E11.8 Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
  - E11.9 Diabete melito não insulino-dependente sem complicações.
- Insulinas análogas de ação rápida, 100UI/mL, solução injetável (para indivíduos com DM1)
- Aflibercept (tratamento de edema macular do diabetes)
- Ranibizumabe (tratamento de edema macular do diabetes)

Obs.: Insulinas análogas de ação prolongada 100UI/mL solução injetável; apesar de incorporadas no PCDT de DM1, ainda não estão sendo disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

Para verificar os critérios de inclusão dos PCDTs e realizar a abertura de processo para solicitação dos medicamentos, acessar o link abaixo e seguir o passo a passo. <https://goias.gov.br/saude/cemac-juarez-barbosa/abertura-de-processo-ou-alteracao-e-ou-inclusao-de-medicamentos/>

## 10. OUTRAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS E IMUNIZAÇÃO

### 10.1. ALIMENTAÇÃO BALANCEADA

Abordagens nutricionais são capazes de melhorar o controle glicêmico. Alimentação balanceada é recomendada a todos os pacientes e deve ser incentivada a perda de peso para aqueles que apresentarem sobrepeso ou obesidade. Orientações alimentares detalhadas podem ser acessadas nos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira- Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade, Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: Bases Teóricas e Metodológicas<sup>21</sup>, elaborado pelo Ministério da Saúde:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidade.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf)

### 10.2. PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA

Nos indivíduos com diabetes, os exercícios bem orientados proporcionam benefícios para a saúde e controle metabólico. Antes de iniciar o programa de exercícios, é necessário avaliar a necessidade de rastreamento para doença cardiovascular a partir da estratificação de risco cardiovascular, presença de sintomas e intensidade do exercício. Nesses casos, o eletrocardiograma de repouso deve ser solicitado e exames mais complexos de acordo com o cenário clínico<sup>21</sup>. Para informações complementares sobre o rastreamento :<<https://diretriz.diabetes.org.br/atividade-fisica-e-exercicio-no-pre-diabetes-e-dm2/>><sup>1</sup>, e sobre atividades físicas: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view><sup>22</sup>

### 10.3. IMUNIZAÇÃO

Para indivíduos adultos com diagnóstico de DM, o Ministério da Saúde<sup>23</sup> recomenda as vacinas contra hepatite B e Influenza, que são disponibilizadas nas unidades básicas de saúde mediante relatório médico, e o imunobiológico especial Vacina Pneumocócica Polissacarídica<sup>23</sup> (duas doses de VPP 23 com intervalo de 5 anos). Essa vacina é disponibilizada via Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), após apresentação de prescrição médica e relatório médico/enfermagem confirmando o diagnóstico de diabetes. Na capital, o usuário deve se encaminhar ao CRIE, localizado no Hospital Estadual da Mulher (antigo Materno Infantil) e nos outros municípios o fluxo é via unidade básica de saúde que deverá montar processo para a Regional de Saúde, que encaminhará à Gerência de Imunização (CRIE virtual) para que o imunobiológico especial seja incluído em rota de distribuição (SES-GO,2024)<sup>24</sup>. Mais informações: <https://goias.gov.br/saude/vigilancia-em-saude/imunizacao/>.

### 10.4. ESTÍMULO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Os efeitos prejudiciais do tabagismo nas complicações do diabetes, particularmente na nefropatia e na morbidade e mortalidade cardiovascular, estão bem estabelecidos (MS, 2024)<sup>5</sup>. Dessa forma, a cessação do tabagismo deve ser fortemente estimulada. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (MS, 2023)<sup>25</sup>, que articula a Rede de tratamento do tabagismo no SUS, pode ser consultado no site do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo> e mais informações no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt\\_tabagismo.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_tabagismo.pdf).

## 11. PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos, onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (MS, 2024)<sup>26</sup>.

Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde. O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, que integra a rede de Atenção Primária à Saúde (Rede APS, 2025)<sup>27</sup>, tendo como objetivo fomentar a prática da atividade física nos territórios e a expansão dos benefícios que ela proporciona, como a melhoria da capacidade cardiovascular correção dos níveis de colesterol, melhora da tolerância à glicose e da ação da insulina, entre outros benefícios, como o controle do peso, prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias, versando assim uma das ferramentas de tratamento não farmacológico.

## **12. PARÂMETROS DE PREVALÊNCIA TOTAL E POR ESTRATO DE RISCO DE INDIVÍDUOS COM RELAÇÃO AO DIABETES**

Segundo os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do SUS publicado pelo Ministério da Saúde, a prevalência total e por estratos de risco de indivíduos com DM estão descritas no quadro a seguir.

**Quadro 15** - Parâmetros de prevalência por estrato de risco de indivíduos com relação ao Diabetes Mellitus para a organização da rede de atenção.

| Risco      | Parâmetro de Prevalência |
|------------|--------------------------|
| Baixo      | 20% dos diabéticos       |
| Médio      | 50% dos diabéticos       |
| Alto       | 25% dos diabéticos       |
| Muito alto | 5% dos diabéticos        |

Fonte: Adaptado Brasil (2017)<sup>28</sup>.

Segundo o Vigitel Brasil 2023<sup>29</sup>, a frequência de diabetes autorreferido entre a população de adultos ( $\geq 18$  anos) a nível nacional entre as capitais brasileiras variou de 5,6% a 12,1%, para a capital goiana foi de 8,8%. De acordo com o Vigitel Goiás 2023<sup>30</sup>, a prevalência do diabetes sob a população adulta ( $\geq 18$  anos) residente no Estado foi de 6,4%, e, na análise por macrorregiões variou de 4,9% para a Sudoeste, 6,4% para a Centro-Oeste e Centro-Sudeste, 6,5% para a Centro-Norte e 7,4% para a Nordeste.

## **13. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado aos usuários com DM deverão ser realizados por meio dos indicadores a seguir.

**Quadro 16** - Painel de indicadores.

| Indicador                            | Metodologia e Cálculo  | Fonte            | Área responsável    |
|--------------------------------------|--|------------------|---------------------|
| Taxa de mortalidade prematura por DM | Número de óbitos (de 30 a 69 anos) registrados nos códigos CID-10 – E10-E14 no município x 100.000 dividido pela | SIM/Pentaho/IBGE | Vigilância em Saúde |

|  |  |  |                     |
|--|--|--|---------------------|
|  | população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período.  |  |                     |
| Prevalência do Diabetes Mellitus autorreferido em adultos no Estado de Goiás | Cálculo da prevalência de diabetes por amostragem e ponderação dos dados permitindo sua extração para a população de Goiás (Número de casos de DM detectados na amostra Vigitel Goiás ÷ População da amostra Vigitel Goiás) × 100.   | Inquérito de Fatores de Risco e Proteção para Doenças e Agravos Não transmissíveis e Fatores de risco no Estado de Goiás                 | Vigilância em Saúde |
| Taxa de internações por DM   | Número de internações por DM na população ≥ 20 anos no município x 100.000, dividido pela população ≥ 20 anos, no mesmo local e período.   | SIH - Morbidade hospitalar no SUS/MV/IBGE  | Atenção à Saúde     |
| Proporção de Diabéticos com pelo menos 1 Consulta Realizada no Semestre      | Número de pessoas com Diabetes Mellitus com consulta em diabetes nos últimos 6 meses dividido pelo número de pessoas com DM identificadas × 100.   | Centralizador Estadual /e-SUS APS- SISAB   | Atenção à Saúde     |
| Cuidado da Pessoa com Diabetes na Atenção Primária à Saúde                   | <p>Numerador: Composto pelo somatório dos pontos de usuários que receberam cada uma das boas práticas de forma independente. Será gerado uma pontuação por pessoa com diabetes mellitus que pode atingir um valor máximo de 100 pontos, de acordo com a seguinte distribuição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por profissional médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses – 20 pontos;</li> <li>• Ter pelo menos 01 registro de medição da pressão arterial, realizado nos últimos 06 meses – 15 pontos;</li> <li>• Ter pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/Tacs, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses – 20 pontos;</li> <li>• Ter realizado pelo menos 01 (um) registro de peso e altura simultâneo, nos</li> </ul> | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) – SAPS/MS. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) | Atenção à Saúde     |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
| <p>últimos 12 meses – 15 pontos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter pelo menos 01 registro de hemoglobina glicada, solicitada ou avaliada, nos últimos 12 meses – 15 pontos;</li> <li>• Ter pelo menos 01 registro de avaliação dos pés, realizado nos últimos 12 meses – 15 pontos.</li> </ul> <p>Denominador: Pessoas com diabetes mellitus vinculadas à equipe. Conforme Ficha Técnica de Qualificação: C4 Cuidado da Pessoa com Diabetes/ Ministério da Saúde 31</p> |  |  |  |  |

Fonte: DM - diabetes mellitus, SIM - Sistema de Informação de Mortalidade– Ministério da Saúde, Pentaho User Console - Software do Estado, IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Vigilante Goiás - Inquérito de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco no Estado de Goiás, MV- Software de Gestão Hospitalar, SIH - Sistema de Informação Hospitalar - Ministério da Saúde, e-SUS APS- Estratégia da Secretaria da Atenção Primária, SISAB- Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica, SAPS/MS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde- Ministério da Saúde, CNES- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ACS - Agente Comunitário de Saúde, TACS - Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

## 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024 (versão preliminar) [Internet]. 2024 [citado 15 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 1 Janeiro de 2024; 47 (Supplement\_1): S20–S42. <https://doi.org/10.2337/dc24-s00>;
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria SECTICS/MS Nº7 de 28 fevereiro de 2024. Torna pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabete Melito Tipo 2[internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/PCDTDM2.pdf>;
4. Rodacki, M., Zajdenverg, L., da Silva Júnior, W.S. et al. Brazilian guideline for screening and diagnosis of type 2 diabetes: a position statement from the Brazilian Diabetes Society. Diabetol Metab Syndr 17, 78 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13098-024-01572-w>;
5. Brasil, Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado Diabetes mellitus tipo 2 no adulto [Internet]. 2020. Acesso em 29/11/2024. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/questionario-finnish-diabetes-risk-score](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/questionario-finnish-diabetes-risk-score);
6. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care 2003;26:725-31;
7. Barim EM, McLellan KCP, Ribeiro RS, Carvalho JAM, Lindstrom J, Tuomilehto J, et al. Tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro do Escore Finlandês de Risco de Diabetes

- (FINDRISC) e avaliação da confiabilidade. Rev Bras Epidemiol 2020;23:E200060. Doi: 10.1590/1980-549720200060;
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019. 489 p.;
  9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 160 p. ;
  10. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 162 p. ;
  11. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2020. 88 p.;
  12. Précoma DB, Oliveira GM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>;
  13. Damásio BF, Koller SH. The Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(10):2071-2082, out, 2013;
  14. Sousa VD, Zauszniewski JA, Bergquist-Beringer S, Musil CM, Neese JB, Jaber AF. Reliability; validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R). J Eval Clin Pract 2010; 16:1031-40.;
  15. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta Nº 17 de 12 de novembro de 2019. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 1 [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portaria-conjunta-pcdt-diabete-melito-1.pdf>;
  16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Protocolos da Atenção Básica. [Internet]. Acesso em 21/01/2025. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/protocolos-da-atencao-basica/>;
  17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024;
  18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017. set 28, 2017;
  19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Out 10, 2007;
  20. Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). jul 30, 2013;
  21. Brasil. Ministério da Saúde. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas. Acesso em 20/03/2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1\\_protocolos\\_alimentar\\_adultas\\_obesidade.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf) /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2022;
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Acesso em 20/03/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para->

[populacao-brasileira/view/](#) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021;

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Acesso 28/01/2025. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao-2023.pdf>. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023;
24. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Imunização [Internet]; 2024. Acesso em 08/01/2025. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/imunobiologicos-especiais/>;
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. [Internet]; 2023. Acesso em 23/01/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>;
26. Ministério da Saúde. Programa academia da saúde. Caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 220p;
27. Programa academia da saúde: enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. Xavéle Braatz Petermann<sup>1</sup> Sheila Kocourek<sup>2</sup> Luciana Flores Battistella. Revista da FAE, Curitiba, v. 25, 2022 – e 0740;
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-dos-programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>;
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Acesso em 06/01/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2023;
30. Inquérito de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis e fatores de risco no Estado de Goiás. Acesso em 29/10/2023. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/files/boletins/vigitel/VIGITEL.pdf/>;
31. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2023;
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Primária à Saúde. FICHA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO: C4 CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES. Acesso em 11/08/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/cuidado-da-pessoa-com-diabetes>;
33. Resolução CIB nº 1020/2023 SES/Goiás - Aprova a instituição do Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde e Grupos Operacionais correspondentes a cada Rede Temática no âmbito do SUS.

#### **Equipe técnica da revisão da Nota técnica de DM/2025:**

1. **Ana Paula dos Santos Rodrigues:** Nutricionista/técnica na Coordenação Geral das Redes de Atenção/SPAIS/SES-GO
2. **Andréia de Souza Franco Sardinha:** Enfermeira/técnica na Coordenação de Doenças Crônicas e Fatores de Risco/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO
3. **Amanda Cristina Motter Dala Senta:** Nutricionista/técnica na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/SUVISA/SES-GO
4. **Cristiano Martins da Silva:** Coordenador na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/SUVISA/SES-GO
5. **Eleni Pereira Ramos:** Farmacêutica/Gerência de Assistência Farmacêutica/SPAIS/SES-GO
6. **Isabela Ghetti Macedo Isaac:** Médica endocrinologista/técnica na Coordenação de Doenças Crônicas e Fatores de Risco/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO
7. **Kaio de Melo Mosqueira – GEPASS/SES-GO**
8. **Marina de Pina e Abreu Moraes – ASSTRA/SUBPAS/SES-GO**
9. **Nágila Araújo de Carvalho:** Nutricionista/técnica na Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição/ SUVISA/SES-GO
10. **Nara Rubya Pitaluga:** Fisioterapeuta/técnica na Gerência de Atenção Especializada Ambulatorial/SPAIS/SES-GO
11. **Vivianne Melo:** Farmacêutica/Gerência de Assistência Farmacêutica/SPAIS/SES-GO
12. **Viviany Rodrigues:** Enfermeira- técnica na Assessoria Técnica de Redes - SUBPAS/SES-GO
13. **Marcos Augusto S Chagas:** Técnico em Saúde – SASPCAMPO/GERPOP/SPAIS-SES
14. **Rosa Brígida:** Enfermeira/técnica na Gerência de Atenção Primária/SPAIS/SES-GO

**ANEXO 1 – Questionário FINDRISC para Avaliação do Risco de DM267**

## AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Circule a alternativa correta e some os seus pontos.

**1. 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

6. Você já tomou regularmente algum medicamento para pressão alta?

- 0 p. Não
- 2 p. Sim

**2. Índice de massa corporal (IMC)**

(Ver verso do formulário)

- 0 p. Abaixo de 25kg/m<sup>2</sup>
- 1 p. 25-30kg/m<sup>2</sup>
- 3 p. Acima de 30kg/m<sup>2</sup>

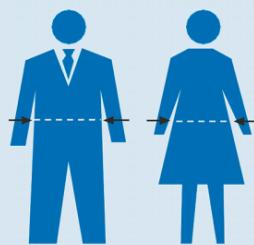
7. Alguma vez você já apresentou glicose alta no sangue (por exemplo, em um exame médico de rotina, durante uma doença, durante gravidez)?

- 0 p. Não
- 5 p. Sim

**3. Circunferência da cintura medida abaixoo das costelas (geralmente na altura do umbigo)**

HOMENS                    MULHERES

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 0 p. Menor que 94cm   | Menor que 80 cm |
| 3 p. 94-102 cm        | 80-88 cm        |
| 4 p. Maior que 102 cm | Maior que 88 cm |



4. Você pratica pelo menos 30 minutos de atividade física diária no trabalho e/ou durante o horário de lazer (incluindo as atividades diárias normais)?

- 0 p. Sim
- 2 p. Não

5. Com que frequência você come legumes, verduras, frutas ou grãos?

- 0 p. Todos os dias
- 1 p. Não todos os dias

8. Algun membro de sua família ou parente próximo já foi diagnosticado com diabetes (tipo 1 ou tipo 2)?

- 0 p. Não
- 3 p. Sim: avós, tia, tio ou primo de 1º grau (exceto pai, mãe, irmão, irmã ou filhos)
- 5 p. Sim: pai, mãe, irmão, irmã ou filho

**Pontuação Total de Risco**

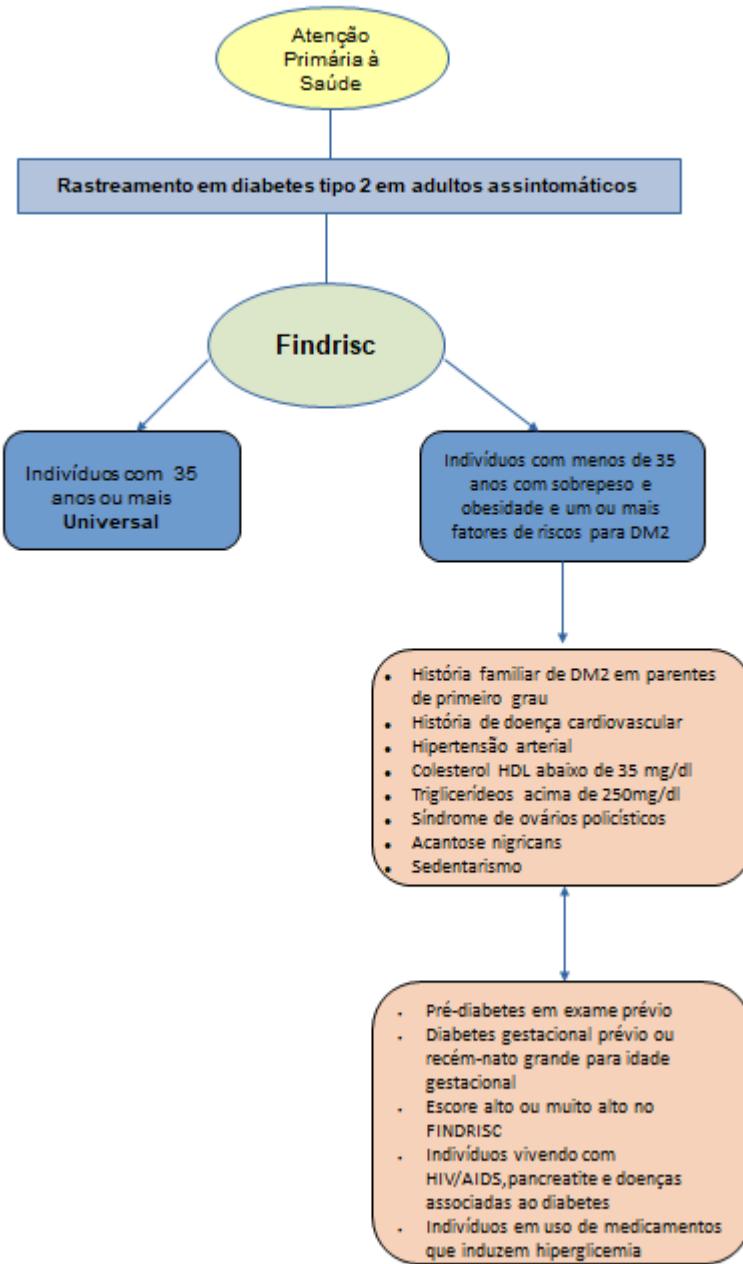
O risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é:

- |                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Menor que 7</b>  | Baixo: cerca de 1 em cada 100 pessoas irá desenvolver a doença            |
| <b>7-11</b>         | Levemente elevado: cerca de 1 em cada 25 pessoas irá desenvolver a doença |
| <b>12-14</b>        | Moderado: cerca de 1 em cada 6 pessoas irá desenvolver a doença           |
| <b>15-20</b>        | Alto: cerca de 1 em cada 3 pessoas irá desenvolver a doença               |
| <b>Maior que 20</b> | Muito alto: cerca de 1 em cada 2 pessoas irá desenvolver a doença         |

Por favor, olhe o verso

### ANEXO 2 – FLUXO DE RASTREAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES NA APS

## Fluxo de rastreamento de indivíduos com Diabetes

ANEXO 3 - Calculadora de Risco Cardiovascular<sup>11,12</sup>

## Estrato de Risco Global – Homens (Framingham revisado)

| ERG - FRAMINGHAM - HOMENS |              |         |                  |                   |               |      | TOTAL PONTOS | ESTIMATIVA RISCO COV |        |
|---------------------------|--------------|---------|------------------|-------------------|---------------|------|--------------|----------------------|--------|
| Pontos                    | Idade (anos) | HDL-c   | Colesterol total | PAS (não tratada) | PAS (tratada) | Fumo | Diabetes     |                      |        |
| -2                        |              | 60+     |                  | <120              |               |      |              | ≤-3                  | <0,0%  |
| -1                        |              | 50-59   |                  |                   |               |      |              | -2                   | 1,1%   |
| 0                         | 30-34        | 45-49   | <160             | 120-129           | <120          | Não  | Não          | -1                   | 1,4%   |
| 1                         | 35-44        | 160-199 |                  | 130-139           |               |      |              | 0                    | 1,6%   |
| 2                         | 35-39        | <35     | 200-239          | 140-159           | 120-129       |      |              | 1                    | 1,9%   |
| 3                         |              |         | 240-279          | 160+              | 130-139       | Sim  |              | 2                    | 2,3%   |
| 4                         |              |         | 280+             |                   | 140-159       | Sim  |              | 3                    | 2,8%   |
| 5                         | 40-44        |         |                  |                   | 160+          |      |              | 4                    | 3,3%   |
| 6                         | 45-49        |         |                  |                   |               |      |              | 5                    | 3,9%   |
| 7                         |              |         |                  |                   |               |      |              | 6                    | 4,7%   |
| 8                         | 50-54        |         |                  |                   |               |      |              | 7                    | 5,6%   |
| 9                         |              |         |                  |                   |               |      |              | 8                    | 6,7%   |
| 10                        | 55-59        |         |                  |                   |               |      |              | 9                    | 7,8%   |
| 11                        | 60-64        |         |                  |                   |               |      |              | 10                   | 9,4%   |
| 12                        | 65-69        |         |                  |                   |               |      |              | 11                   | 11,2%  |
| 13                        |              |         |                  |                   |               |      |              | 12                   | 13,2%  |
| 14                        | 70-74        |         |                  |                   |               |      |              | 13                   | 15,6%  |
| 15                        | 75+          |         |                  |                   |               |      |              | 14                   | 18,4%  |
|                           |              |         |                  |                   |               |      |              | 15                   | 21,6%  |
|                           |              |         |                  |                   |               |      |              | 16                   | 25,3%  |
|                           |              |         |                  |                   |               |      |              | 17                   | 29,4%  |
|                           |              |         |                  |                   |               |      |              | 18+                  | >30,0% |

## Estrato de Risco Global – Mulheres (Framingham revisado)

| ERG - FRAMINGHAM - MULHERES |             |       |                  |                    |                   |      |          | TOTAL PONTOS | ESTIMATIVA RISCO CV |
|-----------------------------|-------------|-------|------------------|--------------------|-------------------|------|----------|--------------|---------------------|
| Pontos                      | Mais (mais) | HDL-c | Colesterol total | PAS (sóle tratada) | PAS (não tratada) | Fumo | Diabetes |              |                     |
| -3                          |             |       |                  | >120               |                   |      |          |              | <10%                |
| -2                          | 60+         |       |                  |                    | >120              |      |          |              | 10%                 |
| -1                          | 50-59       |       |                  |                    |                   |      |          |              | 12%                 |
| 0                           | 30-34       | 45-49 | >140             | 120-129            |                   | Não  | Não      |              | 15%                 |
| 1                           | 35-44       | 50-59 | 160-199          | 130-139            |                   |      |          |              | 17%                 |
| 2                           | 35-39       | <35   |                  | 140-149            | 120-129           |      |          |              | 20%                 |
| 3                           |             |       | 200-239          |                    | 130-139           | Sim  |          |              | 24%                 |
| 4                           | 40-44       |       | 240-279          | 150-159            |                   |      | Sim      |              | 28%                 |
| 5                           | 45-49       |       | 280+             | 160+               | 140-149           |      |          |              | 33%                 |
| 6                           |             |       |                  |                    | 150-159           |      |          |              | 39%                 |
| 7                           | 50-54       |       |                  |                    | 160+              |      |          |              | 45%                 |
| 8                           | 55-59       |       |                  |                    |                   |      |          |              | 53%                 |
| 9                           | 60-64       |       |                  |                    |                   |      |          |              | 53%                 |
| 10                          | 65-69       |       |                  |                    |                   |      |          |              | 73%                 |
| 11                          | 70-74       |       |                  |                    |                   |      |          |              | 86%                 |
| 12                          | 75+         |       |                  |                    |                   |      |          |              | 100%                |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 100%                |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 12,7%               |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 15,9%               |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 18,5%               |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 21,6%               |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 24,8%               |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | 28,5%               |
|                             |             |       |                  |                    |                   |      |          |              | >30,0%              |

## ANEXO 4 - AVALIAÇÃO DE AUTOCUIDADO UTILIZANDO A ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AGENCIAMENTO DE AUTOCUIDADOS – REVISADA (ASAS-R)<sup>13,14</sup>

Abixo você encontrará afirmações para avaliação da capacidade de autocuidado. Leia as afirmações para o paciente e peça que ele informe qual a melhor resposta para cada uma delas segundo a escala:  
 - 1 = DISCORDO TOTALMENTE  
 - 2 = DISCORDO  
 - 3 = NÃO SEI  
 - 4 = CONCORDO  
 - 5 = CONCORDO TOTALMENTE

À medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável.

Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.

Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade

Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.

Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável.

No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.

Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria.

Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.

Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.

Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.

Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.

Eu raramente tenho tempo para mim.

Se eu torno um novo medicamento, eu obtendo informações sobre os seus efeitos colaterais, para melhor cuidar de mim.

Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria.

No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde.

1

## ANEXO 5 - Plano de Cuidados para a Saúde da Pessoa com Hipertensão e Diabetes

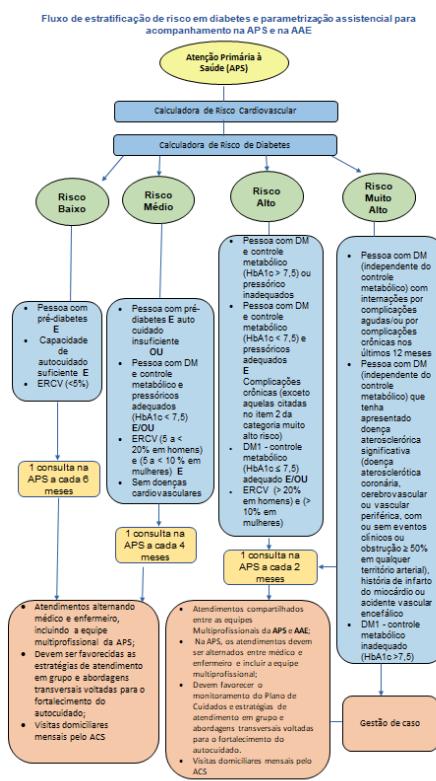
### ANEXO. PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES

| 1. IDENTIFICAÇÃO   |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
|--|----------------|-------------------------|------------------|---------------------------|--|-----------------------|------|----|--|
| Nome do usuário:   |                | Idade:                  |                  | CPF:                      |  | Cartão SUS:           |      |    |  |
| Nome social:   |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| Data de nascimento:  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| Endereço:  |                | Município:              |                  | Município:                |  | Telefone:             |      |    |  |
| UBS de origem:   |                | ESF:                    |                  | ACS (nome):               |  | Prontuário:           |      |    |  |
| Apóio familiar (nome):   |                | (telefone)              |                  | Apóio comunitário (nome): |  | (telefone)            |      |    |  |
| 2. AUTOCUIDADO   |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| Letramento Funcional em Saúde (LFS):   |                |                         |                  |                           | Acesso Telefônico:   |                       |      |    |  |
| (1) Inadequado (2) Limitado (3) Adequado   |                |                         |                  |                           | (1) Pouco assertivo - Intencional (2) Pouco assertivo - não intencional (3) Aderente   |                       |      |    |  |
| Capacidade de Autocuidado: (1) Insuficiente (2) Suficiente   |                |                         |                  |                           | Estágio motivacional para mudança: Suporte Familiar: (1) Insuficiente (2) Suficiente Suporte Social: (1) Insuficiente (2) Suficiente |                       |      |    |  |
| 3. LISTA DE PROBLEMAS  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| Problemas identificados pela equipe (condições crônicas de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicosociais, outros problemas): |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| Problemas identificados pelo usuário:  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| 4. DADOS PARA AVAIIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| Peso:  | Estatura:      | IMC:                    | Circunferências: | Abdominal:                | Panturrilhas:  | Velocidade de marcha: | TAX: | °C |  |
| kg   | cm             |                         | cm               | cm                        | cm   | s                     |      |    |  |
| PA (derrido)   | PA (estendido) | PA (de p/é)             |                  |                           |  |                       | ITB  |    |  |
| PAS mmHg   | PAD mmHg       | PAS mmHg                | PAD mmHg         | PAS mmHg                  | PAD mmHg   |                       |      |    |  |
| FC bpm   | IRpm           | Glicemia Jejum:         | Pós prandial:    | Glucosuria:               | Cetonúria:   |                       |      |    |  |
|  |                | mg/dL                   | mg/dL            |                           |  |                       |      |    |  |
| Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outras).  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES:   |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| 5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES   |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS      | BARRERAS / DIFICULDADES | PRIORIZAÇÃO *    | RECOMENDAÇÕES             |  |                       |      |    |  |
|  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
|  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
|  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |
|  |                |                         |                  |                           |  |                       |      |    |  |

\* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1/P2/P3 (recomendável até 3 priorizações)

continua...

## **ANEXO 6 – FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM DIABETES E PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA ACOMPANHAMENTO NA APS E NA AAE**



Fonte: Autores

ERCV- Escore de risco cardiovascular; HbA1c- hemoglobina glicada; DM- diabetes tipo 2; DM 1- diabetes tipo 1; APS- Atenção Primária à Saúde; AAE- Atenção ambulatorial especializada; ACS- agente comunitário de saúde

GOIANIA - GO, aos 01 dias do mês de outubro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**, Usuário **Externo**, em 21/10/2025, às 13:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, Secretário (a) de Estado, em 31/10/2025, às 08:39, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site  
[http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **80497050** e o código CRC **E5C9341E**.

SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE  
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO -  
CEP 74000-000 - .



Referência: Processo nº 202500010072790



SEI 80497050