

Secretaria de
Estado da
Saúde



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



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



cosems|GO



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.

RESOLVE:

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;
 - Acanthose 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)^{6,7}.

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)¹.

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 2024¹

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)^{1,3}.

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 tardiamente 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)⁸.

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 sobrepeso ou obesidade, e com, pelo menos, um fator de risco para detecção de DM2, como mostra o quadro 3 (SBD,2024)¹.

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 sobrepeso ($\text{IMC} \geq$ percentil 85) ou obesidade ($\text{IMC} \geq$ 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)¹, Rodacki et al.,2025⁴

“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)³.

3. DIAGNÓSTICO

Quadro 4 – Critérios para diagnóstico de diabetes mellitus.

Diagnóstico	Glicemia em jejum ¹ (mg/dL)	Glicemia 1h após TOTG* (mg/L)	Glicemia 2h após TOTG* (mg/L)	HbA1c ² (%)	Glicemia ao acaso (mg/dL)
Normal	< 100 ¹	<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

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

²A análise laboratorial da HbA1c deve ser realizada por método certificado pelo NGSP

³No 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)¹, ADA (2024)², Rodacki et al.,2025⁴

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

Glicemia 2h pós-prandial	<180	<180	<180	-	<180
Glicemia ao deitar	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150

Fonte: Adaptado de SBD (2024)¹

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 oxigenioterapia, 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)¹.

Quadro 6 - Complicações agudas e crônicas do diabetes mellitus.

Complicações Agudas
Descompensação hiperglicêmica aguda (cetoacidose, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica) Hipoglicemia
Complicações Crônicas
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)^{1,9}

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)³. 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)³. 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)^{11,12}. Link para acesso à calculadora: [<https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/>](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) ^{13,14}. Link para acesso à calculadora: [<https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/>](https://calculadora-risco.saude.go.gov.br/)

6.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA ACOMPANHAMENTO

Quadro 7- Rotina de acompanhamento dos indivíduos com diabetes

Ao menos duas vezes por ano, ou conforme critério clínico

Glicemia de jejum

HbA1c*

Ao menos ao diagnóstico e anualmente, ou conforme critério clínico

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 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

A cada consulta

Peso (IMC)

Pressão arterial

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – EDIÇÃO 2023¹, ADA 2024², PCDT (2024)³, SBIBAE (2020)¹¹

*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.
Ecocardiogram a 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, dispnéia 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)¹, SBIBAE (2020)¹¹

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)⁹⁻¹¹.

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	1. Pessoa com pré-diabetes E 2. Capacidade de autocuidado suficiente E 3. Escore de risco cardiovascular (ERCV) baixo* (<5%)	1 consulta a cada 6 meses	Atendimentos alternando médico e enfermeiro, incluindo a equipe multiprofissional da APS; Devem ser favorecidas as estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais**** voltadas para o fortalecimento do autocuidado; Visitas domiciliares mensais pelo ACS
MÉDIO	1. Pessoa com pré-diabetes E auto cuidado insuficiente** OU 2. Pessoa com DM e controle metabólico e pressóricos adequados (HbA1c < 7,5) E/OU ERCV intermediário* (5 a < 20% em	1 consulta a cada 4 meses	

	<p>homens) e (5 a < 10 % em mulheres)</p> <p>E</p> <p>Sem doenças cardiovasculares desde que não tenham:</p> <ul style="list-style-type: none"> • internações por complicações agudas nos últimos 12 meses • complicações crônicas 		
ALTO	<p>1. Pessoa com DM e controle metabólico (HbA1c > 7,5) ou pressórico inadequados</p> <p>2. Pessoa com DM e controle metabólico (HbA1c < 7,5) e pressóricos adequados</p> <p>E</p> <p>Complicações crônicas (exceto aquelas citadas no item 2 da categoria muito alto risco)</p> <p>E/OU</p> <p>ERCV alto* (> 20% em homens) e (> 10% em mulheres)</p> <p>3. DM1 controle metabólico (HbA1c ≤ 7,5) adequado</p>	1 consulta a cada 2 meses	<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 mensais pelo ACS</p>
MUITO ALTO	<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 ≥ 50% em qualquer território arterial),</p>	1 consulta a cada 2 meses	<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 mensais pelo ACS</p> <p>e</p>

	história de infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico		Gestão de caso
	1. DM1*** controle metabólico inadequado (HbA1c >7,5)		

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

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 diária (BRASIL, 2014)¹⁰. 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)¹⁵;

****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.

CRITÉRIOS PARA GESTÃO DE CASOS	PERIODICIDADE MÍNIMA DAS CONSULTAS NA APS	CARACTERÍSTICA DO ATENDIMENTO NA APS
1. Pessoas com DM muito alto risco; 2. Pessoas com baixo grau de autonomia;	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)⁹, SBIBAE (2020)¹¹

*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)¹⁰. 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 Crônica¹⁰.

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 anualmente¹⁵;
- 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 \leq 30 ml/min/1,73m, presença de complicações, como alteração em exame de fundoscopia, amostra urinária com albuminúria ou diminuição da sensibilidade nos pés³
- Adolescentes e adultos jovens com dúvida diagnóstica de DM2³.
- Gestantes com diabetes mellitus ou DMG.

* as indicações para encaminhamento para as outras especialidades da AAE podem ser acessadas no PCDT 2024³ <<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 Saúde¹⁶ no site<<https://bvsmis.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.

Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento à AAE
<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)¹¹.

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 (RENAME, 2024)¹⁷ 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 RENAME¹⁷.

O quadro 13 elenca esses medicamentos e insumos, conforme Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017¹⁸.

Quadro 13 - Medicamentos disponíveis no componente básico para diabetes mellitus^{17,19}.

Medicamentos
Cloridrato de metformina
Glibenclamida
Gliclazida
Insulina humana NPHa
Insulina humana Regulara

^aAs insulinas 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^{17,19}.

Insumos
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)²⁰. “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)²⁰. 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 RENAME¹⁷ 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^{3,15}. 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 Diabetes melito não insulino-dependente com complicações renais
 - E11.3 Diabetes melito não insulino-dependente com complicações oftálmicas
 - E11.4 Diabetes melito não insulino-dependente com complicações neurológicas
 - E11.5 Diabetes melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
 - E11.6 Diabetes melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas
 - E11.7 Diabetes melito não insulino-dependente com complicações múltiplas
 - E11.8 Diabetes melito não insulino-dependente com complicações não especificadas
 - E11.9 Diabetes melito não insulino-dependente sem complicações.
- Insulinas análogas de ação rápida, 100UI/mL, solução injetável (para indivíduos com DM1)
- Afibercept (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 Metodológicas²¹, elaborado pelo Ministério da Saúde:

https://bvsmis.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 clínico¹. Para informações complementares sobre o rastreamento :<<https://diretriz.diabetes.org.br/atividade-fisica-e-exercicio-no-pre-diabetes-e-dm2/>>¹, e sobre atividades físicas: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>²²

10.3. IMUNIZAÇÃO

Para indivíduos adultos com diagnóstico de DM, o Ministério da Saúde²³ 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 Polissacarídica²³ (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)²⁴. 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)⁵. Dessa forma, a cessação do tabagismo deve ser fortemente estimulada. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (MS, 2023)²⁵, 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.

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)²⁶.

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)²⁷, 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)²⁸.

Segundo o Vigitel Brasil 2023²⁹, a frequência de diabetes autorreferido entre a população de adultos (≥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 2023³⁰, a prevalência do diabetes sob a população adulta (≥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 extrapolação 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"> • Ter realizado pelo menos 01 consulta presencial ou remota por profissional médica(o) ou enfermeira(o), nos últimos 6 meses – 20 pontos; • Ter pelo menos 01 registro de medição da pressão arterial, realizado nos últimos 06 meses – 15 pontos; • Ter pelo menos 02 visitas domiciliares por ACS/Tacs, com intervalo mínimo de 30 dias, realizadas nos últimos 12 meses – 20 pontos; • Ter realizado pelo menos 01 (um) registro de peso e altura simultâneo, nos 	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"> • Ter pelo menos 01 registro de hemoglobina glicada, solicitada ou avaliada, nos últimos 12 meses – 15 pontos; • Ter pelo menos 01 registro de avaliação dos pés, realizado nos últimos 12 meses – 15 pontos. <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, Vigitel 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 N 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 Diabetes Mellito Tipo 2[internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/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/porta/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-cronica/questionario-finnish-diabetes-risk-score](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta/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://bvsmms.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://bvsmms.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 Petermann¹ Sheila Kocourek² 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/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/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/svsa/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 Ghatti 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

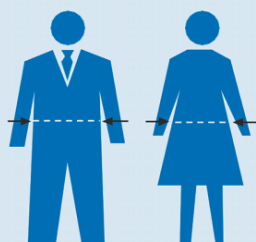
2. Índice de massa corporal (IMC)

(Ver verso do formulário)

- 0 p. Abaixo de 25kg/m²
1 p. 25-30kg/m²
3 p. Acima de 30kg/m²

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

- | | HOMENS | MULHERES |
|------|------------------|-----------------|
| 0 p. | Menor que 94 cm | 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

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

- 0 p. Não
2 p. Sim


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

8. Algum 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

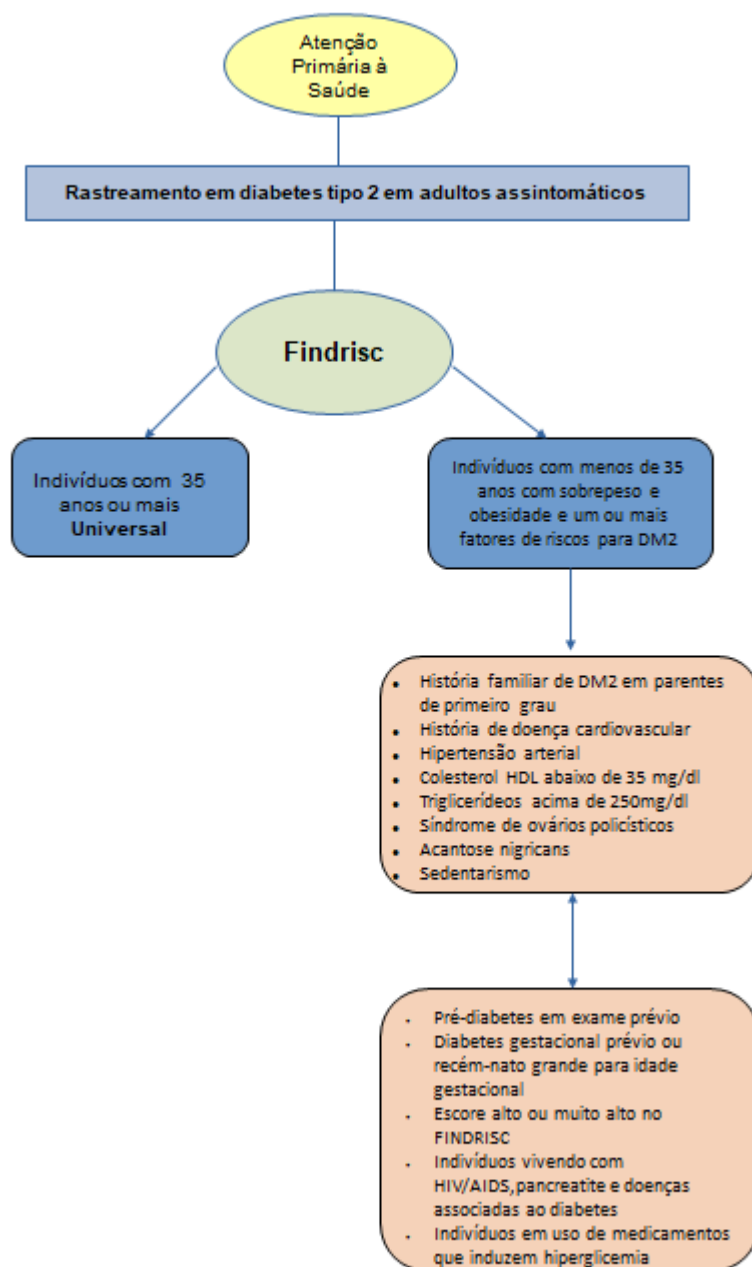
 O risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é:

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

Por favor, olhe o verso

ANEXO 2 – FLUXO DE RASTEAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES NA APS

Fluxo de rastreamento de indivíduos com Diabetes

ANEXO 3 - Calculadora de Risco Cardiovascular^{11,12}

Estrato de Risco Global – Homens (Framingham revisado)

ERG - FRAMINGHAM - HOMENS							TOTAL PONTOS	ESTIMATIVA RISCO CV
Pontos	Idade (anos)	HDL-c	Colesterol total	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Pumo Diabetes		
-2	60+			<120			-3	<0%
-1	50-59						-2	0%
0	30-34	40-49	<160	120-129	<120	Não Não	-1	1,6%
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		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	7,9%
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	25,7%
							17	29,6%
							18+	>30,0%

Estrato de Risco Global – Mulheres (Framingham revisado)

ERG - FRAMINGHAM - MULHERES							TOTAL PONTOS	ESTIMATIVA RISCO CV
Pontos	Idade (anos)	HDL-c	Colorestral total	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes	
-3				<120				5-2
-2		60+						<10%
-1		50-59			<120			0
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não	1
1			160-199	130-139				2
2	35-39	<35		140-149	120-129			3
3			200-239	150-159	130-139	Sim		4
4	40-44		240-279	160-169			Sim	5
5	45-49		280+	160+	140-149			6
6					150-159			7
7	50-54				160+			8
8	55-59							9
9	60-64							10
10	65-69							11
11	70-74							12
12	75+							13
								14
								15
								16
								17
								18
								19
								20
								21
								22
								23
								24
								25
								26
								27
								28
								29
								30
								31
								32
								33
								34
								35
								36
								37
								38
								39
								40
								41
								42
								43
								44
								45
								46
								47
								48
								49
								50
								51
								52
								53
								54
								55
								56
								57
								58
								59
								60
								61
								62
								63
								64
								65
								66
								67
								68
								69
								70
								71
								72
								73
								74
								75
								76
								77
								78
								79
								80
								81
								82
								83
								84
								85
								86
								87
								88
								89
								90
								91
								92
								93
								94
								95
								96
								97
								98
								99
								100

AGENCIAMIENTO DE AUTOCUIDADOS – REVISADA (ASAS-R)^{13,14}

- 1 = DISCORDO TOTALMENTE
- 2 = DISCORDO
- 3 = NÃO SEI
- 4 = CONCORDO
- 5 = CONCORDO TOTALMENTE

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

1	1
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.
1	1
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.
1	1
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.
1	1
Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.	Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.
1	1
Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.	Eu raramente tenho tempo para mim.
1	1
Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho 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.
1	1
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

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

6. MEDICAMENTOS

Alergia medicamentosa:

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras)

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1					
P2					
P3					

10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

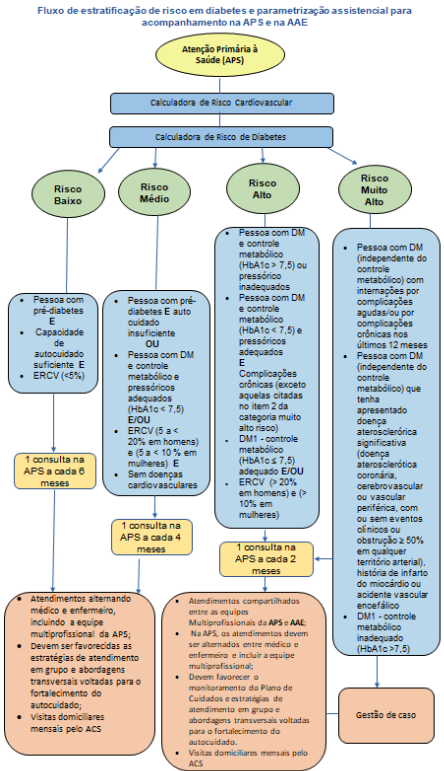
11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS

APS	Data: ____/____/____ Hora: ____	AAE	Data: ____/____/____ Hora: ____

DATA DA ELABORAÇÃO, ASSINATURAS E CARIMBOS

Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados

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