

Nota Técnica nº: 12/2021 - SAIS- 03083

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

1. OBJETIVO

A presente Nota Técnica tem por objetivo definir critérios para organização da assistência ao usuário com DM na APS e AAE, no Estado de Goiás.

2. RASTREAMENTO

O rastreamento deve ser feito nas seguintes situações:

Quadro 1- Situações para rastreamento de diabetes mellitus.

Idade ≥ 45 anos
IMC ≥ 25 kg/m ² e presença de 1 ou mais dos seguintes fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão ou DCV • História familiar de diabetes em pais ou irmãos • Etnias de alto risco (afro descendentes, hispânicos ou indígenas) • HDL < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL • História prévia de diabetes gestacional ou RN GIG (≥ 4,5 kg) • História prévia de tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada • Presença de acantose nigricans • Síndrome de ovário policístico • Indivíduos com HIV
Presença de sintomas de DM (poliúria, polidipsia e perda de peso)

Fonte: Adaptado de SBD (2021) ¹, ADA (2021) ², PACK Brasil adulto ³, DCV: doença cardiovascular, IMC: índice de massa corporal, RN GIG: recém nascido grande para a idade gestacional

É importante destacar que parcela considerável (30% a 40%) das pessoas com DM2 permanece assintomática durante anos, desconhecendo a própria condição de saúde e chegando tardiamente a um diagnóstico, muitas vezes já com a ocorrência de complicações. Daí a importância da vigilância contínua. Não estão indicadas ações de rastreamento populacional indiscriminado para DM, como campanhas ou mutirões de rastreio, por serem pouco efetivas ⁴.

3. DIAGNÓSTICO

Quadro 2- Critérios para diagnóstico de diabetes mellitus.

Diagnóstico	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2h após TOTG* (mg/L)	HbA1c (%) ²	Glicemia ao acaso (mg/dL)
Normoglicemia	< 100 ¹	< 140	< 5,7	-
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥100 e < 126	≥ 140 e < 200	≥ 5,7 e < 6,5	-
DM estabelecido ³	≥ 126	≥ 200	≥ 6,5	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia

¹ OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicemia em jejum

² Deve-se utilizar método padronizado no DCCT e certificado pelo NGSP, preferencialmente o HPLC

³ No indivíduo assintomático, É RECOMENDADO que dois exames (entre glicemia de jejum, TOTG e HbA1c) estejam alterados para realizar o diagnóstico. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação. Na presença de sintomas inequívocos de hiperglicemia, É RECOMENDADO que o diagnóstico seja realizado por meio de glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl.

*Carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água

Fonte: SBD (2021) ¹, ADA (2021) ².

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial; HbA1c: hemoglobina glicada; HPLC: high-performance liquid chromatography;

NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program;

OMS: Organização Mundial de Saúde; TOTG: teste de tolerância oral à glicose

Os critérios diagnósticos e estratificação de risco de gestantes com DM tipo 1 e DM gestacional encontram-se em nota técnica específica de gestantes (Nota Técnica nº 10/2021).

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco faz-se necessária para a otimização da terapêutica e do acompanhamento. Deve ser realizada no primeiro atendimento 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 ⁵⁻⁷.

Os critérios para estratificação de risco são apresentados no **Quadro 3** e as complicações agudas e crônicas do DM são apresentadas no **Quadro 4**.

Quadro 3 - Critérios para estratificação de risco em diabetes mellitus.

RISCO	CRITÉRIO
BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com pré-diabetes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Glicemia de jejum de 100 a 125 mg/dL OU ◦ Glicemia entre 140 a 199 mg/dL no TOTG OU ◦ HbA1c entre 5,7 e 6,4% • Capacidade de autocuidado suficiente • Escore de risco cardiovascular (ERCv)* baixo (< 10%)
MÉDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com pré-diabetes e auto cuidado insuficiente** OU Pessoa com DM diagnosticado e controle metabólico (HbA1c < 7,5) e pressóricos adequados • E/OU ERCV intermediário* (10 a 20%) • Sem interações por complicações agudas nos últimos 12 meses • Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com DM diagnosticado • Controle metabólico (HbA1c entre 7,5 e 9%) ou pressórico inadequados, com interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado) • E/OU ERCV alto* (> 20%) • Capacidade de autocuidado suficiente**
MUITO ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa com DM diagnosticado • Controle metabólico (HbA1c entre 7,5 e 9% ou >9%) ou pressórico inadequados com interações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado) • Doença aterosclerótica significativa (doença aterosclerótica coronária cerebrovascular ou vascular periférica, com ou sem eventos clínicos ou obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial) • Capacidade de autocuidado insuficiente**

Fonte: SBD (2021) ¹, ADA (2021) ².

DCCT: Diabetes Control and Complications Trial; HbA1c: hemoglobina glicada; HPLC: high-performance liquid chromatography; NGSP: National Glycohemoglobin Standardization Program; OMS: Organização Mundial de Saúde; TOTG: teste de tolerância oral à glicose.

*Anexos 1 e 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 [6](#).

Quadro 4 - Complicações agudas e crônicas do diabetes mellitus.

Complicações Agudas	
<ul style="list-style-type: none"> Descompensação hiperglicêmica aguda (cetoacidose, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica) Hipoglicemia 	
Complicações Crônicas	
Doença macrovascular:	
<ul style="list-style-type: none"> Doença coronariana Doença cerebrovascular Doença vascular periférica (úlceras de pés, também conhecido como pé diabético) 	
Doença microvascular e neuropática	
<ul style="list-style-type: none"> Retinopatia diabética, edema macular, catarata e o glaucoma de ângulo aberto Nefropatia diabética Neuropatia diabética (sensitivo-motoras, focais, autonômicas) 	

Fonte: Brasil (2013) [5](#).

5. PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA ACOMPANHAMENTO NA APS E NA AAE DE PACIENTES COM CONDIÇÃO CLÍNICA ESTÁVEL

Quadro 5 - Parametrização assistencial para acompanhamento na APS e na AAE de pacientes com condição clínica estável conforme estratificação de risco.

Baixo Risco	Médio Risco	Alto e Muito Alto Risco
<p>Atendimento na APS a cada 6 meses sendo 2 (dois) atendimentos ao ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atendimentos alternando médico e enfermeiro e 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 	<p>Atendimento na APS a cada 4 meses sendo 3 (três) atendimentos ao ano, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atendimentos alternando médico e enfermeiro e 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 	<p>Atendimento na APS a cada 2 meses sendo 6 (seis) atendimentos ao ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Devem favorecer o monitoramento do Plano de Cuidados e estratégias de atendimento em grupo e abordagens transversais* voltadas para o fortalecimento do autocuidado

Fonte: Adaptado de SBIBAE (2020) [7](#).
 ACS: agente comunitário de saúde; AAE: atenção ambulatorial especializada; APS: atenção primária à saúde.
 *Abordagens transversais: aconselhamento sobre atividade e/ou prescrição de exercício físico, Programa Academia da Saúde, práticas integrativas complementares (PICS), apoio psicossocial, abordagem familiar, atividades intersetoriais.

6. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES DESCOMPENSADOS E/OU COM INSTABILIDADE CLÍNICA NA APS E NA AAE

Os pacientes que se encontram fora das metas terapêuticas de DM ou que apresentem maior risco de descompensação do DM, conforme as definições a seguir necessitarão de maior número de consultas, as quais devem ser gerenciadas caso a caso, até a estabilização que poderá ocorrer em média num período de 4 meses.

Para o DM, são considerados pacientes descompensados aqueles fora das metas terapêuticas (Quadro 6).

Quadro 6 - Metas individualizadas em diversas situações no diabetes mellitus.

Parâmetro	Paciente DM1 ou DM2	Idoso saudável*	Idoso comprometido*	Idoso muito comprometido*	Criança e adolescente
HbA1c %	<7,0	<7,5	<8,5	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 (2021) [4](#).
 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 reumatóide, 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 classes 4-5, doença pulmonar crônica demandando oxigenioterapia, pacientes em diálise), comprometimento funcional e cognitivo graves.

Valer ressaltar que, atualmente, interpreta-se o valor de HbA1c igual a 7% como correspondente a glicemia média estimada de 154 mg/dL [4](#).

São ainda consideradas situações de instabilidade clínica independente 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), 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 auto-imunes associadas, por exemplo, doença de Graves;
- Uso de terapia com corticóides, quimioterápicos, antipsicóticos que interferem com o metabolismo da glicose;

A intensidade de cuidados será determinada conforme a estratificação de risco do paciente, assim quanto mais alto o estrato de risco do pacientes, maior o número de consultas e abordagens transversais e coletivas. 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. Ressalta-se ainda a importância das estratégias para mudança de comportamento e estilo de vida no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, além do fortalecimento da capacidade de autocuidado com a elaboração em conjunto com o paciente do Plano de Autocuidado Apoiado. Para embasar as condutas, sugere-se a leitura do Caderno de Atenção Básica nº 35 - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica [6](#).

7. SITUAÇÕES PARA GESTÃO DE CASO

Como são condições de saúde complexas, considera-se para gestão de caso, independentes dos valores de Hb1Ac, PA e idade [5,7](#):

- Pacientes com muito alto risco;
- Pacientes com autocuidado insuficiente ou em situação de risco social, como por exemplo, idosos dependentes de instituições de longa permanência.
- Pacientes com comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas graves e com doenças que interferem com a mobilidade, audição, visão e capacidade cognitiva).

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.

8. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS PARA AAE

- Pacientes de alto e muito alto risco;
- Pessoas com DM, com instabilidade clínica;
- Pessoas com lesões de órgão alvo;
- Portadores de DM1: devem ser atendidos e educados 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 [8](#);
- 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 [9](#);
- Adolescentes e adultos jovens com dúvida diagnóstica de DM2 [9](#).

Quadro 8 - Conteúdo descritivo mínimo que deve conter o encaminhamento do portador de diabetes mellitus à AAE.

Conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento à AAE
<ul style="list-style-type: none"> Resultado de exame de hemoglobina glicada, com data Resultado de exame de creatinina sérica, com data Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia Outras medicações em uso, com dose e posologia

- Peso do paciente em quilogramas (kg)
- Estratificação de risco (baixo, médio, alto, muito alto)
- Número da teleconsulta, se caso discutido com Telessaúde
- Anexar Plano de cuidados (formulário padronizado pactuado entre APS e AEE)

Fonte: Adaptado de Brasil (2020) [7](#).

9. PARAMETRIZAÇÃO ASSISTENCIAL PARA APOIO LABORATORIAL NO DIAGNÓSTICO INICIAL E NAS AVALIAÇÕES PERIÓDICAS

Quadro 9 - Rotina de exames complementares

<ul style="list-style-type: none"> • Duas vezes por ano <ul style="list-style-type: none"> ◦ Glicemia de jejum ◦ HbA1c • No diagnóstico e anualmente, ou conforme critério clínico <ul style="list-style-type: none"> ◦ Creatinina sérica – calcular a taxa de filtração glomerular (TFG) estimada pela fórmula CKDEPI para TODOS os usuários diabéticos ◦ LDL – fórmula de Friedewald: LDL=CT-HDL-TG/5 (para TG < 400 mg/dL) ◦ Excreção urinária de albumina ◦ Avaliação dos pés com monofilamento • Fundoscopia – anualmente a partir do diagnóstico.

Fonte: SBD (2019) [4](#), SBIBAE (2020) [7](#), Brasil (2019) [8](#).

Quadro 10 - Exames complementares para avaliação do usuário com diabetes mellitus de alto e muito alto risco

Exames	Periodicidade	Justificativa
ECG	Anual	É um exame de baixo custo, seguro e com valor prognóstico nas anormalidades. Deve ser realizado pelo menos, anualmente em pacientes assintomáticos, com DM, com risco intermediário, alto e muito alto.
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) e CAC muito alta (>400), quando disponível ou quando foi observada alteração no ECG.
Holter	De acordo com a avaliação clínica	O Holter 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 sem contraste)	De acordo com a avaliação clínica	Se observada a 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 do 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

Fonte: SBIBAE (2020) [7](#).
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.

10. PARÂMETROS EPIDEMIOLÓGICOS DE PREVALÊNCIA TOTAL E POR ESTRATO DE RISCO

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 11 - Prevalência da população com diabetes mellitus.

Risco	Parâmetro de Prevalência
Baixo	20% dos diabéticos
Médio	50% dos diabéticos
Alto	25% dos diabéticos
Muito alto	5% dos diabéticos
Total	Média Brasil - 6,9% da população de 18 anos e mais

Fonte: Brasil (2015) [10](#).

11. ATENÇÃO FARMACÊUTICA DISPONÍVEL NO SUS PARA TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS

As ações de assistência farmacêutica são na maioria das vezes executadas nos municípios, sobretudo pela rede básica de saúde, tendo como instrumento norteador para a construção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) a Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019 que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) [11](#) 2020 no âmbito do SUS. No **Quadro 12** são apresentados os medicamentos essenciais ao tratamento do DM na atenção básica conforme a RENAME [11](#) e os insumos a serem disponibilizados pelo município, conforme Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 [12](#).

Quadro 12 - Medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus na atenção básica, sob responsabilidade do município.

Medicamentos ^{1,2}	Insumos ²
<ul style="list-style-type: none"> • Cloridrato de metformina • Glibenclâmida • Gliclazida • Insulina humana NPH • Insulina humana Regular 	<ul style="list-style-type: none"> • Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina • Tiras reagentes de medida de glicemia capilar • Lancetas para punção digital

¹ Anexo I da RENAME [11](#)

² Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007, nos termos da Lei nº 11.347 de 2006 [13](#)

Medicamentos para tratamento de DM também podem ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do Programa Farmácia Popular em parceria com farmácias privadas do município, sendo eles exclusivamente nestas apresentações:

- Glibenclâmida 5mg
- Cloridrato de metformina 500mg
- Cloridrato de metformina 500mg – ação prolongada
- Cloridrato de metformina 850mg
- Insulina humana NPH 100 UI/ml
- Insulina humana Regular 100 UI/ml

O Anexo III da RENAME [11](#) traz em seu escopo os medicamentos fornecidos através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, devendo a execução do mesmo ser realizada 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 [8,9](#). No que se refere ao DM são eles em suas diferentes apresentações:

- Dapagliflozina

- Insulina análoga de ação prolongada
- Insulina análoga de ação rápida

12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado aos usuários com DM deverá ser realizado pelos municípios e pelo Estado por meio dos indicadores a seguir.

Quadro 13 - Painel de indicadores sob responsabilidade do município

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Percentual de cadastrados	Número de pacientes cadastrados na ficha individual com marcação no campo condição referida "diabetes" pela equipe de saúde dividido pelo número estimado de diabéticos no município	SISAB
Percentual de cobertura	Número de pacientes com diabetes acompanhados por médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família (pelo menos uma consulta no último semestre) dividido pelo número total de pacientes cadastrados	SISAB
Percentual de estratificação de risco	Número de pacientes com diabetes estratificados semestralmente dividido pelo número de acompanhados pela equipe de saúde da família	APS municipal

APS - Atenção Primária à Saúde, SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária.

Quadro 14. Painel de indicadores sob responsabilidade do Estado.

Indicador	Metodologia de cálculo	Fonte
Percentual de atendimentos na atenção especializada	Número de pacientes com DM atendidos na AAE dividido pelo número total de pacientes encaminhados no período	Regulação estadual e municipal
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98 (exceto J36); E10-E14 no município x 100.000 dividido pela população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período	SIM/Pentaho
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 população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período	SIM/Pentaho
Taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99 no município x 100.000 dividido pela população residente (de 30 a 69 anos) no mesmo local e período	SIM/Pentaho
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

DCNT - doenças crônicas não transmissíveis, DM - diabetes mellitus, SIH - Sistema de Informação Hospitalar, SIM - Sistema de Informação de Mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021 (versão preliminar). [Internet]. 2021 [citado 11 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>
2. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. janeiro de 2021;44(Supplement 1):S73-84.
3. Knowledge Translation Unit. PACK Brasil Adulto: versão nacional. Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. 2020.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019. 489 p.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Portaria-Conjunta-PCDT-Diabetes-Melito-1.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria SCTIE/MS no 54, de 11 de novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2. [Internet]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20201113_PCDT_Diabetes_Melito_Tipo_2_29_10_2020_Final.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. 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 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 217 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 6 de 28 de setembro de 2017. set 28, 2017.
13. 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.

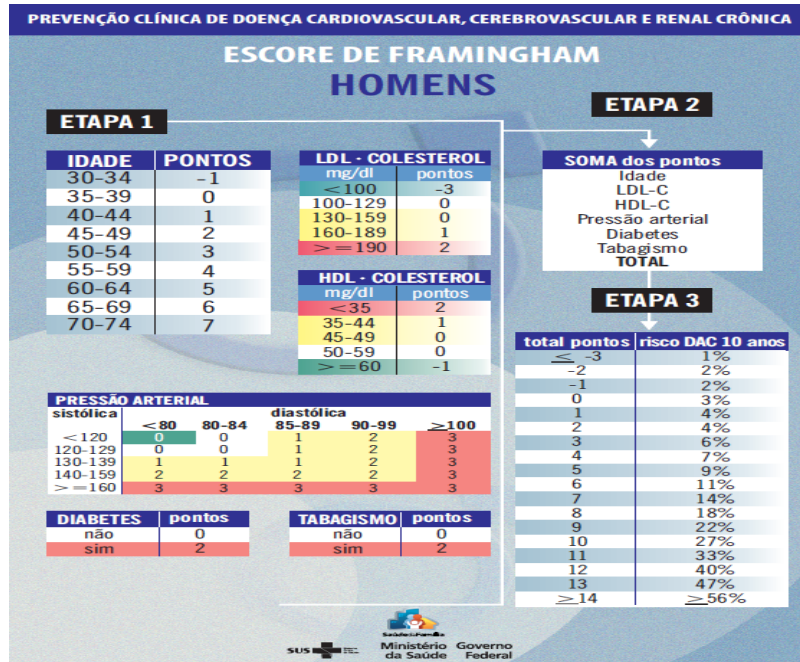
Elaboração

Ana Paula dos Santos Rodrigues - Nutricionista - Técnica na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO
 Andréia de Souza Franco Sardinha - Enfermeira - Técnica na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO
 Isabela Ghetti Macedo Isaac - Médica - Técnica na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO
 Jackeline Lemes Borges - Enfermeira - Técnica na Coordenação de Integração do Cuidado - SAIS/SES-GO
 Leilinéia Pereira Ramos de Rezende - Enfermeira - Técnica na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO
 Magna Maria de Carvalho - Enfermeira - Gerente na Gerência Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde - SUVISA/SES-GO
 Marlice Silva Marques - Nutricionista - Técnica na Coordenação de Vigilância em Saúde - Regional de Saúde Central/SES-GO
 Nara de Oliveira Mansur - Médica de Família e Comunidade - Referência Técnica Estadual em Medicina de Família e Comunidade SES-GO
 Paula dos Santos Pereira - Psicóloga - Coordenadora na Coordenação Geral das Redes de Atenção - SAIS/SES-GO
 Selma Alves Tavares de Oliveira - Educadora - Coordenadora na Coordenação de Doenças Não Transmissíveis - SUVISA/SES-GO
 Ticiane Peixoto Nakae da Silva - Enfermeira - Gerente na Gerência de Atenção Primária - SAIS/SES-GO

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA
 Superintendente de Atenção Integral à Saúde

FLÚVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA
 Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA)

ANEXO 1



ANEXO 2



Goiânia, 27 de outubro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por FLUVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA, Superintendente, em 10/11/2021, às 16:58, 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 SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA, Superintendente, em 12/11/2021, às 15:28, 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 informando o código verificador 000025054723 e o código CRC 89E0EB79.

