

PORTARIA N^o

Estabelece as diretrizes para organização do cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do Artigo n^o 87 da Constituição, e

Considerando a Constituição Federal em seus Artigos n^o 196 a 200, as Leis Orgânicas da Saúde n^o 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n^o 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Lei n^o 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 2.528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

Considerando a Portaria nº 2.583/GM/MS., de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus;

Considerando a Portaria nº 4.217/GM/MS., de 28 de dezembro de 2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS., de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS., de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS., de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS., de 15 de maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 09 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal e capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção de doenças crônicas e qualificação do cuidado aos usuários com diabetes mellitus, no âmbito da Atenção Básica;

Considerando a prevalência de 5,6% de Diabetes Mellitus em adultos brasileiros com mais de 18 anos, sendo que, na faixa etária de 65 anos de idade ou mais, alcança 21,6%, de acordo com os dados de 2011 do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel; e

Considerando o Diabetes Mellitus como uma doença crônica que representa uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e que suas complicações têm considerável impacto na qualidade de vida da população e nos custos diretos do SUS, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para organização do cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 como linha prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A finalidade desta Linha de Cuidado é fortalecer e qualificar a atenção ao usuário com Diabetes Mellitus, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

Art. 3º Constituem-se diretrizes para a organização da Linha de Cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus (DM):

I. Organização no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, de acordo com pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF);

II. Organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento, segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III. Implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

IV. Garantia do acolhimento dos usuários com DM em todos os pontos de atenção, com posterior referenciamento para a atenção básica, a fim de que esta coordene o cuidado necessário;

V. Investigação e monitoramento dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do DM tipo 2;

VI. Articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;

VII. Garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para prevenção e tratamento das pessoas com DM;

VIII. Garantia de avaliação periódica das principais complicações e lesões de órgão alvo;

IX. Estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de maneira a garantir a autonomia do usuário e a corresponsabilização dos atores envolvidos;

X. Formação dos profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e para o tratamento das pessoas com DM, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS;

XI. Definição de indicadores e metas, de acompanhamento e avaliação, para a linha de cuidado e para os pontos de atenção.

Art. 4º Para planejar o cuidado dos indivíduos com DM, todos os componentes da Rede deverão considerar o risco cardiovascular como critério de avaliação e estratificação e as diretrizes das demais linhas de cuidado das comorbidades associadas ao DM.

Art. 5º Ficam definidas as competências gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS e dos demais componentes da Rede para prevenção e tratamento da pessoa com DM, nos seguintes termos:

I. Atenção Básica:

a. Realizar o rastreamento de DM tipo 2 na população alvo, conforme Anexo I desta portaria;

b. Realizar o diagnóstico de DM, de acordo com critérios definidos no Anexo I desta portaria;

c. Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de DM, de forma intersetorial e com participação popular;

d. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários com DM, de acordo com diretrizes clínicas estabelecidas localmente;

e. Realizar avaliação clínica inicial e solicitar a realização dos exames mínimos descritos no Anexo I dessa portaria, ou de exames definidos em diretrizes clínicas locais;

f. Programar a realização de consultas e de exames de acordo com a avaliação do controle metabólico definida no Anexo I desta portaria, ou de acordo com diretrizes clínicas locais;

g. Disponibilizar o elenco mínimo de insumos necessários ao monitoramento da glicemia capilar dos usuários com DM;

h. Disponibilizar os medicamentos para o tratamento da DM de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME);

i. Prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as complicações decorrentes do DM;

j. Avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado do indivíduo com DM;

k. Realizar atividades educativas e apoiar o auto cuidado, ampliando a autonomia do usuário;

l. Encaminhar os usuários com DM aos serviços de atenção especializada quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na atenção básica, considerando a avaliação do controle metabólico, as complicações e o acometimento de órgãos alvo e / ou de acordo com diretrizes clínicas e pactuação locais;

m. Acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, sempre que necessário e disponível localmente, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda aos demais componentes da Rede;

n. Realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e realizar encaminhamento/ transferência dos indivíduos com DM a outros pontos de atenção para outro nível de atenção, caso haja necessidade;

o. Coordenar o cuidado dos usuários com DM, mesmo quando são referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde.

II. Atenção Especializada Ambulatorial:

a. Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos núcleos do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

b. Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta complexidade, de forma multiprofissional, aos indivíduos com diagnóstico de DM, que se enquadram nos critérios de encaminhamento para esse nível de atenção, de acordo com diretrizes clínicas locais;

c. Orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ou ao acompanhamento neste nível de atenção, se necessário;

d. Realizar a contrarreferência por escrito para a Atenção Básica, sempre que indicado, de acordo com as diretrizes clínicas locais;

e. Diagnosticar os casos de complicações decorrentes do DM, com ou sem indicação de procedimento cirúrgico, cujo tratamento dependa de recursos não disponíveis nesse nível de atenção, e encaminhar a demanda para o componente da Rede que apresentar capacidade resolutiva;

f. Realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e realizar encaminhamento/ transferência dos indivíduos com DM a outros pontos de atenção para outro nível de atenção, caso haja necessidade;

g. Manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção.

III. Atenção Especializada Hospitalar:

a. Prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de indivíduos com DM, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme diretrizes clínicas locais;

b. Orientar o retorno dos usuários à assistência na atenção básica e/ ou na atenção especializada ambulatorial, de acordo com diretrizes clínicas estabelecidas localmente;

c. Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;

d. Realizar avaliação e tratamento dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Básica para procedimento cirúrgico para tratamento das complicações do DM;

e. Manter contato sistemático com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção.

IV. Atenção às Urgências e Emergências:

a. Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/ encaminhamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

b. Manter comunicação com os demais pontos de atenção à saúde.

V. Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico:

a. Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas com DM, com solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas localmente;

b. Prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico do DM, de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas localmente.

VI. Sistemas logísticos:

a. Implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

b. Garantir sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado entre os pontos de atenção dos usuários com DM, tanto na urgência quanto nas ações eletivas.

VII. Regulação:

a. Garantir o acesso às ações e serviços de saúde de média e de alta complexidade, necessários ao cuidado integral dos usuários com DM, por meio das Centrais de Regulação ou de acordo com a pactuação local.

Art. 6º Caberá às Comissões Intergestores pactuar as responsabilidades dos entes federativos na Linha de Cuidado das pessoas com DM, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias.

Art. 7º Os Colegiados Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) deverão pactuar a linha de cuidado regional incluindo: a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção para prevenção e tratamento das pessoas com DM, bem como a regulação do acesso às ações e serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, a partir do estabelecido nesta portaria, da estratificação de risco da população adstrita e das diretrizes clínicas estabelecidas localmente.

Art. 8º O Ministério da Saúde deverá publicar documentos de apoio para a organização local de linhas de cuidado e para a elaboração de diretrizes clínicas regionais.

Art. 9º Os Municípios que pactuarem esta Linha de Cuidado deverão elaborar projeto de plano de ação regional, conforme roteiro disposto no Anexo II desta Portaria.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DIRETRIZES CLÍNICAS

1. Rastreamento de Diabetes Mellitus tipo 2:

O rastreamento de DM tipo 2 deve ser realizado em todos os adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135 x 80 mmHg, por meio do exame de glicemia de jejum de 8 horas.

2. Critérios para diagnóstico de Diabetes Mellitus:

I. Avaliação clínica - sintomas:

a. População em geral: poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada;

b. Lactente: dispnéia, vômitos, febre e quadros infecciosos em geral;

c. Criança maior de 3 anos: anorexia, enurese noturna secundária e monilíase.

II. Exames laboratoriais:

a. Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, confirmada em mais uma ocasião, salvo na presença de manifestações clínicas inequívocas ou;

b. Glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL, dosada a qualquer hora do dia, na presença de manifestações clínicas compatíveis ou;

c. Glicemia ≥ 200 mg/dL pós-sobrecarga de 75 g de glicose oral ou;

d. Hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$.

3. Elenco de exames necessários para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM, a periodicidade destes exames dependerão do acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes:

a. Colesterol total e HDL,

b. Triglicerídeos;

c. Creatinina sérica;

d. Urina Tipo I e, se necessário, Microalbuminúria

e. Glicemia;

f. Hemoglobina glicada;

g. Retinografia;

h. Exames para avaliação cardiológica, conforme necessidade individual (ex.: ECG, Ecocardiograma).

4. Critérios para avaliação do controle metabólico e programação de consultas

Controle metabólico	Critério
Bom	Hemoglobina glicada < 7%
Regular	Hemoglobina glicada $\geq 7\%$ e $\leq 9\%$
Ruim	Hemoglobina glicada > 9%

Controle Metabólico	Profissional de saúde			
	Consulta com Médico	Consulta com Enfermeiro	Atendimento do Auxiliar de Enfermagem	Consulta com Cirurgião-dentista
Bom	1x/ano	1x/ano	1x/ano	1x/ano
Regular	2x/ano	2x/ano	4x/ano	1x/ano
Ruim	3x/ano	3x/ano	6x/ano	1x/ano

A programação do cuidado (ex.: frequência de consultas e exames) não deve ser rígida e se limitar ao critério de controle metabólico. Deve considerar também os princípios da Atenção Básica, descritos na Política Nacional de Atenção Básica, e as necessidades individuais de cada pessoa.

ANEXO II

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

A operacionalização da implantação da Linha de Cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus se dará pela execução de quatro fases:

I. Diagnóstico regional: análise da situação de saúde das pessoas com DM nos Municípios; mapeamento e avaliação da estrutura física e operacional dos serviços de saúde ofertados pelos Municípios, com dimensionamento da oferta assistencial dos componentes da Rede e identificação das necessidades. O relatório deverá ser apresentado à Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/ DF e à Comissão Intergestores Regional - CIR;

II. Desenho Regional da Linha de Cuidado das pessoas com DM: construção local das ações de atenção à saúde para cada componente da Linha de Cuidado, com identificação das lacunas assistenciais, do aporte de recursos necessários e das responsabilidades dos Municípios e dos componentes da Linha de Cuidado;

III. Contratualização dos componentes da Rede pelos entes federados: elaboração de Plano de Ação Regional e pactuação entre os entes federados, observando a definição de suas responsabilidades e o Desenho Regional da Linha de Cuidado das pessoas com DM, com posterior aprovação pela CIB;

IV. Qualificação dos componentes da Rede: avaliação do cumprimento de metas especificadas no Plano de Ação Regional, que deverão ser definidas para cada componente da Rede.

O projeto de Plano de Ação Regional deve, obrigatoriamente, apresentar as seguintes informações:

1. Dados do Município-sede da Linha de Cuidado:

CNPJ da Prefeitura;

Código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -

IBGE;

Contato da Prefeitura (email e telefone);

Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saú-

de);

Cargo ou função;

Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da Linha de Cuidado das pessoas com DM:

2.1 Municípios que vão compor a Linha de Cuidado (listar);

2.2 Componentes da Rede que vão compor a Linha e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

Nº de Unidades Básicas de Saúde - UBS adstritas à Linha de Cuidado;

Nº do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES e população do território da UBS(s), destacando quais têm equipes de Atenção Básica que fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

Nº de Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o CNES;

Nº de Academias da Saúde com o CNES;

Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

B) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta Linha de Cuidado):

Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ambulatorio/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);

Profissionais destes serviços que vão se dedicar à Linha de Cuidado: categoria profissional, número e carga horária;

Especificar se realiza procedimento cirúrgico;

Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;

Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (Informação obrigatória).

2.3 Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (especificar apenas os serviços que serão envolvidos):

Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;

Exames de imagem disponíveis para cada ponto de atenção;

Medicamentos disponíveis.

2.4 Regulação:

Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver Central de Regulação, indicar o CNES.

3. Metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação da Linha de Cuidado: os Municípios deverão identificar, para cada componente da Rede, indicadores para avaliação do cuidado do usuário com DM. Para cada indicador, deverão ser estabelecidas metas que serão pactuadas regionalmente;

3.1. Prevalência de DM no município: Usuários com DM cadastrados/ População adulta (> 18 anos) no município x 100

As metas para este indicador devem ser pactuadas a partir das prevalências de inquéritos nacionais atualizados.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (numerador) e IBGE (denominador)

3.2. Prevalência de DM na equipe: Usuários com DM cadastrados/ População adulta (≥ 18 anos) cadastrada x 100

As metas para este indicador devem ser pactuadas a partir das prevalências de inquéritos atualizados.

Fonte: SIAB

3.3. Proporção de usuários com DM em acompanhamento ambulatorial: Usuários com DM, com, pelo menos, uma consulta médica e uma de enfermagem em um ano/ Usuários com DM cadastrados em determinado local x 100

Fonte: Mapa de atendimento - sistema em desenvolvimento (numerador) e SIAB (denominador)

3.4. Proporção de usuários com DM com Hemoglobina glicada (Hb glicada) avaliada: Usuários com DM com Hb glicada avaliada em determinado período/ Usuários com DM cadastrados x 100
O parâmetro que se considera ideal para este indicador é o resultado de 100%.

Fonte: Mapa de atendimento da Atenção Básica (sistema em desenvolvimento)

3.5. Proporção de usuários com DM com avaliação do pé diabético: Usuários com DM com avaliação do pé diabético em determinado período/ Usuários com DM cadastrados x 100

Fonte: Mapa de procedimento da Atenção Básica - sistema em desenvolvimento (numerador) e SIAB (denominador)

3.6. Proporção de usuários com DM com retinografia avaliada: Usuários com DM com retinografia avaliada em determinado período/ Usuários com DM cadastrados x 100

Fonte: Mapa de atendimento da Atenção Básica - sistema em desenvolvimento (numerador) e SIAB (denominador)

3.7. Número médio de consultas para usuários com DM: Total de consultas médica e de enfermagem para usuários com DM, segundo controle metabólico, em determinado período/ Número de usuários com DM em acompanhamento ambulatorial, segundo controle metabólico

Observação: O indicador 3.7 poderá ser calculado utilizando o controle metabólico (bom, regular ou ruim) como critério de programação da frequência de realização de consultas ou outro critério definido em diretrizes clínicas locais.

Fonte: Prontuário eletrônico (sistema em desenvolvimento)

3.8. Proporção de usuários com DM participantes de atividade coletiva ou atendimento em grupo: Usuários com DM que participaram de atividade coletiva ou atendimento em grupo em determinado período/ Usuários com DM cadastrados x 100

Fonte: Mapa de atividade coletiva - sistema em desenvolvimento (numerador) e SIAB (denominador)

3.9. Taxa de internações por DM na população adulta: Número de internações por DM na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/ População com idade entre 18 e 59 anos e mais, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIH - procedimento: 03.03.03.003-8 (numerador) e IBGE (denominador)

3.10. Tempo médio de internação por DM: Número de dias de internação por DM / Total de internações por DM

Fonte de dados: SIH

3.11. Taxa de amputação por DM: Número de amputações por DM na população de 18 anos e mais, em determinado local e período/ População com 18 anos e mais, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIH (numerador) e IBGE (denominador)

3.12. Taxa de mortalidade por DM e suas complicações na população adulta: Número de óbitos por DM e suas complicações na população com idade entre 18 e 59 anos, em determinado local e período/ População com idade entre 18 e 59 anos e mais, no mesmo local e período x 1.000

Fonte de dados: SIM (numerador) e IBGE (denominador)

4. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta Linha de Cuidado (ex.: site);

5. Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta Linha de Cuidado;

6. Dados do contato:

Nome;

CPF;

Cargo ou função;

Email do contato;

Telefone do contato.

Anexar Ata de reunião da CIB em que o Plano de Ação Regional da Linha de Cuidado das pessoas com DM foi pactuado.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2012. Diabetes Care. 2012; 35 (Suppl 1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária nº 29 - Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 16 - Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Redes Assistenciais. Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes. Programa Hiperdia Minas. Estratificação de Risco. Data de acesso: 10 set 2012. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-mineiro-1/Estratificacao%20de%20risco.pdf