



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Gerência de Serviços Ambulatoriais

Nota Técnica N.º 8/2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB

Brasília-DF, 18 de agosto de 2021.

NOTA TÉCNICA REGULAÇÃO DO ACESSO - ENDOCRINOLOGIA

1. ASSUNTO

Esta Nota Técnica trata dos critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Endocrinologia no Adulto na Atenção Secundária.

2. OBJETIVO

Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da atenção primária para o atendimento na Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) na especialidade de Endocrinologia no Adulto na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando que o SUS deve ser organizado em Redes de Atenção à Saúde, em que a Atenção Primária à Saúde é ordenadora do sistema, mas eventualmente depende das diferentes densidades tecnológicas que os outros níveis de atenção à saúde oferecem; considerando que as RAS devem garantir a integralidade do cuidado, a universalidade e a equidade no acesso e tendo em vista a necessidade de regulação do acesso dos serviços da AASE, torna-se essencial o estabelecimento do fluxo de encaminhamento que esta Nota propõe.

4. CONTEÚDO

Seguem abaixo os motivos de encaminhamento ambulatorial e os critérios de estratificação. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. Outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nesta Nota Técnica. Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.

4.1. Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Diabetes tipo 1/LADA (diabetes autoimune latente do adulto) em uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos AMARELO CID E 10.0 a E 10.9
- Diabetes tipo 2 em insulinização plena e Hemoglobina glicada > 7,0% se < 65 anos e > 8% se > 65 anos VERDE CID E 14.9
- Diabetes tipo 2 em insulinização basal, com Hemoglobina glicada > 9,0% associado ao Pé diabético (de acordo com protocolo) ou Síndrome arterial aguda (p.e. IAM, AVC), Retinopatia proliferativa,

Neuropatia periférica de difícil controle VERDE CID E 14.9

- Diabetes com doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml /min/1,73m² (estágio 4 e 5), ver Quadro 1) AMARELO CID E 10.2, E 11.2, E 14.2
- Diabetes estabelecido antes da gestação ou com duas glicemias de jejum ≥ 126 mg/dl detectadas na gravidez AMARELO CID E 10.0 a E 11.9, E 14.9, O 24.9
- Diabetes gestacional (glicemia de jejum ≥ 92 e < 126 mg/dl confirmado em duas dosagens ou por TOTG 75g de glicose anidra entre 24 e 28 semanas) e ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas por 02 semanas (glicemias elevadas acima de 20% de todas as verificações no período – média de 6 glicemias capilares por dia com metas: jejum < 95, uma hora após refeição <140 e duas horas após refeição <120 mg/dl) ou quando observada a circunferência abdominal fetal ≥ percentil 75 em ecografia realizada entre a 29^ª e 33^ª semana de gestação

Observação: as condições elencadas acima indicam a necessidade de encaminhamento também para o PNDAR (pré-natal de alto risco). AMARELO CID O 24.9

- Diabetes tipo 2 e indicação de avaliação para cirurgia metabólica: em tratamento por no mínimo 2 anos, com menos de 10 anos de duração, idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos, IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²; comprovada refratariedade ao tratamento realizado por no mínimo dois anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, além do tratamento clínico com medicamentos antihiperlipemiantes e inexistência de contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto. VERDE CID E 14.9
- Diabetes tipo 2 tratado após cirurgia metabólica.

Observação: no período do pós-operatório imediato até 18 meses após a cirurgia, o seguimento é da responsabilidade da equipe que realizou a cirurgia, composta por cirurgião bariátrico, endocrinologista, psicólogo e nutricionista, independentemente do local da realização da cirurgia VERDE CID E 14.9

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Resultado de exame de hemoglobina glicada, com data
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data
- Diabetes e gravidez: resultados de GJ, TOTG e/ou ecografia gestacional
- Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia
- Outras medicações em uso, com dose e posologia
- Peso do paciente em quilogramas (kg)
- Se indicação para cirurgia metabólica: comprovação de avaliação da Psicologia e Nutrição da Atenção Primária para IMC ≥ 30 Kg/m² ≤ 34,9 kg/m² e declaração de interesse do paciente em ser submetido ao tratamento com cirurgia metabólica
- Se pós cirurgia metabólica: Relatório médico (data, local e tipo da cirurgia) e medicações em uso

Quadro 1 - Estágios da Doença Renal Crônica

Estágio de Função Renal	Taxa de Filtração Glomerular (mL/min/1,73m ²)
1	> 90 com proteinúria
2	60 a 89 com proteinúria
3a	45 a 59

3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

Fonte: DUNCAN (2013).

4.2 Nódulo de Tireoide

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) VERDE CID E 05.1
- Nódulo com indicação de punção aspirativa com agulha fina - PAAF (ver quadro 2) VERDE CID E 04.1
- Pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo, ou laudo de PAAF compatível com neoplasia VERDE CID E 04.9
- Gestantes com diagnóstico prévio de doença neoplásica da tireoide AMARELO CID C 73
- Multinodular com sintomas compressivos ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio (ver Quadro 3 no anexo) VERDE CID E 04.9

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame TSH, com data
- Resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e característica do(s) nódulo(s) e volume do bócio, com data
- Paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (ver Quadro 3)

Quadro 2 - Nódulo de tireoide com indicação de PAAF

Nódulo sólido: hipoecoico ≥ 1 cm; ou isoecoico ou hiperecoico $\geq 1,5$ cm; ou
Nódulo sólido-cístico: $\geq 1,5$ cm e uma das seguintes características: hipoecoico, microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou $\geq 2,0$ cm independente de suas características; ou
Nódulo esponjiforme ≥ 2 cm; ou
Nódulo < 1 cm em paciente de alto risco de malignidade (1) ; ou
Nódulo < 1 cm com características ecográficas (2) suspeitas e com linfonodo cervical aumentado (3).
(1) Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na

infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar. (2) São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia. (3) Nos casos de linfonomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo. Esse encaminhamento deve ser realizado para o serviço de endocrinologia para definir sequência de investigação apropriada.

Fonte: HAUGEN (2015).

Quadro 3 - Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio ou nódulo

Ortopneia (piora da compressão traqueal ao decúbito dorsal)
Disfagia alta
Rouquidão
Sinais de compressão na radiografia cervical/torácica
Bócio com crescimento rápido
Linfonodos cervicais palpáveis, endurecidos e aderidos.

Fonte: Telessaúde RS/UFRGS (2018).

4.3 Hipertireoidismo

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento:

- Todos os pacientes com diagnóstico prévio estabelecido ou forte suspeita clínica, gestantes ou não AMARELO CID E 05.0 a E 05.9

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame TSH, com data
- Resultado de exame T4 livre, com data
- Descrever as medicações em uso, com dose e posologia

4.4 Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre diminuído) AZUL CID E 03.9
- Paciente com hipotireoidismo na gravidez com TSH $\geq 2,5$ em tratamento com doses adequadas de levotiroxina, ou a qualquer momento se TSH ≥ 10 mUI/L AMARELO CID E 03.9
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4 VERDE CID E 03.9

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame TSH, com data
- Resultado de exame T4 livre, com data
- Uso de levotiroxina (sim ou não), com dose
- Outras medicações em uso, com posologia e dose
- Peso do paciente em quilogramas (kg)

4.5 Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Obesidade grau II com comorbidades: IMC ≥ 35 a $39,9 \text{ Kg/m}^2$ e DM2, HAS, doença osteoarticular degenerativa, doença cardiovascular (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, oclusão arterial aguda, trombose venosa profunda) que configuram alto risco cardiovascular, câncer e apneia do sono diagnosticado por polissonografia AMARELO CID E 66.9
- Obesidade grau III: IMC $\geq 40 \text{ Kg/m}^2$ AMARELO CID E 66.9
- Obesidade tratada após cirurgia bariátrica (independente do IMC alcançado após dezoito meses da realização da cirurgia) VERDE CID E 66.9

Observação: No período do pós-operatório imediato até 18 meses após a cirurgia, o seguimento é da responsabilidade da equipe que realizou a cirurgia, composta por cirurgião bariátrico, psicólogo e nutricionista, independentemente do local da realização da cirurgia (público ou privado). Após os 18 meses o endocrinologista da Região de domicílio do usuário será o responsável pelo acompanhamento clínico daqueles com deficiências nutricionais não controladas.

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária por etiologia endocrinológica (ex.: hipotireoidismo, acromegalia e Síndrome de Cushing) AMARELO CID E 66.8

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Identificar IMC
- Descrição das medidas de tratamento instituídas na APS
- Relatório médico e da nutrição, resultados de exames para comprovação das comorbidades
- Pós bariátrica: relatório médico (data, local e tipo da cirurgia), relatório das medicações em uso para suplementação de vitaminas/proteína.

4.6 Doenças osteometabólicas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Hiperparatireoidismo AMARELO CID E 20
- Hipoparatireoidismo AMARELO CID E 21
- Osteoporose secundária (ver quadro 4) AMARELO CID M81
- Osteoporose refratária ao tratamento VERDE CID M81

Observação: todos os casos nos quais persiste uma diminuição significativa da massa óssea (acima da variação minimamente significativa desde que com aparelho comparável e com técnica adequada no exame de densidade mineral óssea - DMO), apesar da terapêutica bem instituída

- Osteoporose primária masculina VERDE CID M81

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Relatório médico das manifestações clínicas e do tratamento em uso ou já realizado para osteoporose (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com tipo e duração) e comorbidades associadas
- Resultado de exame de imagem DMO, com data
- Resultado do exame de imagem que comprove os casos de fratura, com data
- Resultado de exames (Proteínas total e frações, Albumina plasmática, Cálcio, Fósforo, TSH, Fosfatase alcalina, PTH, 25 OH Vitamina D, Calciúria de 24 horas) com data

Quadro 4 - Agravos associados à osteoporose secundária

Endócrinas	Hipogonadismo, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, hipercortisolismo, hiperprolactinemia.
Gastrointestinais	Doenças inflamatórias intestinais, doença celíaca, cirrose biliar primária, cirurgias de bypass gástrico, gastrectomias.
Doenças crônicas	Artrite reumatoide, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistêmico, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidose tubular renal, hipercalcúria idiopática, mieloma múltiplo, doença metastática, mastocitose sistêmica, desordens hereditárias do tecido conjuntivo, osteogênese imperfeita, síndrome de imunodeficiência adquirida.
Desordens nutricionais	Deficiência ou insuficiência de vitamina D, deficiência de cálcio, ingestão excessiva de álcool, anorexia nervosa, nutrição parenteral.
Outras	Transplante de órgãos.

4.7 Doenças da Hipófise

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Adenomas, hipofunção ou hiperfunção com ou sem sinais clínicos de pan-hipopituitarismo relativos à deficiência ou excesso dos seguintes hormônios: GH, ACTH, TSH, LH e FSH AMARELO CID E 22, E 23, D 35
- Sinais clínicos de tumor de hipófise: cefaleia, alteração do campo visual, amenorreia, galactorreia, redução da libido, acelerado ganho de peso, estrias violáceas, e de diabetes insípido: poliúria, polidipsia, glicemia sem alteração – AMARELO CID E 22, E 23, D 35
- Achado incidental em imagem de hipófise com tumor > 2cm sem sinais ou sintomas VERDE CID E 23
- Achado incidental em imagem de hipófise com tumor < 2cm sem sinais ou sintomas AZUL CID E 23

Conteúdo descritivo mínimo:

- Resultado de ressonância magnética ou tomografia computadorizada com alteração da sela túrcica
- Resultados anormais de TSH, GH, Prolactina, ACTH, FSH e LH.

4.8 Doenças das Adrenais e Gônadas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Tumor adrenal > 4 cm ou câncer adrenal AMARELO CID C 74, E 27
- Tumor adrenal < 4 cm com sinais clínicos de amenorréia, hirsutismo, acne, alopecia androgenética, síndrome do ovário policístico, aceleração da puberdade, sinais de hipogonadismo; alterações de sódio e potássio, hipertensão arterial refratária VERDE CID C 74, E 27

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Resultado de ultrassom de abdome e pelve
- Ressonância magnética ou tomografia computadorizada com evidências de tumores ovarianos ou de glândulas adrenais < 4 cm
- Resultados anormais de Cortisol, Estradiol, Androstenediona, SDHEA, Testosterona, FSH, LH
- Confirmação por histopatológico e/ ou exames de imagem.

4.9 Transgêneros

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Ser ≥ 18 anos de idade e apresentar identidade de gênero em conflito com o sexo biológico, em busca de intervenções corporais que adequem sua imagem e compreensão de si ao seu padrão de gênero – AZUL CID F 64

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Relatório médico
- Manifestação da intenção pelo paciente > 18 anos para o ambulatório de transgêneros.

4.10 Dislipidemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Apresentar LDL > 190 mg/dL TG > 500 mg/dL AZUL CID E78

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Resultado de exames laboratoriais com data

4.11 Programa de Diabetes e Tecnologias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Análogos de insulina, Sistema de infusão contínua de insulina e Monitorização contínua de glicose VERDE CID E 10, 11 e 14. O 24

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Preenchimento de formulário próprio para inclusão e continuidade pelo médico assistente de acordo com o protocolo clínico

- Necessária autorização da dispensação a cada seis meses pelo médico endocrinologista da SES

Observação: comprovar a participação em reunião de educação presencial ou a distância. Os formulários e orientações são disponibilizadas periodicamente em: www.saude.df.gov.br/diabetes

CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO
Amarelo	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 1/LADA (diabetes autoimune latente do adulto) em uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos. - CID E 10.0 a E 10.9 • Diabetes com doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73m² (estágio 4 e 5), ver Quadro 1). - CID E 10.2, E 11.2, E 14.2 • Diabetes estabelecido antes da gestação ou com duas glicemias de jejum ≥ 126 mg/dl detectadas na gravidez. - CID E 10.0 a E 11.9, E 14.9, O 24.9 • Diabetes gestacional (glicemia de jejum ≥ 92 e < 126 mg/dl confirmado em duas dosagens ou por TOTG 75g de glicose anidra entre 24 e 28 semanas) e ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas por 02 semanas (glicemias elevadas acima de 20% de todas as verificações no período – média de 6 glicemias capilares por dia com metas: jejum < 95, uma hora após refeição <140 e duas horas após refeição <120 mg/dl) ou quando observada a circunferência abdominal fetal ≥ percentil 75 em ecografia realizada entre a 29^ª e 33^ª semana de gestação. As condições elencadas acima indicam a necessidade de encaminhamento também para o PNAR (pré-natal de alto risco). - CID O 24.9 • Gestantes com diagnóstico prévio de doença neoplásica da tireoide - CID C 73 • Todos os pacientes com diagnóstico prévio estabelecido ou forte suspeita clínica, gestantes ou não - CID E 05.0 a E 05.9 • Paciente com hipotireoidismo na gravidez com TSH ≥ 2,5 em tratamento com doses adequadas de levotiroxina, ou a qualquer momento se TSH ≥ 10 mUI/L - CID E 03.9 • Obesidade grau II com comorbidades: IMC ≥ 35 a 39,9 Kg/m² e DM2, HAS, doença osteoarticular degenerativa, doença cardiovascular (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, oclusão arterial aguda, trombose venosa profunda) que configuram alto risco cardiovascular, câncer e apneia do sono diagnosticado por polissonografia - CID E 66.9 • Obesidade grau III: IMC ≥ 40 Kg/m² - CID E 66.9 • Hiperparatireoidismo - CID E 20 • Hipoparatireoidismo - CID E 21 • Osteoporose secundária (ver quadro 4) - CID M81 • Adenomas, hipofunção ou hiperfunção com ou sem sinais clínicos de pan-hipopituitarismo relativos à deficiência ou excesso dos seguintes hormônios: GH, ACTH, TSH, LH e FSH - CID E 22, E 23, D 35 • Sinais clínicos de tumor de hipófise: cefaleia, alteração do campo visual, amenorreia, galactorreia, redução da libido, acelerado ganho de peso, estrias violáceas, e de diabetes insípido: poliúria, polidipsia, glicemia sem alteração - CID E 22, E 23, D 35 • Tumor adrenal > 4 cm ou câncer adrenal - CID C 74, E 27
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 2 em insulinização plena e Hemoglobina glicada > 7,0% se < 65 anos e > 8% se > 65 anos - CID E 14.9

Verde	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 2 em insulinização basal, com Hemoglobina glicada > 9,0% associado ao Pé diabético (de acordo com protocolo) ou Síndrome arterial aguda (p.e. IAM, AVC), Retinopatia proliferativa, Neuropatia periférica de difícil controle. - CID E 14.9 • Diabetes tipo 2 e indicação de avaliação para cirurgia metabólica: em tratamento por no mínimo 2 anos, com menos de 10 anos de duração, idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos, IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²; comprovada refratariedade ao tratamento realizado por no mínimo dois anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, além do tratamento clínico com medicamentos antihiperlipemiantes e inexistência de contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto. - CID E 14.9 • Diabetes tipo 2 tratado após cirurgia metabólica. No período do pós-operatório imediato até 18 meses após a cirurgia, o seguimento é da responsabilidade da equipe que realizou a cirurgia, composta por cirurgião bariátrico, endocrinologista, psicólogo e nutricionista, independentemente do local da realização da cirurgia. - CID E 14.9 • TSH diminuído (suspeita de nódulo quente) - CID E 05.1 • Nódulo com indicação de punção aspirativa com agulha fina - PAAF (ver quadro 2) - CID E 04.1 • Pacientes com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo, ou laudo de PAAF compatível com neoplasia - CID E 04.9 • Multinodular com sintomas compressivos ou suspeita de malignidade atribuíveis ao bócio (ver Quadro 2 no anexo) - CID E 04.9 • Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4 - CID E 03.9 • Obesidade tratada após cirurgia bariátrica (independente do IMC alcançado após dezoito meses da realização da cirurgia) - CID E 66.9 • Osteoporose refratária ao tratamento - CID M81 <p>Achado incidental em imagem de hipófise com tumor > 2cm sem sinais ou sintomas - CID E 23</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumor adrenal < 4 cm com sinais clínicos de amenorréia, hirsutismo, acne, alopecia androgenética, síndrome do ovário policístico, aceleração da puberdade, sinais de hipogonadismo; alterações de sódio e potássio, hipertensão arterial refratária - CID C 74, E 27 • Análogos de insulina, Sistema de infusão contínua de insulina e Monitorização contínua de glicose - CID E 10, 11 e 14. O 24
Azul	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre diminuído) - CID E 03.9 • Achado incidental em imagem de hipófise com tumor < 2cm sem sinais ou sintomas - CID E 23 • Ser ≥ 18 anos de idade e apresentar identidade de gênero em conflito com o sexo biológico, em busca de intervenções corporais que adequem sua imagem e compreensão de si ao seu padrão de gênero - CID F 64 • Apresentar LDL > 190 mg/dL TG > 500 mg/dL - CID E78

5. VIGÊNCIA:

Esta Nota Técnica terá vigência de 02 (dois) anos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Endocrinologia no Adulto, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD da Endocrinologia Clínica na SES/DF.

Os encaminhamentos de exames diagnósticos relacionados à Endocrinologia e outras especialidades serão tratados em nota técnica específica.

A Nota Técnica N.º 8/2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB que trata dos critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Endocrinologia no Adulto na Atenção Secundária entra em vigor revogando a Nota Técnica SEI-GDF n.º 5/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS que trata dos critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Endocrinologia no Adulto.

7. REFERÊNCIAS:

- Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito Telefônico/Vigitel, 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Portaria n° 1.631, de 1° de outubro de 2015- Ministério da Saúde. <http://bvsms.saude.gov.br> › 2015 › prt1631_01_10_2015.
- Mendes, EV. Desafios do SUS. 1ª edição. Brasília-DF: CONASS; 2019
- Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil (FEBRASGO, SBD, OPAS/OMS,MS). FEMINA 2019;47(11):786-96
- 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. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020.

8. ELABORADORES:

ELIZIANE BRANDÃO LEITE - DASIS/COASIS/SAIS/SES - RTD Endocrinologia e Áreas Programáticas Diabetes.

ALEXANDRA RUBIM CAMARA SETE – CEDOH/SRSCE/SAIS/SES – Gerente

9. COLABORADORES:

GESAMB/DASIS/COASIS/SAIS/SES

Gerente

DASIS/COASIS/SAIS/SES

Diretora

COASIS/SAIS/SES

Coordenadora

GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES

Gerente

DESF/COAPS/SAIS/SES

Diretor

COAPS/SAIS/SES

Coordenador

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde/SES

Subsecretário

Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde/SES

Secretária



Documento assinado eletronicamente por **TATIANE CARVALHO LOPES - Matr.0182574-7, Gerente de Serviços Ambulatoriais-Substituto(a)**, em 19/08/2021, às 11:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAQUEL BEVILAQUA MATIAS DA PAZ MEDEIROS SILVA - Matr.0159054-5, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 19/08/2021, às 12:04, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA MARTINS DE SIQUEIRA CHAGAS - Matr.1690168-1, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 19/08/2021, às 16:10, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LAUANDA AMORIM PINTO - Matr.1673572-2, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 20/08/2021, às 12:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA - Matr.1688486-8, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 27/08/2021, às 17:29, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARINA DA SILVEIRA ARAUJO - Matr.0169994-6, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 02/09/2021, às 11:51, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO SARAIVA AGUIAR - Matr.1440055-3, Diretor(a) da Estratégia Saúde da Família**, em 10/09/2021, às 16:35, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=68187494)
verificador= **68187494** código CRC= **A7E975FA**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF