

LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS

Versão 2.0 - 2026



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE



MISSÃO

"Promover saúde e bem-estar para as pessoas."



VISÃO

"Ser uma instituição ágil e inovadora, atenta as necessidades de integralidade e sustentabilidade, referência em gestão de saúde pública no Brasil."

VALORES



Orgulho e Paixão

Transparência

Empatia e Cuidado

Eficiência e Inovação

Sustentabilidade e Governança



PREFEITA

Rejane Gambin

SECRETÁRIA DA SAÚDE

Daniela Aparecida de França Cavalcante

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Jocelita Cardozo Colagrande

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Vanessa Cardoso Pacheco

DIRETORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Aline Gabrielle de Souza Berkembrock

DIRETORIA DE GESTÃO JURÍDICA E ORGANIZACIONAL

Marcianita Lopata da Lima

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Amanda Nunes

DIRETORIA TÉCNICA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE

Sheila Batista de Araújo

DIRETORIA DE VIGILÂNCIAS

Maria Cristina Antunes Willemann

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Bruna Daniela Dumont Ladeira Landmann – Distrito Leste

Grasiela Florencio Medeiros – Distrito Norte

Gislaine Batista de Souza – Distrito Sul

Maristela Mello de Aguiar – Distrito Oeste

GERÊNCIA DE QUALIDADE E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Juliana Antunes Safanelli

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO

Flaviane Andrzejewski

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Franci Maiara Machado

GERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nádia Cristina Brach

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Jaqueline Fornari



GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO MUNICIPAL

Johnattan Curcio

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA QUALIDADE E PROCESSOS

Cibely Schipitoski Borges

ELABORAÇÃO

Natiane Kaiut Schemberger Garcia - Médica

Janine Guimarães - Nutricionista

COLABORAÇÃO

Alexsandra Vitti - Endocrinologista

Gabriéli Alves Brilhante Cardoso - Médica ESF

Greta Barriquel Pompermaier - Endocrinologista

Helbert do Nascimento Lima - Nefrologista

Mariana Selbach Selbach Otero - Endocrinologista

Virginia Vaz dos Reis - Enfermeira ESF

Tanise Balvedi Damas - Endocrinologista

Jhoselin Paula Alves Carone Rachid - Médica

Mayra Helena Kock - Enfermeira

Sarah Spieker Jacinto - Enfermeira

Johnattan Curcio - Farmacêutico

Marcelo dos Santos Teixeira - Médico

REVISÃO/FORMATAÇÃO

Cibely Schipitoski Borges

Fabiana Voss

Juliana Antunes Safanelli

Roberta de Figueredo



ALTERAÇÕES DO DOCUMENTO (VERSÃO 2020 PARA 2026)

Quadro 01. Alterações das versões do documento de 2020 para 2026

ÁREA/TEMA	VERSÃO 2020	VERSÃO 2026
Dados Epidemiológicos	Estimativa de mais de 23.000 pessoas com DM em Joinville.	Mais de 52.000 pessoas com DM2 cadastradas na APS de Joinville nos últimos 5 anos.
Rastreamento (Idade)	Indicado para adultos assintomáticos a partir dos 45 anos.	Antecipado para adultos assintomáticos a partir dos 35 anos.
Avaliação de Risco	Baseada em IMC ($>25 \text{ kg/m}^2$) e fatores de risco clássicos.	Introdução do questionário FINDRISC para estratificação de risco de desenvolver DM2.
Diagnóstico (TTGO)	Foco nos valores de Jejum e 2 horas após sobrecarga.	Inclusão de critérios laboratoriais para a glicemia de 1 hora no TTGO.
Tratamento Farmacológico	Foco em Metformina e progressão para sulfonilureias e insulinas humanas.	Inclusão da Dapagliflozina (iSGLT2) como opção terapêutica no fluxo do DM2.
Acompanhamento na APS	Periodicidade fixa por tipo de diabetes (ex: DM2 médico anual).	Periodicidade de consultas baseada na estratificação de risco (Baixo, Médio, Alto e Muito Alto).
Exames de Rotina	Recomendação de HbA1c a cada 2-3 meses e check-up anual.	HbA1c pelo menos 2x/ano; inclui monitoramento anual de Vitamina B12 para usuários de Metformina.
Encaminhamentos	Encaminhamento especializado via teleconsultoria mencionada.	Teleconsultoria compulsória para as especialidades de Endocrinologia, Nefrologia e Neurologia.
Conceitos Terapêuticos	Foco na redução de complicações e mortalidade.	Introdução dos conceitos de Remissão do DM2 e Desprescrição em idosos.

Elaborado: Núcleo de Gestão da Qualidade e Processos (NGQ), 2026.



LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Níveis e pontos de atenção à saúde e respectivos serviços ofertados.....	16
Quadro 02. Classificação do Diabetes Mellitus.....	19
Quadro 03. Sinais, sintomas e condições clínicas para suspeita de hiperglicemia associada ao Diabetes Mellitus.....	20
Quadro 04. Situações que necessitam de exames complementares para diagnóstico diferencial entre DM1 e DM2.....	21
Quadro 05. Exames complementares para diagnóstico diferencial do DM1.....	22
Quadro 06. Critérios laboratoriais de diagnóstico do Diabetes Mellitus.....	22
Quadro 07. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Diabetes Mellitus.....	24
Quadro 08. Critérios para rastreamento de DM2 em crianças e adolescentes assintomáticos.....	26
Quadro 09. Critérios para rastreamento de DM2 em indivíduos adultos assintomáticos.....	26
Quadro 10. Principais complicações do DM.....	31
Quadro 11. Classificação e manejo da hipoglicemia.....	32
Quadro 12. Sinais e Sintomas frequentes na CAD.....	34
Quadro 13. Classificação da gravidade da CAD.....	34
Quadro 14. Critérios diagnósticos para SHHNC.....	35
Quadro 15. Sinais e sintomas da SHHNC.....	36
Quadro 16. Critérios de encaminhamento do paciente com Diabetes à Nefrologia.....	38
Quadro 17. Critérios de encaminhamento do paciente com Diabetes à Oftalmologia.....	40
Quadro 18. Critérios de encaminhamento do paciente com Diabetes à Neurologia.....	41
Quadro 19. Relação de medicamentos para tratamento da neuropatia periférica diabética.....	42
Quadro 20. Periodicidade recomendada para avaliação dos pés da pessoa com DM, segundo a classificação de risco da DPRDM.....	44
Quadro 21. Critérios de encaminhamento do paciente com pé diabético à Cirurgia Vascular.....	45
Quadro 22. Relação dos medicamentos padronizados para o tratamento do DM no SUS, conforme componente da Assistência Farmacêutica.....	51
Quadro 23. Estratégias de tratamento farmacológico do DM por tipo de diabetes (DM1, Pré-Diabetes e DM2).....	52
Quadro 24. Considerações para escolha da terapia medicamentosa em idosos com DM.....	54
Quadro 25. Estratificação do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus.....	61
Quadro 26. Periodicidade indicada para consultas na APS, com base na estratificação de risco.....	62
Quadro 27. Exames e periodicidade recomendada para pessoas com DM2.....	63
Quadro 28. Metas individualizadas em situações específicas.....	64
Quadro 29. Indicadores de Monitoramento do Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus.....	65



LISTA DE FIGURAS

Fluxograma 01. Fluxograma decisório para diagnóstico diferencial de diversos tipos de diabetes.....	23
Fluxograma 02. Fluxograma de rastreamento de Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos assintomáticos não gestantes.....	28
Fluxograma 03. Fluxograma de avaliação pelo enfermeiro de pacientes com sintomas de DM2.....	29
Fluxograma 04. Fluxograma de acolhimento do enfermeiro ao paciente com suspeita de DM na atenção primária.....	30
Fluxograma 05. Fluxograma de tratamento medicamentoso do DM2.....	56
Fluxograma 06. Fluxograma para início da insulina no usuário com DM2.....	57
Figura 01. Metas glicêmicas de acordo com a classe funcional/fragilidade da Pessoa Idosa.....	50
Gráfico 01. Óbitos segundo causa determinante, Joinville, 2019-2024.....	14
Gráfico 02. Óbitos precoces pelos 4 grupos DCNT, Joinville, 2015-2024.....	15



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada
ADA: American Diabetes Association
AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMGC: Automonitorização da Glicemia Capilar
APS: Atenção Primária à Saúde
BRA: Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina
CAD: Cetoacidose Diabética
CBAF: Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CISNORDESTE: Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
DAP: Doença Arterial Periférica
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM: Diabetes Mellitus
DM1: Diabetes Mellitus tipo 1
DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
DMG: Diabetes Gestacional
DPRDM: Doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus
DRC: Doença Renal Crônica
ECG: Eletrocardiograma
EHH: Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar
eMulti: Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária
eSB: Equipes de Saúde Bucal
eSF: Equipe de Saúde da Família
GJ: Glicemia Plasmática de Jejum
GBD: Global Burden Disease
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c: Hemoglobina Glicada
HIJAF: Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HMSJ: Hospital Municipal São José
HRHDS: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
IAM: Infarto agudo do miocárdio
IECA: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC: Índice de massa corporal
MDV: Maternidade Darcy Vargas
NGQ: Núcleo de Gestão da Qualidade e Processos
NPD: Neuropatia Diabética
NPDD: Neuropatia Periférica Diabética Dolorosa
NPH: Insulina Isófana
OMS: Organização Mundial de Saúde
PA: Pressão Arterial
PA: Pronto Atendimento
pH: Potencial Hidrogeniônico
PICS: Práticas Integrativas e Complementares
POP: Procedimento Operacional Padrão



PSP: Perda de Sensibilidade Protetora dos Pés
PTS: Projeto Terapêutico Singular
RAC: Razão Albumina Creatinina
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RD: Retinopatia Diabética
REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes
SER: Serviço Especializado em Reabilitação
SGLT2: Cotransportador Sódio-Glicose tipo 2
SHHNC: Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar Não Cetótica
SIG-SaúdeTech: Sistema Integrado de Gestão
SNP: Sistema Nervoso Periférico
SOP: Síndrome do ovário policístico
TFGe: Taxa de Filtração Glomerular Estimada
TTGO: Teste de Tolerância à Glicose por Via Oral
UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família
UPA: Unidade Pronto Atendimento
UTI: Unidade de Tratamento Intensivo
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	13
2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
2.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA ESPECIALIZADA.....	18
2.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
2.4 ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE/REDE HOSPITALAR.....	18
3. DIABETES MELLITUS.....	19
3.1 DEFINIÇÃO.....	19
3.2 CLASSIFICAÇÃO.....	19
3.3 DIAGNÓSTICO.....	20
3.4 FATORES DE RISCO.....	24
3.5 RASTREAMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	25
3.5.1 Crianças e Adolescentes.....	25
3.5.2 Adultos.....	26
3.6 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.....	30
4. COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS.....	31
4.1 COMPLICAÇÕES AGUDAS.....	31
4.1.1 Hipoglicemia.....	31
4.1.2 Cetoacidose Diabética (CAD).....	33
4.1.3 Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar Não Cetótica (SHHNC).....	35
4.1.4 Encaminhamento das Emergências Glicêmicas.....	36
4.2 COMPLICAÇÕES CRÔNICAS.....	37
4.2.1 Doença Renal Diabética.....	37
4.2.1.1 Definição.....	37
4.2.1.2 Rastreamento e Diagnóstico.....	38
4.2.1.3 Encaminhamento para Nefrologia.....	38
4.2.1.4 Tratamento.....	39
4.2.2 Retinopatia Diabética (RD).....	39
4.2.2.1 Definição.....	39
4.2.2.2 Rastreamento e Diagnóstico.....	39
4.2.2.3 Encaminhamento para Oftalmologia.....	40
4.2.2.4 Tratamento.....	40
4.2.3 Neuropatia Diabética (NPD).....	40
4.2.3.1 Definição.....	40
4.2.3.2 Rastreamento e Diagnóstico.....	41
4.2.3.3 Encaminhamento para Neurologia.....	41
4.2.3.4 Tratamento.....	42
4.2.4 Doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus (DPRDM).....	43
4.2.4.1 Definição.....	43
4.2.4.2 Avaliação e exame dos pés.....	43



4.2.4.3 Encaminhamento para Cirurgia Vascular.....	44
4.2.5 Doenças Cardiovasculares.....	45
4.2.5.1 Definição.....	45
4.2.6 Estratificação do Risco Cardiovascular.....	46
4.2.7 Doença Periodontal.....	46
5. TRATAMENTO.....	47
5.1 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	48
5.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	49
5.2.1 Contraindicações.....	54
6. ACOMPANHAMENTO, PLANO DE CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO USUÁRIO COM DM.....	57
6.1 MODALIDADES DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO AO DIABETES.....	58
6.2 ESTRATIFICAÇÃO DO CUIDADO.....	60
6.3 PERIODICIDADE DE CONSULTAS E ACOMPANHAMENTO.....	62
6.4 AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR (AMGC).....	62
6.5 EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA DM2.....	62
6.6 METAS.....	64
7. REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	64
8. INDICADORES DE MONITORAMENTO.....	65
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS.....	84
Anexo A. Questionário Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) para avaliação de risco de DM2.....	84



APRESENTAÇÃO

Este documento constitui a versão revisada da Linha de Cuidado de Diabetes Mellitus no município. A atualização foi realizada por um grupo de trabalho composto por representantes da Atenção Primária à Saúde (APS), Serviços Especializados, Vigilância em Saúde, Planejamento Estratégico e outras áreas correlatas.

A revisão desta Linha de Cuidado foi pautada nas diretrizes recentes da [Sociedade Brasileira de Diabetes \(SBD\)](#) e da American Diabetes Association (ADA) que mudam o foco do controle exclusivo de açúcar no sangue para uma abordagem focada no paciente, com rastreamento precoce, iniciando aos 35 anos para todos os adultos; tratamento inicial, com uso de duas medicações combinadas logo no diagnóstico para pacientes com hemoglobina glicada elevada; foco em comorbidades.

Desta forma, esta linha de cuidado constitui-se como o instrumento norteador para a organização e a qualificação da assistência em saúde.

O fluxo assistencial e as responsabilidades dos diferentes pontos de atenção, objetivam assegurar à população o acesso oportuno e a longitudinalidade do cuidado, fundamentando-se nas diretrizes do SUS e nas melhores práticas clínicas, otimizando a utilização dos recursos e fortalecendo a articulação entre os diversos níveis de atenção, garantindo a promoção, a prevenção e a reabilitação necessária para responder às demandas de saúde bucal e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos joinvilenses.



INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que afeta o metabolismo normal dos carboidratos com alteração dos níveis glicêmicos do indivíduo. Está relacionado a prejuízo relativo ou absoluto na secreção de insulina e variados graus de resistência à sua ação.

No âmbito das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Diabetes Mellitus apresenta inegável importância para a saúde pública, em vista do grande número de casos e das repercussões da condição não controlada, para a pessoa, a família e a sociedade (SANTA CATARINA, 2018).

Salienta-se o caráter multifatorial do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que abrange desde predisposições genéticas até a influência significativa de hábitos de vida. Os determinantes sociais também impactam as condições de vida e saúde como padrões alimentares, prática de atividade física, nível de escolaridade, renda, condições de trabalho, moradia e urbanização, entre outros aspectos (BRASIL, 1990; International Diabetes Federation, 2025).

Estima-se que 50% dos casos de diabetes em adultos não sejam diagnosticados. Isto se deve principalmente ao seu início insidioso e assintomático, e à pouca conscientização da população em geral sobre a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019/2020).

Este documento tem como objetivo fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com Diabetes, orientando os serviços da rede municipal de saúde e apresentando os fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros, além de estabelecer o percurso assistencial ideal para os indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades e auxiliar as unidades a atingir os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde.



1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Coletivamente, o câncer, o Diabetes Mellitus, as doenças pulmonares e cardiovasculares matam 41 milhões de pessoas a cada ano, respondendo por 71% de todas as mortes no mundo. Desse número, 15 milhões de mortes ocorrem em pessoas com idades entre 30 e 70 anos (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2018).

Dados nacionais de prevalência de Diabetes pela pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), de 2023, demonstram uma prevalência de 10,2% na população geral, 22,4% entre 55 a 64 anos e 30,4% nos indivíduos com mais de 65 anos. A frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de diabetes aumentou no período entre 2006 e 2023, variando de 5,5% em 2006 a 10,2% em 2023.

Segundo dados da OMS, havia em 2018 mais de 13 milhões de pessoas com DM no Brasil, ou 6,9% da população. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017), estima-se que o Brasil alcance 23,3 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus até 2040, enquanto as projeções globais indicam que o número de indivíduos com a doença poderá ultrapassar 640 milhões no mesmo período.

De acordo com dados do Painel Radar Saúde, nos últimos 5 anos, 52.583 pessoas foram cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Joinville com registro de Diabetes Mellitus tipo 2. Deste total, 50.428 são pessoas com o diagnóstico de Diabetes registrado por profissional médico ou enfermeiro em atendimento individual, enquanto 2.155 foram autorreferidos, ou seja, indivíduos que declararam possuir Diabetes no momento do cadastro individual, sem confirmação clínica no momento por profissional habilitado.

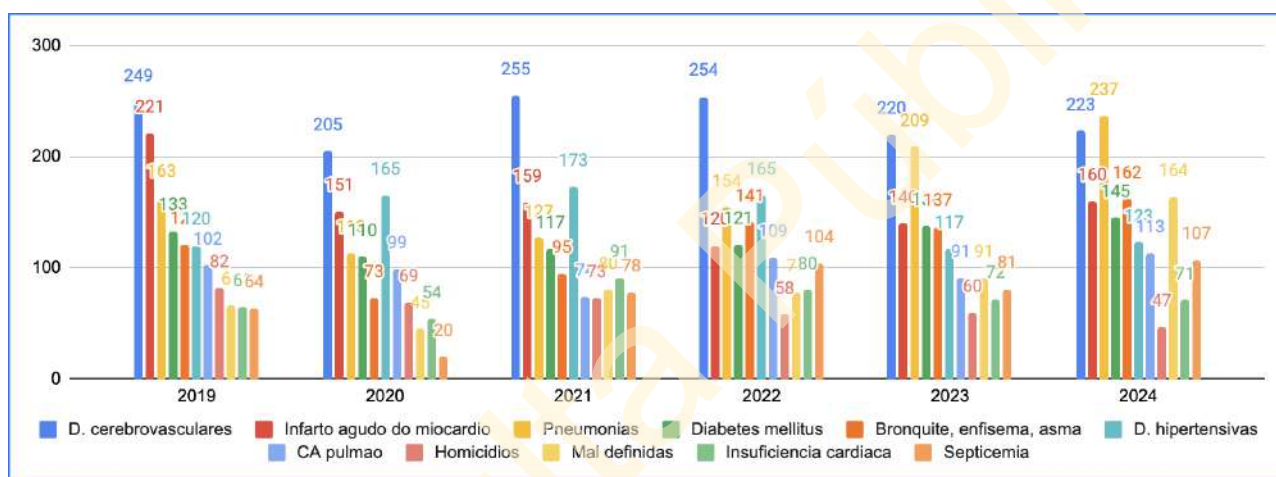
A prevalência de DM aumenta com o avançar da idade e ainda apresenta distinção entre os grupos étnicos de diferentes países. O Brasil ocupa o 4º lugar entre os países com maior número de adultos com DM e o 3º lugar em número de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) (0–14 anos) (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2015).

O perfil epidemiológico de Joinville segue o padrão nacional de transição demográfica e epidemiológica, com predominância das DCNT, conforme demonstrado nos dados da Vigilância Epidemiológica do município.



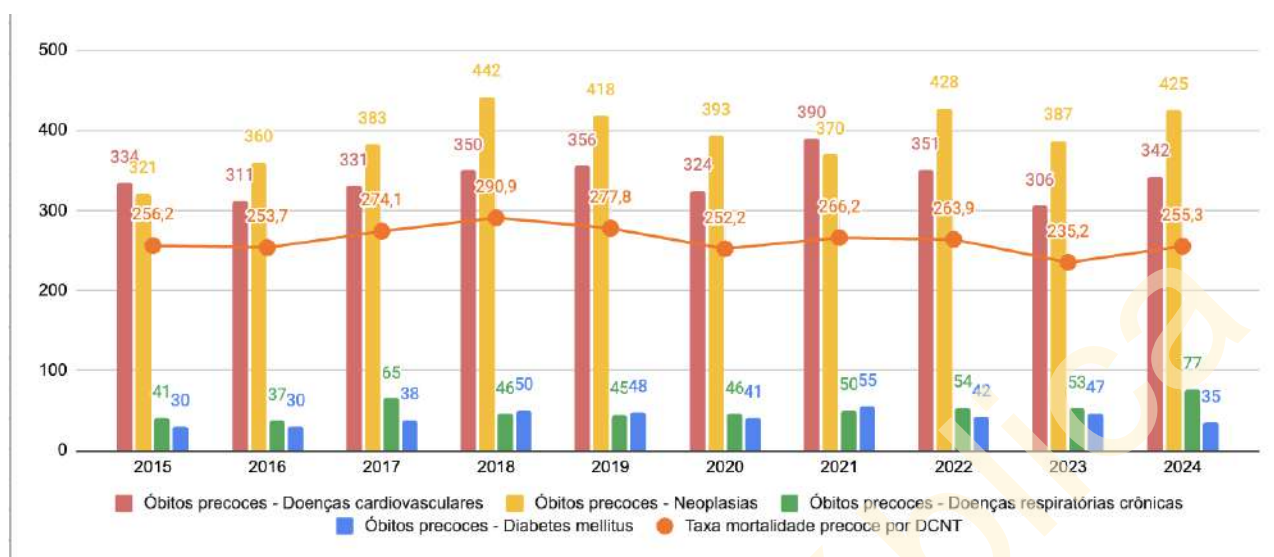
Os dados apresentados no Gráfico 01 destacam que as doenças cerebrovasculares e o infarto agudo do miocárdio figuraram entre as principais causas de morte no período de 2019 a 2024, destacando a relevância das doenças cardiovasculares no perfil de mortalidade do município. As doenças hipertensivas e o Diabetes Mellitus também apresentaram números consistentes ao longo do período analisado, reforçando seu papel tanto como fatores de risco quanto como causas diretas de mortalidade. Em 2024, o Diabetes foi diretamente responsável por 145 óbitos, pouco acima das doenças hipertensivas, que totalizaram 123 mortes no mesmo ano.

Gráfico 01. Óbitos segundo causa determinante, Joinville, 2019-2024



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/ SeS Joinville/ Vigilância Epidemiológica, 2025). Dados atualizados até 26/03/2025.

Analisando os 4 grandes grupos de DCNT, as doenças cardiovasculares e as neoplasias foram responsáveis pela maior parte dos óbitos precoces, assim definidos como aqueles ocorridos na população entre 30 e 69 anos, com médias acima de 300 casos por ano nestes grupos.

Gráfico 02. Óbitos precoces pelos 4 grupos DCNT, Joinville, 2015-2024

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/ SeS Joinville/ Vigilância Epidemiológica, 2025). Dados atualizados até 26/03/2025.

A manutenção de altas taxas de mortalidade precoce por DCNT reforça que essas enfermidades continuam sendo o principal desafio de saúde pública em Joinville, refletindo o envelhecimento populacional e os estilos de vida inadequados. Essa persistência está associada à alta prevalência de fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade, além dos desafios na detecção precoce e no controle clínico das condições crônicas.

Nesse contexto, torna-se fundamental fortalecer as linhas de cuidado das DCNT, entre as quais a Diabetes Mellitus, com ênfase na prevenção, no diagnóstico precoce, na adesão ao tratamento e na gestão do risco cardiovascular, a fim de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida da população joinvilense.

2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde está estruturada em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), por pontos de atenção e por territórios sanitários, tendo como finalidade a formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, locais onde são ofertados os serviços de saúde (SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2018).

No Quadro 01 estão elencados os níveis de atenção no município de Joinville para os pacientes com DM atendidos pelo SUS.



Quadro 01. Níveis e pontos de atenção à saúde e respectivos serviços ofertados

NÍVEIS DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	SERVIÇOS/ESPECIALIDADES
Atenção Primária	Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs)	Agendamento de consulta com Médico de Família e Comunidade Estratégia de Saúde da Família; Enfermeiro; Nutricionista; Psicólogo; Fisioterapeuta; Farmacêutico; Educador físico.
Atenção Secundária Especializada	Policlínica Boa Vista	Endocrinologia; Oftalmologia; Cirurgia Vascular; Neurologia.
	Ambulatório Hospital Municipal São José	Nefrologia; Cirurgia Vascular.
	Ambulatório Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Nefrologia; Neurologia.
	Ambulatório Hospital Bethesda	Cirurgia Vascular.
	Ambulatório da Faculdade de Medicina - UNIVILLE	Nefrologia; Neurologia.
	Clínicas Contratadas e Conveniadas	Oftalmologia.
Atenção Secundária de Urgência e Emergência	Pronto Atendimento (PA) Norte	Atendimento de Urgência e Emergência.
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Leste	
	UPA Sul	
	SAMU - 192	
Atenção Terciária	Hospital Municipal São José (HMSJ)	Atendimento especializado em Neurologia Vascular e Neurologia Intervencionista (Hemodinâmica); Atendimento de Urgência e Emergência.
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS)	Atendimento e internação especializada em:



		Nefrologia; Cirurgia vascular média e alta complexidade, clínica e intervencionista; Cardiologia clínica, cirúrgica e intervencionista; Atendimento de Urgência e Emergência.
	Hospital Bethesda	Atendimento de Urgência e Emergência.
	Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HIJAF)	Atendimento pediátrico ambulatorial e de emergência.
	Maternidade Darcy Vargas (MDV)	Atendimento obstétrico e neonatal.

Fonte: Núcleo de Gestão da Qualidade e Processos (NGQ), 2025.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção básica tem como atributo ser porta de entrada preferencial no SUS e realizar a coordenação do cuidado e comunicação dentro da rede, ou seja, é por meio das equipes de saúde de atenção primária que o usuário deve, preferencialmente, buscar atendimento para, quando necessário, ser encaminhado para os demais pontos e serviços. Suas principais funções envolvem a interação com a comunidade, promoção da saúde, rastreamento e diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento regular, prescrição e fornecimento de insumos, educação em saúde, prevenção de complicações e monitoramento de usuários com Diabetes.

No Município de Joinville, a atenção primária à saúde está organizada em distritos sanitários, distribuídos em mais de 50 Unidades Básicas de Saúde, compostas por mais de 170 Equipes de Saúde da Família (eSF), com cobertura estimada de 94,57% (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)).

As equipes da Atenção Primária à Saúde desempenham papel estratégico no cuidado do Diabetes Mellitus, com as eSF sendo o modelo predominante para o cuidado longitudinal, desde a estratificação de risco até o tratamento. Visando a resolutividade e a integralidade do cuidado, sua estrutura conta com Equipes Multiprofissionais (eMulti), que oferecem retaguarda e apoio matricial, e Equipes de Saúde Bucal (eSB), focadas na prevenção e manejo de complicações odontológicas associadas à doença. Além desse núcleo estrutural básico, conta ainda com as equipes de Consultório na Rua, a Unidade Prisional e a Unidade de Saúde Digital, que utiliza a telemedicina para agilizar consultas,



renovação de receitas e monitoramento. Todas as modalidades atuam de forma articulada para assegurar a continuidade do cuidado na rede assistencial.

2.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada à Saúde, também chamada de Atenção Secundária, corresponde ao conjunto de serviços e práticas de maior complexidade tecnológica destinados a atender pessoas que necessitam de cuidados mais específicos ou intensivos do que aqueles oferecidos na Atenção Primária, atuando de forma articulada e complementar a esta, para garantir a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2023).

Os Serviços Especializados integram a atenção do município de Joinville, oferecendo atendimentos por profissionais de diversas especialidades para garantir o acesso ao cuidado avançado e intervenções complementares à atenção primária no manejo do Diabetes Mellitus e suas complicações.

Quanto a composição e atribuições das equipes dos Serviços Especializados no cuidado do Diabetes Mellitus, destacam-se a Policlínica Boa Vista, referência para o acompanhamento de complicações vasculares, oftalmológicas e controle endocrinológico de difícil manejo e o Serviço Especializado em Reabilitação (SER), focado na recuperação funcional de pacientes com sequelas físicas decorrentes do DM e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que maneja agravos bucais frequentes em diabéticos; esses serviços são complementares à Atenção Primária, visando assegurar a integralidade do cuidado.

2.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este serviço está representado pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (Norte, Leste e Sul) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que realizam os atendimentos de urgência e emergência. As UPAs atuam como ponto de atendimento fixo de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde da família e a rede hospitalar, enquanto o SAMU atua como o componente móvel de suporte pré-hospitalar, garantindo atendimento ágil e transporte seguro aos pacientes.

2.4 ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE/REDE HOSPITALAR

Na atenção terciária é realizado o atendimento hospitalar geral e especializado em pronto socorro, enfermarias e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Joinville conta

com cinco hospitais públicos, sendo três sob gestão estadual, um filantrópico e um municipal. Além disso, mantém contratos com clínicas, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e convênios com o sistema complementar e o Consórcio Interfederativo de Saúde do Nordeste de Santa Catarina (CISNORDESTE).

Os Hospitais que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Joinville são: Hospital Municipal São José (HMSJ), Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), Hospital Bethesda, Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HIJAF) e Maternidade Darcy Vargas (MDV).

3. DIABETES MELLITUS

3.1 DEFINIÇÃO

O Diabetes Mellitus é um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados e identificados pela presença de hiperglicemia na ausência de tratamento. A etiopatogenia heterogênea inclui defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas, além de alterações no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

3.2 CLASSIFICAÇÃO

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda a classificação baseada na etiopatogenia do Diabetes, que compreende o Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), o Diabetes Gestacional (DMG) e outros tipos de Diabetes, indicados no Quadro 02.

Quadro 02. Classificação do Diabetes Mellitus

TIPO DE DIABETES	DESCRIÇÃO
DM1	Deficiência grave de insulina decorrente da destruição das células beta pancreáticas, geralmente por mecanismo autoimune. Mais frequente em crianças e adolescentes, mas também pode acometer adultos.
DM2	Resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células beta pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas. Representa cerca de 90 a 95 % dos casos de diabetes no país.
DMG	Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, geralmente após a 24ª semana, decorrente da resistência à insulina induzida por hormônios placentários.



Outros tipos de diabetes	Compreendem os casos decorrentes de mutações genéticas, doenças pancreáticas, outras endocrinopatias, uso de medicamentos, infecções e síndromes genéticas.
--------------------------	---

Elaborado: NGQ, 2026.

3.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de Diabetes Mellitus deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia. Para isto, podem ser usados a Glicemia Plasmática de Jejum (GJ), em pelo menos duas ocasiões distintas, o Teste de Tolerância à Glicose por Via Oral (TTGO) e a Hemoglobina Glicada (HbA1c) (SBD, 2025).

Apenas 30%, das pessoas com DM apresentam sintomatologia, a maioria permanece assintomática por anos. Os sinais e sintomas clássicos da doença, que levantam a suspeita são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicável de peso. Embora possam estar presentes no DM2, esses sinais são mais agudos no DM1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga. Muitas vezes a presença de DM2 pode ser assintomática, mesmo que em muitos casos já tenha causado complicações micro e macrovasculares.

No Quadro 03 podemos observar os sinais e sintomas sugestivos de hiperglicemia mais comuns encontrados nos usuários com DM.

Quadro 03. Sinais, sintomas e condições clínicas para suspeita de hiperglicemia associada ao Diabetes Mellitus

SINAIS E SINTOMAS TÍPICOS DE HIPERGLICEMIA
• Poliúria • Polidipsia • Polifagia • Perda de peso inexplicada • Desidratação
SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE HIPERGLICEMIA
• Noctúria • Visão turva • Cansaço • Infecções recorrentes (candidíase, periodontite) • Má cicatrização de feridas • Albuminúria transitória em usuários com DM1 com menos de 5 anos de doença



Elaborado: NGQ, 2026.

O DM1 é uma das doenças crônicas mais prevalentes na infância e adolescência, podendo se manifestar meses ou anos antes do surgimento de sinais clínicos típicos, como poliúria, polidipsia, perda de peso e cetoacidose. O traço clínico que melhor caracteriza o DM1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. A comprovação laboratorial da hiperglicemia, na presença dos sinais clássicos descritos acima, consolida o diagnóstico.

Embora mais frequente em crianças e adolescentes, o DM1 pode ocorrer em qualquer idade. Sua incidência em adultos tem aumentado, o que eleva o risco de classificação incorreta como DM2. A distinção entre DM1 e DM2 pode não ser evidente no momento do diagnóstico. Nesses casos, algumas apresentações clínicas podem dificultar a classificação e indicar a necessidade de exames complementares (Quadro 04).

O diagnóstico do DM1 deve ser feito com embasamento clínico, porém em casos de dúvida diagnóstica podem ser solicitados exames laboratoriais para diagnóstico diferencial, conforme descrito no Quadro 05, disponíveis no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaúdeTech) para os médicos da atenção primária e secundária à saúde.

Quadro 04. Situações que necessitam de exames complementares para diagnóstico diferencial entre DM1 e DM2

Apresentação clínica insidiosa em crianças e adolescentes, especialmente com acantose nigricans, obesidade e disglícemia leve.
Apresentação abrupta em adultos, especialmente sem hiperglicemia prévia recente, sem fator desencadeante para hiperglicemia (como medicamentos hiperglicemiantes ou infecções), sem obesidade e/ou com história de autoimunidade pessoal ou familiar.
Necessidade de início de insulinoterapia nos primeiros anos após o diagnóstico em adultos para controle glicêmico adequado.
Cetoacidose diabética ao diagnóstico em adultos, evoluindo subsequentemente com baixas doses de insulina, especialmente em associação com obesidade.

Elaborado: NGQ, 2026.

Quadro 05. Exames complementares para diagnóstico diferencial do DM1

EXAME	CÓDIGO SIG-SaúdeTech	OBSERVAÇÕES
Anticorpos Antiilha de Langerhans, Pesquisa de	0202030512	Mais sensível no momento do diagnóstico ou até 3 anos após.
Pesquisa de autoanticorpos anti-insulina	202030520	Mais sensível no momento do diagnóstico ou até 3 anos após. Pouco frequente em adultos. Logo após o início da insulinoterapia (5 a 7 dias), a maioria dos usuários desenvolve anticorpos contra a insulina exógena, podendo interferir no teste, limitando seu uso para classificação do DM.
Peptídeo C, Dosagem de	0202060284	Recomendado em caso de dúvida diagnóstica quanto à classificação do DM com autoanticorpos negativos, e deve ser realizado com o Diabetes razoavelmente controlado.

Fonte: NGQ, 2025.

Assim como no DM1, o diagnóstico laboratorial do DM2 é baseado nos níveis glicêmicos dos usuários, para tanto podem ser utilizados a glicemia de jejum, o teste de tolerância à glicose oral e a hemoglobina glicada (HbA1c). O Quadro 06 apresenta os critérios laboratoriais para o diagnóstico de Diabetes e pré-diabetes.

Quadro 06. Critérios laboratoriais de diagnóstico do Diabetes Mellitus

CRITÉRIOS	NORMAL	PRÉ-DIABETES	DM
Glicemia de jejum (mg/mL)*	< 100	100-125	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/mL) + sintomas	-	-	≥ 200
Glicemia de 1 hora no TTOG (mg/mL)**	< 155	155-208	≥ 209
Glicemia de 2 horas no TTOG (mg/mL)**	< 140	140-199	≥ 200
HbA1c	< 5,7	5,7-6,4	≥ 6,5

Elaborado: NGQ, 2026.

Legenda: DM: diabetes mellitus; TTGO: teste de tolerância à glicose oral; HbA1c: hemoglobina glicada.

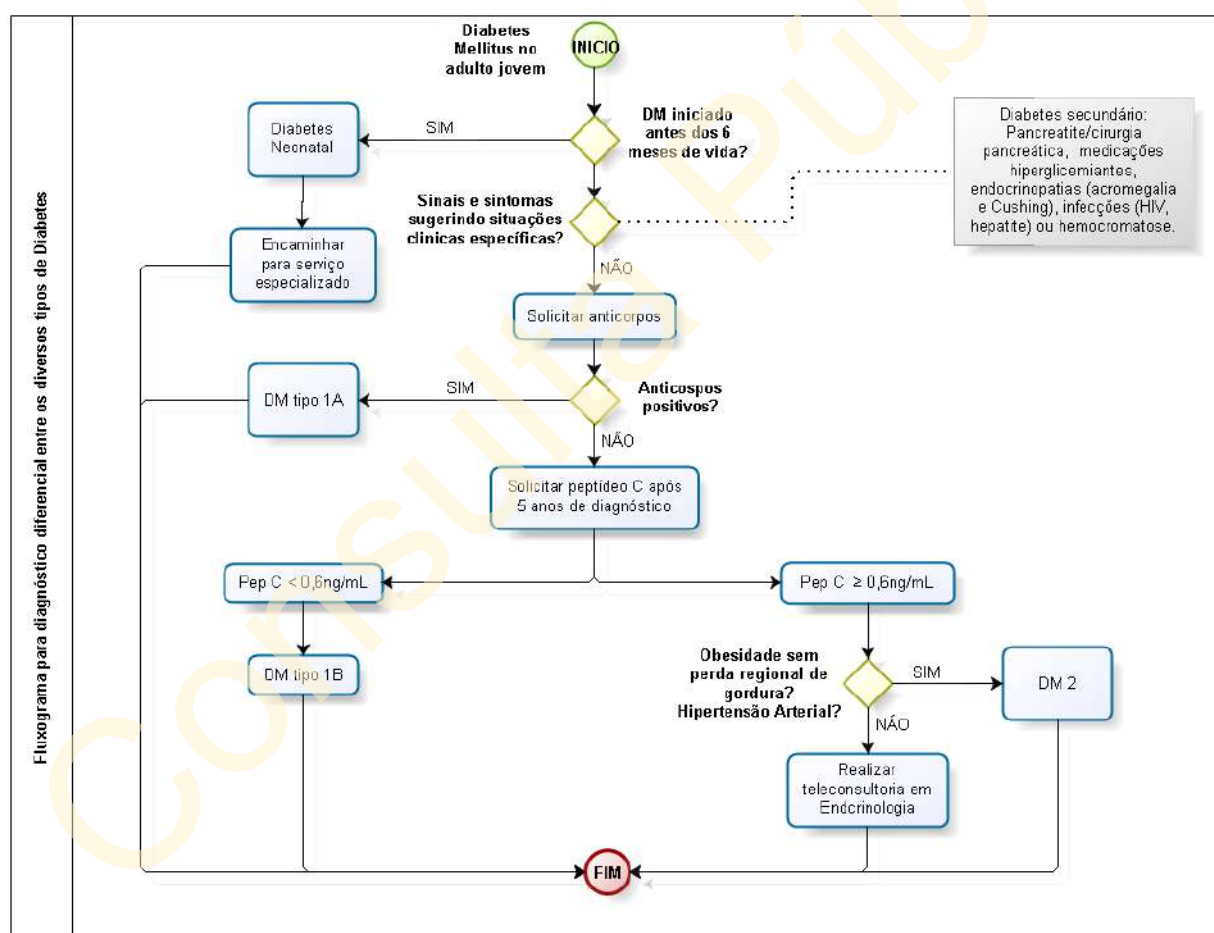
Notas: *Considera-se como jejum a cessação de ingesta calórica de 8 horas - 12 horas.

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



- Hiperglicemia associada ao estresse agudo infeccioso, traumático ou circulatório não deve ser considerada diagnóstica de DM, pois muitas vezes é transitória. Nestes casos, o paciente deve ser reavaliado fora deste contexto agudo para observar se há hiperglicemia persistente.
- Na história natural do DM2, alterações fisiopatológicas podem preceder em muitos anos o diagnóstico da doença. O pré-diabetes caracteriza-se por níveis glicêmicos acima dos valores de referência, porém abaixo dos critérios diagnósticos para diabetes. Nesses pacientes, a resistência à insulina já está presente e constitui situação de alto risco para o desenvolvimento de DM2 e doenças cardiovasculares.

Fluxograma 01. Fluxograma decisório para diagnóstico diferencial de diversos tipos de diabetes



Fonte: Adaptado de Diretriz Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024.

3.4 FATORES DE RISCO

O Diabetes Mellitus pode permanecer assintomático por longo tempo e a identificação precoce dos fatores de risco (Quadro 07) é essencial para a prevenção, o diagnóstico oportuno e a redução de complicações associadas.

Quadro 07. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Diabetes Mellitus

CATEGORIA	FATORES DE RISCO
Características demográficas e genéticas	Idade > 35 anos.
	Histórico familiar de diabetes: em parente de primeiro grau (2 a 3 vezes mais chances); ambos os pais com diabetes (5 a 6 vezes mais chances).
	Pertencimento a grupos étnicos com maior predisposição, como pessoas negras, asiáticas, hispânicas e indígenas.
Condições clínicas associadas	Sobrepeso e obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$).
	Histórico de doença cardiovascular.
	Síndrome metabólica.
	Hipertensão arterial sistêmica (HAS).
	Dislipidemia.
	Doença hepática gordurosa não alcoólica.
	Acantose nigricans.
	Síndrome do ovário policístico (SOP).
	Histórico de diabetes gestacional.
Estilo de vida e comportamento	Distúrbios do sono, como apneia obstrutiva do sono e privação crônica do sono.
	Estilo de vida sedentário.
	Tabagismo.
	Consumo excessivo de álcool.
Uso de medicamentos	Alimentação inadequada, especialmente com alto teor de açúcares e alimentos ultraprocessados.
	Uso de antipsicóticos atípicos no tratamento de transtornos, como esquizofrenia e transtorno bipolar, pode desencadear DM2.

Elaborado: NGQ, 2026.



3.5 RASTREAMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

O rastreamento visa a detecção precoce do DM2, ainda em sua fase assintomática, permitindo que intervenções oportunas reduzam o risco de complicações e contribuam para a melhora da qualidade de vida dos indivíduos. O método preconizado para o rastreamento é a dosagem da glicemia em jejum, naqueles indivíduos com fatores de risco identificados. A glicemia capilar aleatória deve ser realizada em todos os pacientes com sintomatologia característica (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, alterações visuais de instalação súbita, dificuldade de cicatrização, sinais de neuropatia), ainda que não apresentem fatores de risco.

A estratificação do risco de desenvolver DM2 permite definir estratégias de prevenção primária, atuando sobre os fatores de risco modificáveis. Sugere-se a utilização do Questionário [*Finnish Diabetes Risk Score \(FINDRISC\)*](#) (Anexo A). A avaliação antropométrica deve ser realizada rotineiramente durante as consultas, incluindo a aferição do peso corporal, altura e circunferência da cintura em adultos, permitindo monitorar o estado nutricional do paciente e identificar a obesidade central, fator diretamente associado à resistência insulínica e ao risco de eventos cardiovasculares.

Além da antropometria, recomenda-se avaliação e registro dos [*Marcadores de Consumo Alimentar*](#) com periodicidade mínima anual. Esses dados podem ser coletados durante atendimento individual ou coletivo em atividade realizada nas UBSFs, nos domicílios e em equipamentos sociais, devendo ser registrados no SIG-SaudeTech, conforme os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) vigentes.

Material de referência para coleta, registro e análise do dados antropométricos:

- [*Orientações para coleta e análise de dados antropométricos.*](#)
- [*Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde.*](#)

3.5.1 Crianças e Adolescentes

Embora o DM1 tenha sido historicamente vinculado a mais de 90% dos casos de Diabetes em crianças e adolescentes, os últimos anos têm mostrado uma explosão nos casos de DM2, acompanhando o crescimento das taxas de obesidade infantil em todo o mundo, inclusive no Brasil. Isso revela a necessidade de rastreamento precoce, também



entre crianças e adolescentes assintomáticos, de acordo com os critérios apresentados no Quadro 08.

Quadro 08. Critérios para rastreamento de DM2 em crianças e adolescentes assintomáticos

Idade ≥ 10 anos ou após início de puberdade com sobrepeso ou obesidade e um ou mais dos fatores de risco adicionais:

- História materna de DM2 ou diabetes gestacional durante a gestação da criança;
- História familiar de DM2 em parente de primeiro ou segundo grau;
- Pertencimento grupo étnico de risco: negros, hispânicos e indígenas;
- Acantose nigricans;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia;
- Síndrome do Ovário Policístico (SOP).

Elaborado: NGQ, 2026.

3.5.2 Adultos

O rastreamento do DM2 em adultos assintomáticos deve ser realizado de acordo com os critérios do Quadro 09.

Quadro 09. Critérios para rastreamento de DM2 em indivíduos adultos assintomáticos

• Indivíduos com idade a partir de 35 anos.
• Gestantes entre a 24 ^a e a 28 ^a semana de gestação.
Indivíduos com: • Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); • Fibrose cística; • Que realizaram transplante de órgão.
Indivíduos de qualquer idade com sobrepeso ou obesidade e pelo menos um dos seguintes fatores de risco: • Parente de primeiro grau com DM; • Histórico de doença cardiovascular; • Estilo de vida sedentário; • Pertencimento a grupos étnicos de risco: negros, asiáticos, hispânicos e indígenas; • Dislipidemia (HDL-colesterol < 35 mg/dL ou triglicerídeos > 250 mg/dL); • Síndrome do Ovário Policístico; • Acantose nigricans; • Doença hepática esteatótica; • Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); • Histórico de diabetes mellitus gestacional ou parto de um bebê com peso > 4 kg; • Terapia antipsicótica; • Apneia obstrutiva do sono; • Privação crônica do sono; • Ocupação laboral em turno noturno.

Elaborado: NGQ, 2026.



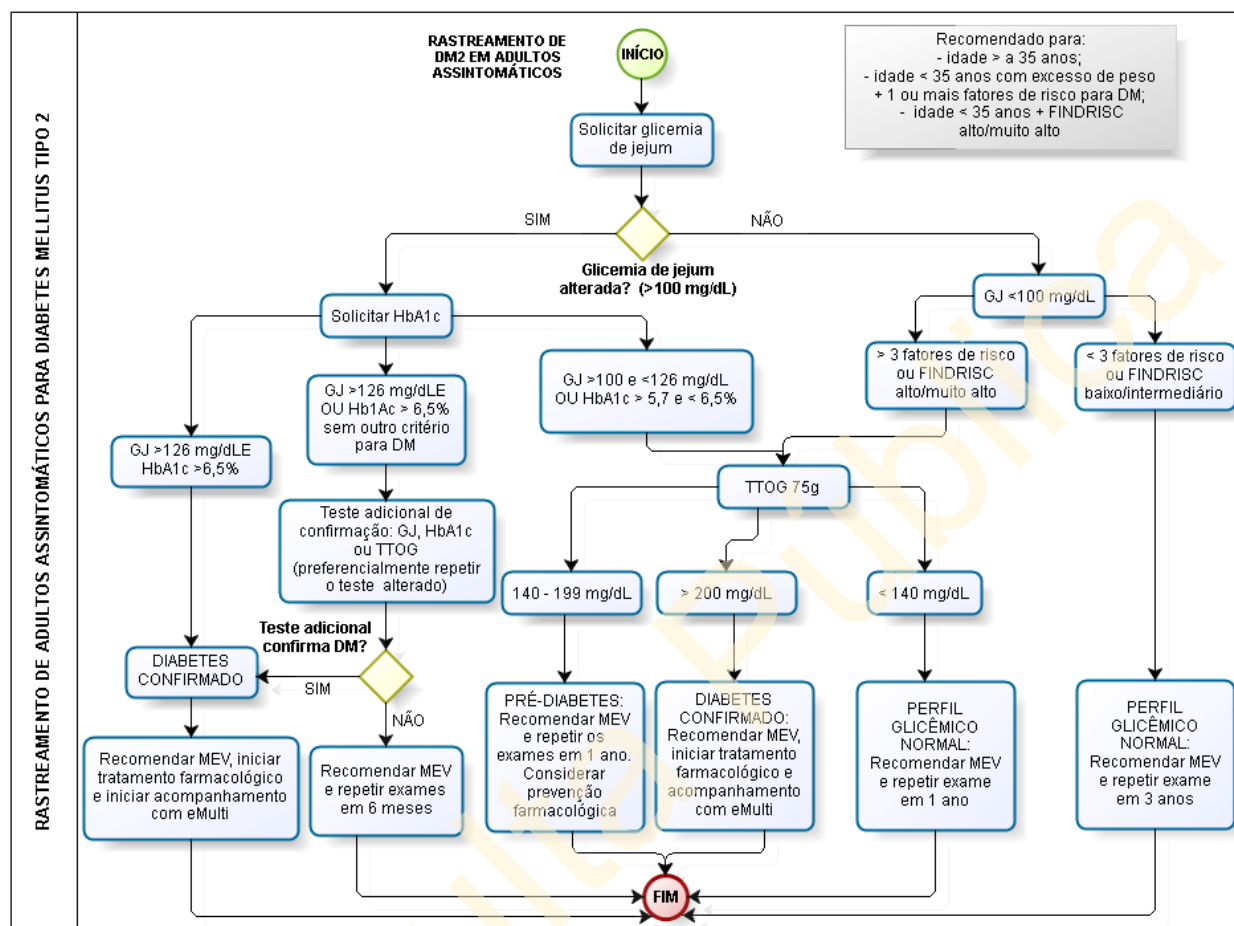
Para indivíduos com glicemia de jejum dentro dos parâmetros de normalidade e com menos de 3 fatores de risco, o rastreamento para DM2 deve ser realizado a cada três anos. Na presença de 3 ou mais fatores de risco, a reavaliação deve ser anual. Pacientes com pré-diabetes, conforme definido no Quadro 09, devem receber orientação sobre mudanças no estilo de vida e passar por reavaliação anual.

O Fluxograma 02 descreve o processo de rastreamento do DM2 e orienta a conduta desde a triagem até o diagnóstico, considerando os fatores de risco e os achados laboratoriais.

A glicemia de jejum para rastreamento e a glicemia capilar aleatória poderão ser solicitadas pelo enfermeiro no atendimento inicial de pacientes que apresentem sintomas sugestivos e/ou se enquadrem nos critérios descritos nos Quadros 08 e 09. Na sequência, se comprovada a hiperglicemia, o profissional fará a solicitação da hemoglobina glicada e demais exames disponíveis no SIG-SaúdeTech na Cesta de Exames: “Diabetes Seguimento”, encaminhando o usuário para avaliação médica, de acordo com os critérios mostrados nos Fluxogramas 02 e 03.



Fluxograma 02. Fluxograma de rastreamento de Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos assintomáticos não gestantes

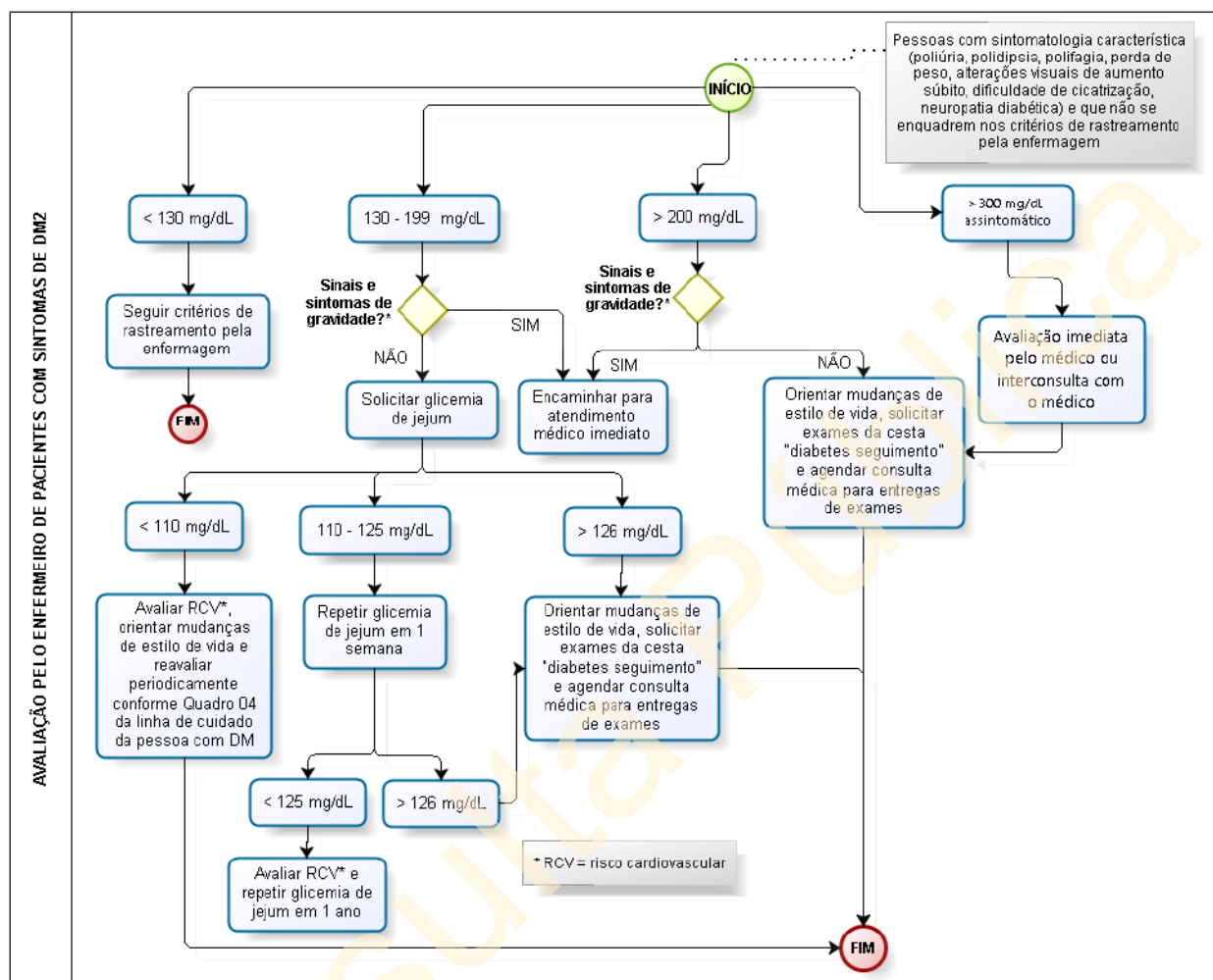


Elaborado: NGQ, 2026.

*Considerar Tratamento Farmacológico Pré-diabetes: idade <60 anos; IMC > 35 kg/m²; HPP diabetes gestacional; presença de síndrome metabólica, com hipertensão ou GJ >110 mg/dL.



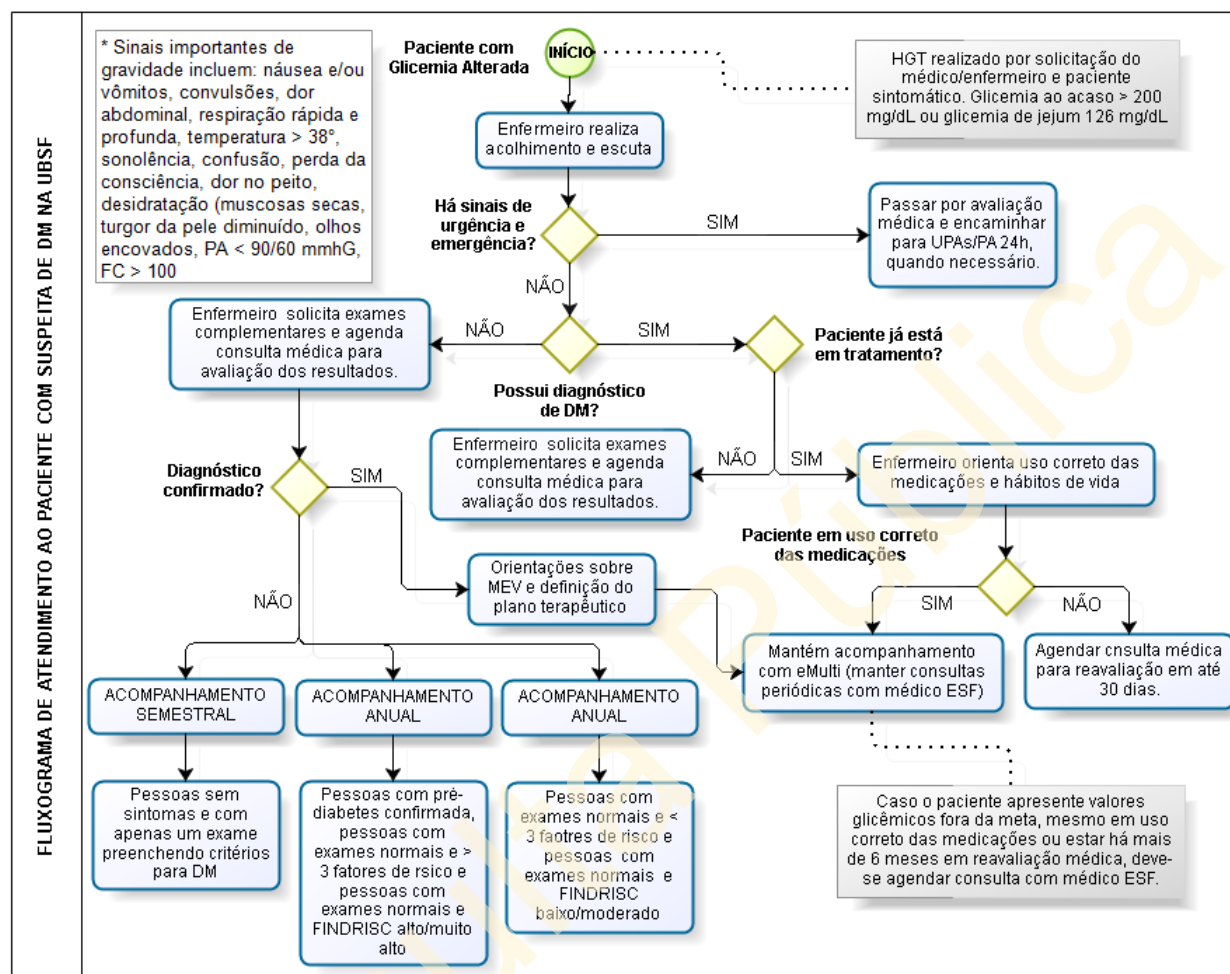
Fluxograma 03. Fluxograma de avaliação pelo enfermeiro de pacientes com sintomas de DM2



Elaborado: NGQ, 2026.



Fluxograma 04. Fluxograma de acolhimento do enfermeiro ao paciente com suspeita de DM na atenção primária



Elaborado: NGQ, 2025.

3.6 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

A forma mais prevalente de hiperglicemia na gestação é o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O DMG é definido como uma intolerância aos carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação porém não preenche critérios diagnósticos de DM fora da gestação. O DMG afeta de 3 a 25% das gestações, dependendo do grupo étnico e do critério diagnóstico utilizado (SBD, 2025).

O acesso ao manejo da DMG está disponível no site da prefeitura, em [Protocolos, POPs e outros documentos da Saúde](#).



4. COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

O DM não controlado pode desenvolver complicações agudas e, no longo prazo, complicações crônicas, apresentadas no Quadro 10.

Quadro 10. Principais complicações do DM

COMPLICAÇÕES AGUDAS	Hipoglicemia.
	Cetoacidose Diabética (CAD).
	Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar Não Cetótica (SHHNC).
COMPLICAÇÕES CRÔNICAS	Doença Renal Diabética.
	Retinopatia Diabética.
	Neuropatia Diabética.
	Pé Diabético.
	Doenças Cardiovasculares.
	Doença Periodontal.

Fonte: NGQ, 2025.

4.1 COMPLICAÇÕES AGUDAS

As complicações agudas do DM incluem a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual superior a 250 mg/dL, que pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, e a hipoglicemia, com glicemia casual inferior a 70 mg/dL. Essas complicações requerem ação imediata da pessoa, da família ou dos amigos, e do serviço de Saúde.

A coexistência de quadros infecciosos aumenta o risco de descompensação hiperglicêmica, assim como de cetoacidose. Além disso, a interrupção do tratamento é responsável por cerca de 10% de todas as emergências hiperglicêmicas. Em usuários com DM1 recém-diagnosticada, a descompensação costuma ser mais grave e mais prolongada. Em casos como esses, é comum a desidratação grave, consequente à glicosúria de grau variável, com diurese osmótica e espoliação de água e eletrólitos.



4.1.1 Hipoglicemia

A hipoglicemia é definida como todo episódio de concentração de glicose plasmática anormalmente baixa (≤ 70 mg/dL), com ou sem sintomas. O quadro clínico pode incluir tremores, palpitações, sudorese, tontura, fome, parestesia, alteração do sensorio e distúrbios do comportamento (*delirium*), em casos mais graves podendo apresentar anormalidades psicomotoras, convulsão e coma.

Além das insulinas, os medicamentos orais da classe das sulfonilureias, principalmente as de primeira geração, estão sabidamente associados a maior risco de hipoglicemias, o que se faz imprescindível conhecer e orientar as pessoas com diabetes sobre medidas de prevenção e tratamento imediato.

Crianças pequenas com DM1, idosos comprometidos ou muito comprometidos, incluindo aqueles com DM1 e DM2 são particularmente vulneráveis à hipoglicemia devido à sua capacidade reduzida de reconhecer os sintomas e de comunicar efetivamente suas necessidades.

O Quadro 11 apresenta a classificação da hipoglicemia conforme sua gravidade, incluindo os valores de glicemia, manifestações clínicas e orientações de tratamento.

Quadro 11. Classificação e manejo da hipoglicemia

CLASSIFICAÇÃO	GLICEMIA SÉRICA	SINTOMAS	CONDUTA
Hipoglicemia nível 1	≥ 54 e < 70 mg/dL		Pode ser tratada com 15g de carboidrato, que equivale a 1 colher de sopa de açúcar ou mel, 1 copo de suco de laranja, 150mL de suco comum, 1 fruta (banana/pera/maçã) ou 4 bolachas maizena.
Hipoglicemia nível 2	< 54 mg/dL	Limiar para ocorrência de sintomas neuroglicopênicos, ou seja, dificuldade de concentração, confusão mental, alteração na visão, tonturas.	Se o usuário estiver consciente, 30g de carboidratos devem ser oferecidos. Mel, açúcar ou carboidrato em gel podem ser algumas das formas de tratamento.
Hipoglicemia nível 3	Sem valores de glicemia específicos.	Evento grave caracterizado por estado mental e/ou físicos alterados.	Solução EV de glicose hipertônica: 25g de glicose (dextrose) a 50%, seguida de



			uma infusão contínua de SG 5%.
--	--	--	--------------------------------

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2024; 2026.

Legenda: EV: endovenosa; SG: solução glicosada.

A conduta inicial deve incluir:

- Acomodação do paciente em local calmo e tranquilo;
- Verificação da glicemia capilar; pressão arterial (PA), frequência cardíaca e saturação de oxigênio;
- Avaliação do nível de consciência: [Escala de coma de Glasgow](#);
- Questionamento sobre a glicemia usual do paciente e possíveis situações gatilho (alimentação insuficiente ou omissão de horário, atividade física em excesso ou não programada, erros na medicação antidiabética).

O manejo da hipoglicemia envolve a restauração dos níveis séricos de glicose e o alívio dos sintomas clínicos, com possível ajuste da terapia medicamentosa em consultas subsequentes.

Nos casos de hipoglicemia nível 2 com usuário inconsciente ou hipoglicemia nível 3, o médico deve realizar as primeiras medidas e acionar o SAMU para transferência do usuário para UPA/PA 24 horas.

4.1.2 Cetoacidose Diabética (CAD)

A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda que ocorre tipicamente no DM1, embora também possa ocorrer em pacientes com DM2. É definida pela presença de hiperglicemia, acidose metabólica e cetose. É possível a apresentação sem hiperglicemia (cetoacidose euglicêmica), particularmente em gestantes, pacientes em tratamento com inibidores de cotransportador sódio-glicose tipo 2 (inibidores de SGLT2) ou infusão contínua de insulina, ou associada a condições como jejum prolongado, dietas restritivas de carboidratos, etilismo, disfunção hepática, pancreatite, sepse, glicogenoses, uso de drogas ilícitas.

O quadro clínico da CAD inclui os sinais e sintomas típicos descritos no [Quadro 12](#).

Quadro 12. Sinais e Sintomas frequentes na CAD

- Náuseas e Vômitos;
- Dor Abdominal Difusa;
- Poliúria;
- Polidipsia;
- Perda de Peso;
- Desidratação;
- Fraqueza;
- Fadiga;
- Taquicardia;
- Taquipneia;
- Respiração de Kussmaul;
- Letargia e coma.

Elaborado: NGQ, 2026.

O pH arterial ou venoso permite classificar a CAD em leve, moderada ou grave, como se vê no Quadro 13.

Quadro 13. Classificação da gravidade da CAD

CLASSIFICAÇÃO	LEVE	MODERADA	GRAVE
pH	entre 7,20 e 7,30	entre 7,10 e 7,20	< 7,10

Elaborado: NGQ, 2026.

A CAD é um quadro grave e potencialmente fatal, onde o atraso no início do tratamento pode levar a piores desfechos, com admissões realizadas com pacientes com pH mais baixo, maior depleção hidroeletrólítica e maior incidência de complicações relacionadas, como insuficiência respiratória e edema cerebral. O tratamento deve ser iniciado tão logo a CAD seja diagnosticada, e as metas terapêuticas sejam atingidas o quanto antes, visando a estabilização do paciente e a diminuição da sua morbimortalidade.

As metas do tratamento CAD são:

- Manutenção das vias respiratórias pervias e, em caso de vômitos, indicação de sonda nasogástrica;
- Correção da desidratação;
- Correção dos distúrbios eletrolíticos e acidobásicos;
- Redução da hiperglicemia e da osmolalidade;
- Identificação e tratamento do fator precipitante.



A hidratação deve ser iniciada o mais breve possível; na ausência de comprometimento das funções cardíaca e renal, iniciar infusão endovenosa com salina isotônica ou, preferivelmente, cristalóide balanceado (Ringer Lactato) se disponível; administrar de 15 a 20 mL/kg ou 1,0 a 1,5 L na primeira hora e solicitar transferência do usuário via SAMU para o serviço de urgência ou emergência do município.

- Antipsicóticos atípicos, tais como olanzapina, clozapina, risperidona e quetiapina podem aumentar o risco de distúrbios metabólicos, inclusive cetoacidose, sendo o maior risco com as duas primeiras drogas. O mesmo ocorre em usuários de drogas ilícitas como a cocaína.
- Em crianças e adolescentes, a leucocitose encontrada pode estar relacionada com a gravidade da CAD e não obrigatoriamente com processos infecciosos.

4.1.3 Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar Não Cetótica (SHHNC)

A SHHNC é um estado de hiperglicemia grave (superior a 600 mg/dL) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose. Ocorre apenas no Diabetes Mellitus tipo 2, em que um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese. Não existe uma definição precisa do Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH), mas há características que o diferenciam de outros estados hiperglicêmicos (Quadro 14).

Quadro 14. Critérios diagnósticos para SHHNC

- Hiperglicemia marcante ($> 600\text{mg/dL}$);
- Osmolaridade plasmática efetiva $> 320\text{ mOsmol/L}$;
- Ausência de hipercetonemia significativa ($< 3\text{ mmol/L}$);
- Ausência de acidose ($\text{pH} > 7,30$, bicarbonato $> 15\text{ mmol/L}$).

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025.

Os sintomas de SHHNC (Quadro 15) desenvolvem-se mais insidiosamente quando comparados com a CAD. A desidratação é geralmente mais intensa e o sódio sérico tende a se elevar durante o tratamento. Além disso, a poliúria, a polidipsia e a perda de peso geralmente persistem por vários dias antes da internação hospitalar.



Quadro 15. Sinais e sintomas da SHHNC

- Poliúria;
- Polidipsia;
- Perda de peso;
- Deterioração neurológica;
- Sinais neurológicos focais (hemiparesia ou hemianopsia) e/ou convulsões;
- Estupor ou coma;
- Dor abdominal (incomum);
- Desidratação (diminuição do turgor cutâneo, mucosas secas, olhos fundos, pressão venosa jugular baixa, taquicardia);
- Hipotensão arterial.

Elaborado: NGQ, 2026.

Os objetivos do tratamento da SHHNC são:

- Definir e resolver causa subjacente.
- Fornecer volume circulatório adequado para perfusão tecidual.
- Reduzir a glicemia.
- Reduzir a osmolaridade de forma gradual.
- Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos.

O médico deve iniciar hidratação imediatamente, na ausência de comprometimentos das funções cardíaca e renal, realizar infusão endovenosa com salina isotônica, em média, 15 a 20 mL/kg ou 1,0 a 1,5 L na primeira hora e solicitar transferência do usuário via SAMU para o serviço de urgência ou emergência do município.

4.1.4 Encaminhamento das Emergências Glicêmicas

O manejo das emergências glicêmicas exige serviços de maior complexidade. Por isso nos casos suspeitos ou com diagnóstico de hipoglicemia, cetoacidose diabética (CAD) e Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar Não Cetótica (SHHNC), o usuário deve ser encaminhado para Unidades de Pronto Atendimento e transferência para Hospitais ou Unidades de Tratamento intensivo, quando necessário.



Para agilizar e tornar mais eficaz o atendimento de urgência/emergência, o médico deve fornecer informações essenciais ao encaminhar pacientes das UBSFs às UPAs/PAs 24h ou hospitais:

1. Nome completo e data de nascimento;
2. Tipo de DM (se já houver diagnóstico prévio);
3. Medicamentos de uso contínuo;
4. Sinais e sintomas e tempo de início;
5. Suspeita diagnóstica;
6. Sinais vitais;
7. Exame físico;
8. Medidas já realizadas na APS antes do encaminhamento (hidratação, medicações administradas).

4.2 COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

O Diabetes Mellitus, especialmente quando não adequadamente controlado, pode causar disfunções irreversíveis nos órgãos alvo, incluindo cegueira, insuficiência renal e necrose de extremidades, entre outras complicações, que ocasionam redução da capacidade de trabalho, gastos expressivos com saúde e comprometimento da expectativa e da qualidade de vida.

Os usuários com diagnóstico de DM podem ser encaminhados pelo médico da APS para avaliação especializada, de acordo com os critérios estabelecidos nos protocolos de acesso às especialidades. Os encaminhamentos deverão ser realizados por meio do sistema SIG-SaúdeTech e a Central de Regulação será responsável pela análise e priorização dos casos seguindo os protocolos vigentes. Para as especialidades de Endocrinologia, Nefrologia e Neurologia é obrigatório que o encaminhamento seja feito através de Teleconsultoria, realizada através do link do sistema de [Telemedicina](#).

4.2.1 Doença Renal Diabética

4.2.1.1 Definição

A doença renal diabética é uma complicação microvascular do DM associada com morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. Em geral, manifesta-se pela presença de proteinúria detectável persistente, em geral associada a elevação da pressão arterial, no longo prazo tendendo a evoluir para insuficiência renal. Juntamente com a hipertensão arterial, são as principais causas de insuficiência renal crônica em pacientes que ingressam em serviços de diálise.



4.2.1.2 Rastreamento e Diagnóstico

O diagnóstico geralmente é clínico, baseado na presença de albuminúria e/ou redução na taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) na ausência de sinais e sintomas de outras causas primárias de lesão renal.

A TFGe e a Razão Albumina Creatinina (RAC) são preditoras independentes do curso evolutivo da doença renal e do risco de mortalidade. Portanto, o rastreamento inicial da nefropatia diabética deve ser realizado por meio de uma amostra de urina aleatória para cálculo da RAC e estimativa da TFGe, obtida a partir da creatinina sérica, utilizando a equação [CKD-EPI](#) (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

A recomendação para início do rastreamento varia de acordo com o tipo de diabetes:

- **DM1 a partir de 10 anos:** 5 anos após o diagnóstico.
 - **DM2:** no momento do diagnóstico
- Periodicidade de reavaliação anual.

4.2.1.3 Encaminhamento para Nefrologia

Após o rastreamento realizado pelo médico na APS, os pacientes que atenderem aos critérios descritos no [Quadro 16](#) podem ser encaminhados à especialidade de Nefrologia, conforme o [Protocolo de Acesso à Nefrologia](#).

Quadro 16. Critérios de encaminhamento do paciente com Diabetes à Nefrologia

ESPECIALIDADE	CRITÉRIO
Nefrologia Geral	• Proteinúria (microalbuminúria: RAC $\geq$ 300 mg/g); • Doença Renal Crônica (DRC), assim definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde; TFG $>$ 60 mL/min/1,73 m² sem outros marcadores de dano renal (proteinúria, cilindros patológicos, anormalidade estrutural) não caracteriza DRC; • TFG $<$ 30 mL/min/1,73m², sem evidência de complicações associadas à DRC ou perda rápida da função renal (TFG $<$ 60 mL/min/1,73 m² com queda superior a 5 mL/min/1,73 m² em um período de 6 meses, confirmada em 2 exames).
Nefrologia Geral - DRC (agenda específica)	Teleconsultoria compulsória • DRC em estágio 4 (TFG $<$ 30 mL/min/1,73 m²) ou estágio 5 (TFG $<$ 15 mL/min/1,73 m²).

Elaborado: NGQ, 2026.



4.2.1.4 Tratamento

O controle adequado da glicose e da pressão arterial, cessação do tabagismo, perda de peso e diminuição da ingestão de sal e/ou proteína pode reduzir o risco de desenvolver a nefropatia diabética e diminuir a sua progressão. Para o manejo da HAS, estudos apontam a superioridade dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA) na proteção renal do paciente diabético.

4.2.2 Retinopatia Diabética (RD)

4.2.2.1 Definição

A retinopatia diabética é uma complicação microvascular comum e específica do DM, cuja prevalência está fortemente relacionada à duração do diabetes e ao nível de controle glicêmico. Glaucoma, catarata e outras doenças oculares ocorrem mais cedo e com maior frequência em pessoas com diabetes. Embora a cegueira seja um evento raro (aproximadamente 20/100.000/ano) em pacientes com diabetes, a perda de acuidade visual é comum após dez anos de diagnóstico, acontecendo em 20% a 40% dos pacientes mais idosos.

Além da duração do diabetes, fatores que aumentam o risco ou estão associados à retinopatia, incluem hiperglicemia crônica, nefropatia, hipertensão e dislipidemia.

4.2.2.2 Rastreamento e Diagnóstico

O diagnóstico e tratamento precoces melhoram o prognóstico da RD, reduzindo o risco de dano visual irreversível. O atraso no diagnóstico e o surgimento das formas graves constituem a principal causa de perda visual evitável na população economicamente ativa.

O rastreamento, portanto, é fundamental, pois pessoas com retinopatia diabética grave podem permanecer assintomáticas. A recomendação para início do rastreamento varia de acordo com o tipo de diabetes e a faixa etária:

- **DM1 crianças e adolescentes ≥ 11 anos:** 2 a 5 anos de diagnóstico.
- **DM1 adultos:** ao completar 5 anos do diagnóstico.
- **DM2:** no momento do diagnóstico.

O rastreamento é realizado mediante consulta oftalmológica com fundoscopia.



Após a avaliação inicial, na ausência de RD ou em casos de RD leve, é recomendado acompanhamento anual. Em casos de RD moderada ou grave, recomenda-se maior frequência de revisões.

4.2.2.3 Encaminhamento para Oftalmologia

Os encaminhamentos para Oftalmologia devem seguir os critérios estabelecidos no [Protocolo de Acesso Oftalmologia](#).

Quadro 17. Critérios de encaminhamento do paciente com Diabetes à Oftalmologia

ESPECIALIDADE	CRITÉRIO
Oftalmologia Geral - Doenças da retina	- DM1 crianças e adolescentes ≥ 11 anos: 2 a 5 anos de diagnóstico. - DM1 adultos: ao completar 5 anos do diagnóstico. - DM2: no momento do diagnóstico.

Elaborado: NGQ, 2026.

4.2.2.4 Tratamento

O tratamento da RD, na tentativa de postergar a evolução da doença, muitas vezes é realizado através de injeção intravítreo, procedimento esse que possui um elevado custo, portanto, o rastreamento precoce pode impactar na melhora da qualidade de vida do usuário, assim como redução de custos para o Município.

4.2.3 Neuropatia Diabética (NPD)

4.2.3.1 Definição

A neuropatia diabética é uma degeneração progressiva e difusa dos nervos em todo o corpo, podendo comprometer funções autonômicas, motoras e sensoriais. A apresentação clínica mais comum é uma polineuropatia periférica distal, frequentemente descrita como neuropatia em luva e bota. Altera predominantemente a função sensorial, de forma simétrica, provocando sensibilidade anormal e dormência progressiva que contribuem para o desenvolvimento de úlceras por trauma e/ou distribuição anormal de pressão nos ossos dos pés. Em cerca de metade dos indivíduos, manifesta-se com dor neuropática aguda ou crônica, reconhecida como neuropatia periférica diabética dolorosa (NPDD). A NPDD caracteriza-se por dor neuropática na área corpórea afetada pela



neuropatia, que piora com repouso, durante o sono, e melhora com atividade física. A dor crônica traz impacto negativo na qualidade de vida, no humor e na funcionalidade de pessoas com diabetes, causando comorbidades graves, como insônia, ansiedade, depressão e perda de funcionalidade. A neuropatia também pode levar a disfunção erétil, bem como problemas digestivos e urinários e alguns outros problemas, como disfunção autonômica cardíaca.

4.2.3.2 Rastreamento e Diagnóstico

Todos os pacientes com DM2 devem ser examinados para pesquisa da neuropatia periférica diabética no momento do diagnóstico. A recomendação para início do rastreamento varia de acordo com o tipo de diabetes:

- **DM1:** 5 anos após o diagnóstico.
 - **DM2:** No momento do diagnóstico
- Se o rastreio inicial for negativo: reavaliação anual.

4.2.3.3 Encaminhamento para Neurologia

O encaminhamento ao ambulatório de neurologia deve ser realizado para usuários com lesão neuropática periférica decorrente do diabetes e/ou polineuropatia de etiologia definida, quando os sintomas se apresentarem progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme os critérios estabelecidos no Quadro 18, conforme o [Protocolo de Acesso Neurologia](#).

Quadro 18. Critérios de encaminhamento do paciente com Diabetes à Neurologia

ESPECIALIDADE	CRITÉRIO
Neurologia adulto	Teleconsultoria compulsória Encaminhar casos tratados e descompensados de: • Dores neuropáticas refratárias; • Parestesias recorrentes, progressivas; • Polineuropatias e outros transtornos do Sistema Nervoso Periférico (SNP) (CID-10: todas as doenças incluídas em G13, G50 até G59 e G60 até G64).

Elaborado: NGQ, 2026.



4.2.3.4 Tratamento

O tratamento da NPD é baseado no controle dos níveis glicêmicos, a fim de retardar a sua progressão, e dos fatores de risco cardiovascular (pressão arterial, albuminúria, peso, dislipidemia etilismo e tabagismo), além de avaliar e tratar a dor relacionada à NPDD e os sintomas da neuropatia autonômica para melhorar a qualidade de vida. Para casos com muita dor e que não respondem ao controle metabólico, pode ser tentado o manejo inicial com analgésicos, entretanto os analgésicos não opióides são em geral ineficazes na dor neuropática, enquanto os opióides apresentam elevado potencial de dependência, que limita seu uso no longo prazo. O melhor resultado costuma ser obtido com antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes, conforme estabelecido no [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica](#).

O **Quadro 19** a seguir apresenta a relação dos medicamentos disponíveis para o tratamento do NPDD.

Quadro 19. Relação de medicamentos para tratamento da neuropatia periférica diabética

CATEGORIA	CLASSE TERAPÊUTICA	MEDICAMENTO	TRATAMENTO MÁXIMO (POR RECEITA)	CONDIÇÃO/ RESTRIÇÃO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO
Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	Antidepressivo tricíclico	Imipramina, cloridrato 25 mg - comprimido.	60 dias	Medicamento sujeito a controle especial.	Farmácia.
		Amitriptilina, Cloridrato 25 mg - comprimido.	60 dias	Medicamento sujeito a controle especial.	Farmácia.
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	Anticonvulsivantes	Gabapentina 300mg.			Farmácia Escola.
		Gabapentina 400mg.			Farmácia Escola.

Elaborado: NGQ, 2026.

Deve-se iniciar o tratamento com doses baixas e realizar a titulação a cada 4 ou 8 semanas, até atingir a dose máxima tolerada antes de optar pela suspensão por ineficácia.



- Os antidepressivos tricíclicos apresentam como contraindicações: infarto e isquemia do miocárdio, bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro graus, demência, glaucoma, disautonomia e distúrbio bipolar. Portanto, em usuários com 50 anos ou mais, recomenda-se a realização de eletrocardiograma (ECG) antes de iniciar o tratamento com tais medicações.
- Como terapia de terceira linha, com eficácia possível ou provável, o município oferece Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em algumas UBSF, entre elas está a acupuntura para auxílio no controle algico.

4.2.4 Doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus (DPRDM)

4.2.4.1 Definição

A doença do pé relacionada ao Diabetes Mellitus (DPRDM) é uma complicação crônica grave, e caracteriza-se pela presença de infecção, ferida ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e variados graus de doença vascular periférica.

Está entre as complicações mais frequentes do DM e são responsáveis por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores. Desse modo, faz-se necessária a avaliação dos pés nas consultas de acompanhamento do Diabetes como boa prática na oferta do cuidado integral e qualificado às pessoas com essa condição.

4.2.4.2 Avaliação e exame dos pés

O rastreamento da DPRDM deve ser realizado em todas as pessoas com DM2 no momento do diagnóstico, pelo médico ou pelo enfermeiro. Recomenda-se a avaliação periódica dos pés em todas as pessoas com diabetes, com periodicidade anual ou mais frequente, na dependência dos fatores de risco para ulceração e amputação.

A consulta de acompanhamento de pessoas com DM deve compreender a realização do exame dos pés, com uma rotina sistemática de avaliação clínica que envolve anamnese, avaliação da pele, musculoesquelética, vascular e neurológica, além das orientações para o autocuidado, visando a prevenção e o manejo adequado de complicações. A identificação do pé em risco começa com um histórico detalhado que documenta o controle do diabetes, o histórico de tabagismo, a tolerância ao exercício, o histórico de claudicação ou dor em repouso e ulcerações ou amputações prévias.



Quadro 20. Periodicidade recomendada para avaliação dos pés da pessoa com DM, segundo a classificação de risco da DPRDM

CATEGORIA DE RISCO	SITUAÇÃO CLÍNICA	PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO
Grau 0	Sem Perda de Sensibilidade Protetora dos Pés (PSP); Sem Doença Arterial Periférica (DAP).	Anual com médico ou enfermeiro da APS.
Grau 1	PSP com ou sem deformidade (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).	A cada 3 a 6 meses com médico ou enfermeiro da APS.
Grau 2	DAP com ou sem PSP.	A cada 2 a 3 meses com médico ou enfermeiro da APS; Avaliar necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção.
Grau 3	Histórico de úlcera e/ou amputação.	A cada 1 a 2 meses com médico ou enfermeiro da APS ou atenção especializada.

Elaborado: NGQ, 2026.

Para mais informações consultar:

- Manual do Pé Diabético – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, que está disponível em: [Manual do Pé Diabético, MS, 2016.](#)
- Curso EAD disponível na Plataforma Uniservir: [Doença do Pé Relacionada ao Diabetes Mellitus.](#)

4.2.4.3 Encaminhamento para Cirurgia Vascular

Deverão ser encaminhados para tratamento do pé diabético os pacientes diabéticos que apresentarem infecção e/ou ulceração, de vários graus de doença vascular periférica, conforme o [Protocolo de Acesso Cirurgia Vascular Adulto](#).



Quadro 21. Critérios de encaminhamento do paciente com pé diabético à Cirurgia Vascular

ESPECIALIDADE	CRITÉRIO
Cirurgia Vascular Adulto	• Úlcera isquêmica ou neuro isquêmica (mista) (Estágio C); • Úlcera sem resposta ao tratamento após quatro semanas; • Úlcera com necrose ou gangrena; • Isquemia com dor de repouso ou lesão trófica. Lesão infectada sem resolução com tratamento clínico; • Mal perfurante plantar ou osteomielite, pulsos pediosos/tibiais não palpáveis.

Elaborado: NGQ, 2026.

4.2.5 Doenças Cardiovasculares

4.2.5.1 Definição

As doenças isquêmicas cardiovasculares são mais frequentes e mais precoces em indivíduos com diabetes, comparativamente aos demais. Em mulheres com diabetes, o efeito protetor do gênero feminino desaparece. Principalmente em combinação com a hipertensão arterial e a obesidade, ambas comorbidades extremamente frequentes em diabéticos do tipo 2, o risco de eventos cardiovasculares maiores pode superar em muitas vezes o da população em geral.

A sintomatologia das três grandes manifestações cardiovasculares – doença coronariana, doença cerebrovascular e doença vascular periférica – é, em geral, semelhante em pacientes com e sem diabetes. Contudo, alguns pontos merecem destaque:

- A angina de peito e o Infarto agudo do miocárdio (IAM) podem ocorrer de forma atípica na apresentação e na caracterização da dor (devido à neuropatia autonômica cardíaca do diabetes);
- As manifestações cerebrais de hipoglicemia podem mimetizar ataques isquêmicos transitórios;
- A evolução pós-infarto é pior nos pacientes com diabetes.



Todas as pessoas com DM devem ser alertadas quanto à presença dos seguintes fatores de risco para doença macrovascular: tabagismo, dislipidemia, hipertensão, hiperglicemia e obesidade central.

Nesse contexto, recomenda-se a avaliação sistemática do peso corporal, do índice de massa corporal (IMC) e da circunferência da cintura, como medidas essenciais para identificação da obesidade central e do risco cardiovascular associado. A circunferência da cintura é um marcador clínico relevante de adiposidade visceral, estando associada ao aumento do risco de eventos cardiovasculares e à resistência insulínica. Recomenda-se acompanhamento com Eletrocardiograma anual, ou semestral nos pacientes com alto risco cardiovascular.

4.2.6 Estratificação do Risco Cardiovascular

A estratificação do risco cardiovascular é fundamental, pois está diretamente relacionada à morbimortalidade em pessoas com DM. Por isso, o risco cardiovascular deve ser estimado na avaliação inicial e periodicamente, pelo menos uma vez ao ano, em pacientes com DM2.

Além da avaliação clínica e laboratorial, o Ministério da Saúde recomenda o uso de calculadora HEARTS/OPAS/OMS para indivíduos entre 40 e 74 anos, que utiliza parâmetros definidos a partir do estudo Global Burden Disease (GBD), considerando os dados de estimativa populacional brasileira. Por permitir a estratificação do risco cardiovascular utilizando critérios laboratoriais e não laboratoriais, a calculadora [HEARTS](#) é considerada uma ferramenta de fácil aplicabilidade para estimar o risco cardiovascular.

4.2.7 Doença Periodontal

Uma série de repercussões na cavidade oral têm sido associadas ao DM, particularmente em pacientes com controle metabólico deficiente.

A periodontite é uma das comorbidades frequentemente associada ao DM2, existindo relação bidirecional entre as duas morbidades, ou seja, a presença de periodontite pode dificultar o controle da glicemia nos usuários com diabetes, e o DM é um dos principais fatores de risco associados à periodontite. Assim, o cuidado em saúde bucal para pessoas com diabetes deve ser resultado de um trabalho integrado de toda a equipe de saúde, com as seguintes recomendações:

- Todos os usuários com diabetes e hipertensão devem ser orientados sobre os cuidados de higiene bucal e alimentação saudável, preferencialmente incluindo ações específicas no plano de autocuidado e participando de ações preventivas.
- Deve ser realizada avaliação odontológica anual dos usuários diabéticos e hipertensos, para diagnóstico de doenças bucais, especialmente a doença periodontal, e tratamento completo.
- Previamente a todo atendimento odontológico, a equipe deve avaliar o controle glicêmico, por meio da verificação da evolução no prontuário e exames laboratoriais, e pressórico, por meio da aferição da PA. Usuários assintomáticos e com controle metabólico e pressórico podem realizar o procedimento programado. Havendo alteração dos parâmetros terapêuticos, a equipe de saúde bucal deve compartilhar o caso com as equipes médica e de enfermagem, que decidirão juntas a melhor conduta para prosseguimento do tratamento.

5. TRATAMENTO

O tratamento do DM deve ser iniciado imediatamente após seu diagnóstico, independente da esfera de atendimento em que o usuário se encontra, visando rápido controle dos níveis glicêmicos e redução da morbimortalidade associada à patologia. Todos os usuários devem ser orientados quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico e à importância da adesão terapêutica.

O tratamento medicamentoso deve ser individualizado, de acordo com as características do paciente, gravidade e evolução da doença. Para pacientes com diagnóstico há menos de 3 meses e sem fatores de risco recomenda-se iniciar o tratamento exclusivamente com mudanças de modo de vida, incluindo controle de peso, alimentação adequada e saudável e prática de atividade física, e avaliar a resposta terapêutica em 3 meses. Se não houver resposta adequada, deve-se iniciar o tratamento medicamentoso conforme preconizado.

Os benefícios esperados com o início do tratamento incluem:

- Melhor controle glicêmico possível;
- Melhora dos sintomas relacionados à hiperglicemia;
- Diminuição das complicações agudas e crônicas;
- Diminuição da incidência de episódios de hipoglicemia grave e noturna



5.1 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O tratamento não farmacológico é uma importante ferramenta no controle do diabetes e consiste em uma série de ações voltadas à mudança do estilo de vida. Todas as pessoas com DM devem ser estimuladas a rever periodicamente seu estilo de vida, como hábitos alimentares, atividade física, trabalho e lazer, fazendo adequações quando necessário. O estilo de vida exerce influência direta sobre a qualidade de vida, o controle metabólico e o alcance das metas do tratamento.

O controle da obesidade melhora todos os parâmetros da síndrome metabólica, inclusive a resistência insulínica. A redução de 5% no peso corporal favorece o controle glicêmico e pode reduzir a necessidade de medicamentos para o controle do DM2. O [Guia Alimentar para a População Brasileira](#) pode ser usado como referencial para o padrão alimentar saudável de pessoas com diabetes. Priorizar o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, reduzir o consumo de carboidratos simples ou refinados e de bebidas açucaradas e aumentar a ingestão de fibras (25-30g ao dia) podem contribuir para o controle glicêmico e a saúde intestinal.

A prática regular de exercícios físicos pode contribuir de forma significativa para a melhora da saúde e do bem-estar, melhorando o controle do Diabetes e reduzindo o risco de complicações. Para indivíduos com pré-diabetes, em risco aumentado de desenvolver DM2, 150 minutos semanais de atividade física aeróbica de moderada intensidade reduzem o risco de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2. Para pessoas com DM2, a combinação de exercícios resistidos e aeróbicos promove reduções significativas da HbA1c, melhora do condicionamento físico e da função endotelial. Ajustes nas doses e nos horários de administração de insulina podem ser necessários para minimizar o risco de hipoglicemia durante o exercício.

A cessação do tabagismo é outra recomendação importante, visto constituir o tabaco fator de risco relevante para doenças cardiovasculares, dislipidemia e complicações do diabetes.



Referências para manejo e promoção da alimentação saudável e atividade física

- [*Alimentação Cardioprotetora.*](#)
- [*E-books Nutrição.*](#)
- [*Terapia nutricional no DM1.*](#)
- [*Terapia nutricional no pré-diabetes e no DM2.*](#)
- [*Guia de Atividade Física para População Brasileira.*](#)
- [*E-books Atividade Física.*](#)
- [*Atividade física e exercício no DM1.*](#)
- [*Atividade física e exercício no pré-diabetes e DM2.*](#)

5.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

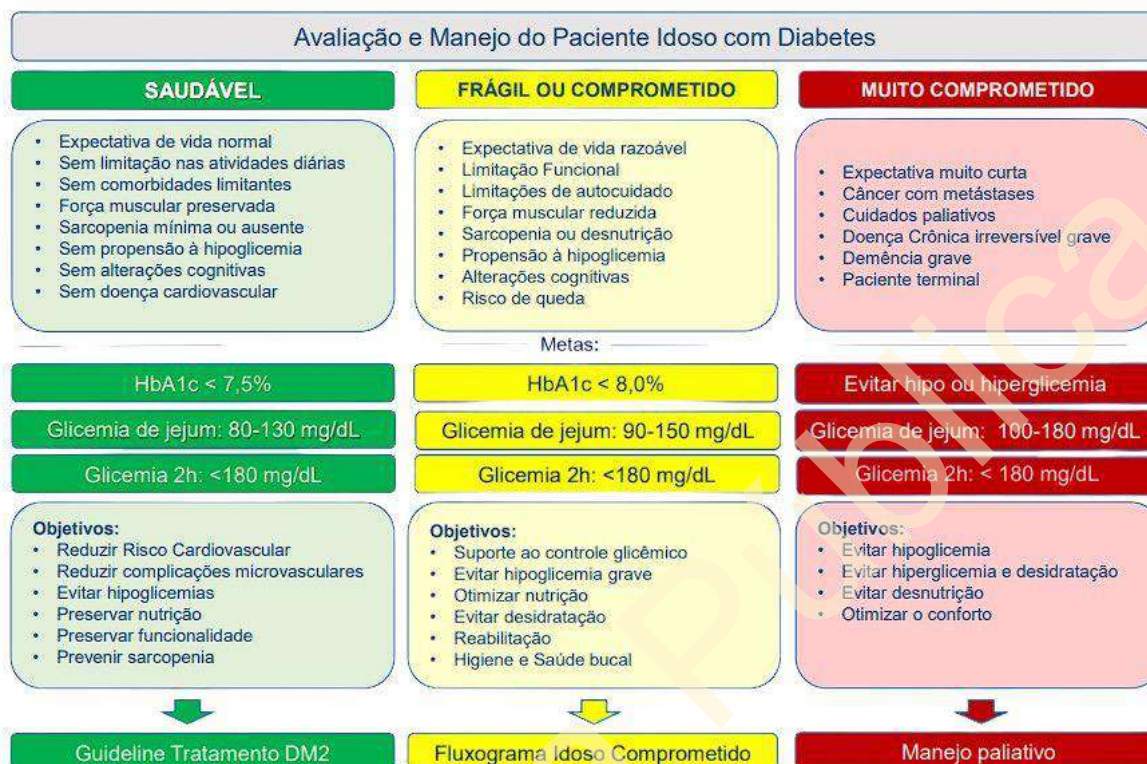
Para pacientes diagnosticados há 3 meses ou mais ou com fatores de risco, o tratamento medicamentoso associado a mudanças de modo de vida deve ser iniciado precocemente, visando evitar a inércia terapêutica, uma vez que o atraso da introdução e intensificação da terapia medicamentosa é um fator determinante para a evolução de complicações crônicas. O tratamento farmacológico do DM deve seguir o preconizado pelo Ministério da Saúde, considerando o tipo de DM, características individuais do paciente e fatores de risco, e deve estar em conformidade com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A meta padrão de controle glicêmico para pacientes jovens e sem complicações envolve manter a hemoglobina glicada abaixo de 7,0%, visando prevenir complicações microvasculares.

O tratamento da pessoa idosa pode exigir metas diferenciadas e cuidados específicos, particularmente naqueles com sarcopenia, comprometimento funcional e cognitivo ou com múltiplas comorbidades e polifarmácia, considerando o maior risco de eventos adversos como a hipoglicemia e a menor efetividade da resposta hiperglicêmica contrarreguladora. Maiores detalhes podem ser vistos na [Figura 01](#).



Figura 01. Metas glicêmicas de acordo com a classe funcional/fragilidade da Pessoa Idosa



Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025.

Os medicamentos padronizados são apresentados no Quadro 22 a seguir.

Quadro 22. Relação dos medicamentos padronizados para o tratamento do DM no SUS, conforme componente da Assistência Farmacêutica

CATEGORIA	CLASSE DE MEDICAMENTO	CLASSE TERAPÊUTICA	MEDICAMENTO	LOCAL DE DISPENSAÇÃO
Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	Sulfonilureias	Hipoglicemiante oral	Glibenclamida 5 mg - comprimido.	Farmácia/ Dispensário
			Gliclazida 30 mg, liberação controlada - comprimido.	Farmácia/ Dispensário.
	Biguanidas	Hipoglicemiante oral	Metformina, Cloridrato, 500 mg - comprimido.	Farmácia/ Dispensário.
			Metformina, Cloridrato, 850 mg - comprimido.	Farmácia/ Dispensário.
	Insulina Humana	Hipoglicemiante injetável	Insulina Humana NPH, 100 UI/mL, suspensão injetável – frasco 10 mL.	Farmácia/ Dispensário.
			Insulina Humana NPH, 100 UI/mL, suspensão injetável – caneta descartável 3 mL.	Farmácia/ Dispensário.
			Insulina Humana Regular, 100 UI/mL, solução injetável – frasco 10 mL.	Farmácia/ Dispensário.
			Insulina Humana Regular, 100 UI/mL, solução injetável – caneta descartável 3 mL.	Farmácia/ Dispensário.
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	Inibidores de Cotransportador Sódio-Glicose tipo 2 (SGLT2)		Dapagliflozina 10 mg, comprimido.	Farmácia Escola.
				Farmácias que integram o Programa Farmácia Popular: aos usuários que apresentem DM2 associada a doença



				cardiovascular e que tenham 65 anos ou mais.
	Insulinas análogas	Hipoglicemiante injetável	Insulinas Análogas de Ação Rápida (por sistema de aplicação).	Farmácia Escola.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, 2020.

No Diabetes Mellitus tipo 1, a insulinoterapia é sempre necessária e deve ser instituída precocemente. No Diabetes Mellitus tipo 2, a estratégia de escolha para o início do tratamento medicamentoso é o cloridrato de metformina em monoterapia. Este medicamento pode ser associado a outros hipoglicemiantes, no caso de falha em atingir a meta terapêutica (sendo avaliado o estado glicêmico após 3 meses a 6 meses no máximo). Em pacientes com valores de HbA1c maior do que 7,5% no diagnóstico, pode-se considerar a terapia associada desde o início. Sugerem-se como tratamento de segunda linha as sulfonilureias, os inibidores de SGLT2 e as insulinas. Essas estratégias são discutidas no Quadro 23.

Quadro 23. Estratégias de tratamento farmacológico do DM por tipo de diabetes (DM1, Pré-Diabetes e DM2)

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO DM POR TIPO DE DIABETES	
DM1	A insulinoterapia deve ser instituída precocemente com intuito de reduzir os riscos de cetoacidose, independente da idade. A terapia pode ser instituída através de múltiplas aplicações diárias, independente do tipo de insulina. O esquema terapêutico deve ser individualizado e deve se atentar a fatores como idade, peso corporal, estágio puberal, tipos de insulina disponíveis na rede, atividade física, hábitos alimentares, duração e fase do diabetes. O tratamento com insulina não pode ser descontinuado em usuários com DM1, porém, usuários que estão em uso de insulina análoga de ação rápida ou prolongada e que não comprovarem a manutenção do bom controle glicêmico devem ter o tratamento interrompido e retornar ao uso das insulinas humanas regular e Insulina Isófana (NPH).
PRÉ-DIABETES	O tratamento medicamentoso no caso de pré-diabetes deve ser considerado nas seguintes situações: • idade menor que 60 anos; • obesidade com IMC acima de 35 kg/m²; • mulheres com história de diabetes gestacional; • presença de síndrome metabólica, com hipertensão ou quando a glicemia de jejum for maior que 110 mg/dL.



	Nesses casos em que o tratamento é indicado, quando não há contraindicações, a metformina é a droga de escolha.
DM2	<u>ANTIDIABÉTICO ORAL</u> A escolha do agente antidiabético deve ser feita de forma individualizada, considerando as características do usuário, gravidade, IMC, evolução da doença e a taxa de filtração glomerular (TFG), sendo que aspectos como eficácia, risco de hipoglicemia, tolerabilidade, custo, potenciais efeitos adversos e a preferência do usuário também devem ser considerados. A metformina, em monoterapia, é o tratamento de escolha inicial, mas deve-se associar a outros antidiabéticos no caso de falha ao atingir a meta de HbA1c. O principal componente do acompanhamento do tratamento da hiperglicemia no DM2 é a dosagem de HbA1c, com meta $\leq 7\%$. Ao combinar mais de um fármaco, deve-se levar em conta que a efetividade da adição de um novo antidiabético oral determina uma redução de 0,5% a 1,5% de HbA1c para cada novo fármaco acrescentado.
	<u>INSULINA</u> A insulina é indicada para o tratamento da hiperglicemia quando houver falha no controle glicêmico com hipoglicemiantes orais disponíveis, podendo ser prescrita como parte de esquema combinado ao longo do tratamento. Os hipoglicemiantes orais podem ser mantidos, a critério médico, principalmente a metformina nos casos com resistência à insulina. O tratamento com insulina deve ser iniciado quando houver falha terapêutica com uso dos hipoglicemiantes orais disponíveis, podendo ser prescrita como tratamento combinado (se não houver contra indicação de seu uso como em caso de falência pancreática) ou em casos de hiperglicemia com HbA1c $> 9\%$ ou glicemia jejum ≥ 300 mg/dL. Nesses casos recomenda-se iniciar o tratamento com NPH. Naqueles usuários em que já estiverem em uso de NPH (uma ou duas aplicações diárias) e não apresentarem controle glicêmico adequado em associação ou não com hipoglicemiantes orais, que necessitem de uma ou mais doses de insulina junto às refeições, o uso de Insulina Regular é recomendado. Nesse caso deve-se iniciar com 2 ou 4 unidades de insulina rápida antes da refeição principal e ajustar posteriormente conforme os valores das glicemias pós-prandiais.

Elaborado: NGQ, 2026.



Quadro 24. Considerações para escolha da terapia medicamentosa em idosos com DM

MEDICAMENTO	RECOMENDAÇÕES
Metformina	• Considerar quando o IMC > que 22 kg/m² • Começar com doses baixas e titular conforme a tolerância; • Preferir a Metformina XR (disponível na Farmácia Popular). Sempre revisar a função renal e evitar o uso quando < 30 mL/min/1,73 m²; • Substituir ou reduzir a dose, se ocorrer perda inesperada de peso ou intolerância gastrointestinal; • Rever anualmente, após quatro anos iniciais de uso, dosagens de vitamina B12 e repor quando necessário.
Sulfonilureias	• Preferir a gliclazida MR (menor potencial para hipoglicemia), iniciando sempre com doses baixas, para minimizar o risco de hipoglicemia; • Evitar o uso de glibenclamida.
Inibidores de SGLT2	• Atenção com o uso de inibidores do SGLT2 no idoso com IMC < 22 kg/m², para evitar perda ponderal.
Insulinas	• Insulina basal pode ser utilizada em monoterapia ou em combinação com um segundo ou um terceiro agente; • Deve ser sempre preferida quando houver sintomas catabólicos relacionados à hiperglicemia e deficiência de insulina como: poliúria, polidipsia, perda de peso e cetonemia; • Fazer monitorização glicêmica; • Preferir análogos de insulina de ação longa em pacientes mais propensos à hipoglicemia.

Elaborado: NGQ, 2026.

5.2.1 Contraindicações

- **Cloridrato de metformina:** gravidez ou amamentação; insuficiência renal grave (TFG menor que 30 mL/min/1,73 m²), insuficiência hepática descompensada, insuficiência cardíaca ou insuficiência respiratória, e acidose grave; infecção grave; pré-operatório e pós-operatório, em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.
- **Sulfonilureias - glibenclamida, gliclazida:** gravidez, lactação, insuficiência renal grave (TFG menor que 30 mL/min/1,73 m²); infecção grave ou insuficiência hepática. Além disso, glibenclamida não é recomendada para pacientes com idade superior ou igual a 60 anos.



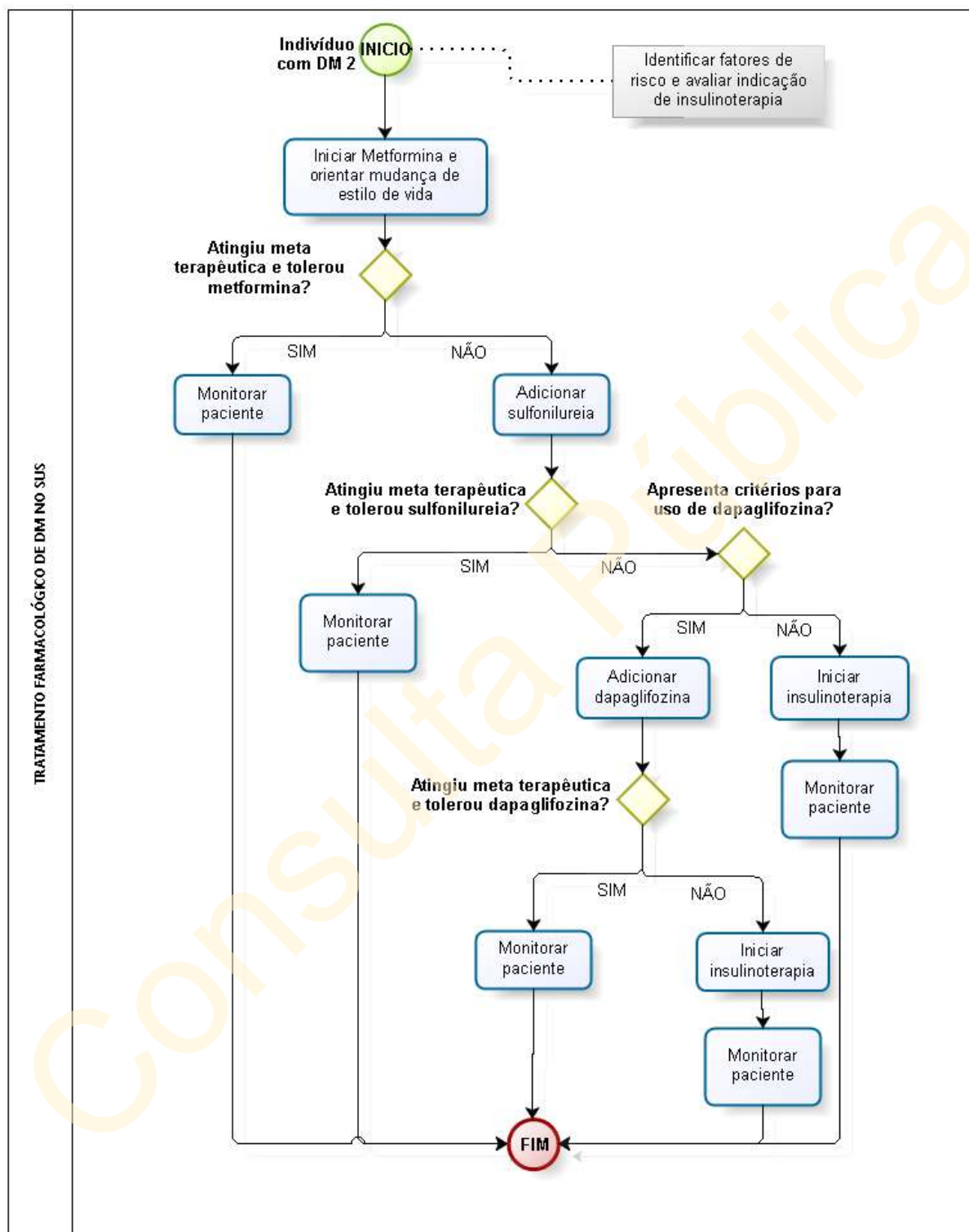
- **Insulina humana NPH e insulina humana regular:** não há contraindicações absolutas. Deve-se observar a ocorrência de hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de tratamento com dessensibilização ou troca de apresentação.
- **iSGLT2 - dapagliflozina:** gravidez e lactação; não deve ser usado em pacientes com TFG estimada persistentemente inferior a 25 mL/min/1,73 m²

- O Protocolo de Dispensação de Insulinas Humanas NPH e Regular e Orientações Gerais sobre Insulinas está disponível no site da prefeitura, em [Protocolos, Pops e Outros Documentos da Saúde](#).
- Os critérios de acesso aos análogos de insulina de ação rápida está normatizado de acordo com o [Protocolo e Diretrizes Terapêuticas \(PCDT\) de Diabetes Mellitus Tipo 1](#).
- Os critérios para indicação da Dapagliflozina 10 mg estão disponíveis em: [Resumo Dapagliflozina DM2](#). E os formulários para solicitação do medicamento em: [Formulários CEAF](#).

A seguir os Fluxogramas 05 e 06 apresentam o tratamento medicamentoso e o manejo inicial da insulina no usuário com DM2, respectivamente.



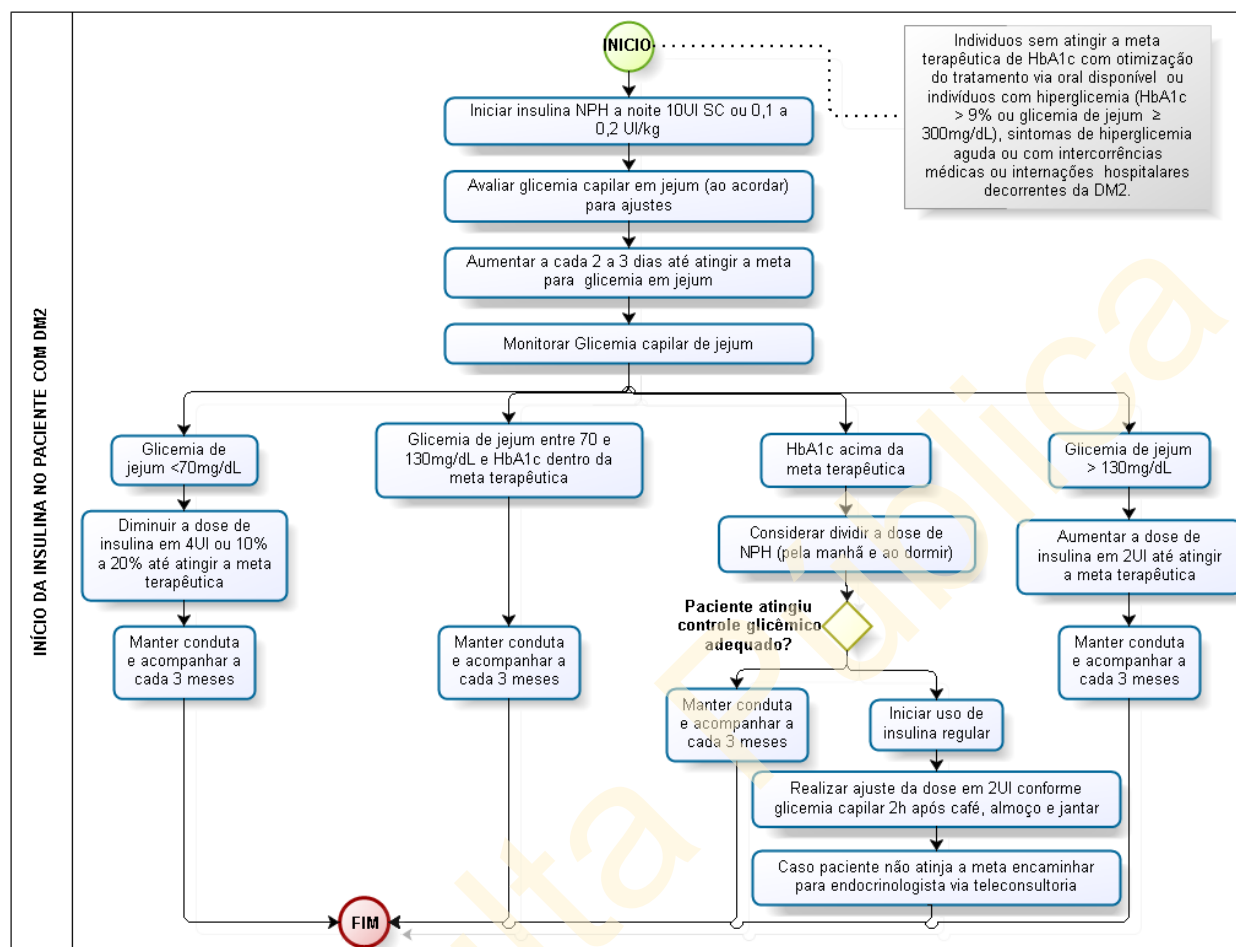
Fluxograma 05. Fluxograma de tratamento medicamentoso do DM2



Elaborado: NGQ, 2026.



Fluxograma 06. Fluxograma para início da insulina no usuário com DM2



Elaborado: NGQ, 2026.

6. ACOMPANHAMENTO, PLANO DE CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO USUÁRIO COM DM

O cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus requer um acompanhamento contínuo, sistematizado e centrado nas necessidades individuais. Após a definição do tratamento, a avaliação periódica pela equipe multiprofissional é fundamental para monitorar o controle metabólico, prevenir complicações, fortalecer o autocuidado e ajustar o plano terapêutico sempre que necessário. Durante o acompanhamento da pessoa com diabetes, recomenda-se que o profissional de saúde realize uma abordagem educativa e acolhedora, individual ou coletiva, se possível, envolvendo a família. Essa abordagem deve promover o conhecimento sobre a condição clínica, e oferecer suporte ao autocuidado (autocuidado apoiado), com o objetivo de tornar o indivíduo corresponsável pelo seu cuidado e capaz de realizar melhores decisões em seu cotidiano. Os



momentos-chave em que esta abordagem se faz necessária são: ao diagnóstico da doença; durante as consultas periódicas de acompanhamento; quando o paciente sinalizar dificuldades e outras necessidades específicas; e quando há mudança na equipe de saúde responsável pelo cuidado e tratamento.

As estratégias educativas devem ser selecionadas de acordo com as características das pessoas com DM, recursos disponíveis e objetivo educativo. As abordagens individuais e coletivas são importantes e complementares.

A equipe deve envolver as pessoas com DM na implementação do seu plano de cuidado, estimulando-os a desenvolverem suas capacidades e explorar seus potenciais, em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida. Neste sentido, é importante que o profissional de saúde ofereça exemplos de comportamentos saudáveis a serem adotados e colabore com o paciente na construção de estratégias adaptadas à sua realidade.

6.1 MODALIDADES DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO AO DIABETES

- Atenção contínua: corresponde ao acompanhamento longitudinal das pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde, realizado por diferentes profissionais da equipe e orientado pelo autocuidado apoiado. É indicada para pessoas em situação não agudizada, incluindo o primeiro atendimento após a estratificação de risco. O atendimento ocorre de forma individual, sequenciado pela eSF e pela eMulti, conforme critérios clínicos e apoio matricial. Ao final do processo, é elaborado um Plano de Cuidados interdisciplinar, construído e pactuado com a pessoa com DM, respeitando suas necessidades, escolhas e capacidades de autocuidado.
- Atenção compartilhada em grupo: atenção coletiva multiprofissional e interdisciplinar aos casos estáveis, com risco semelhante, que possam participar de atividades em grupo. Embasada no compartilhamento das experiências das pessoas e no processo colaborativo para elaboração. É uma intervenção programada, onde os profissionais não são os personagens centrais da atividade. Deve ser utilizado preferencialmente na APS podendo também ser utilizado nos serviços de Especialidades.
 - Exemplos: grupos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, grupos de atividade física, educação nutricional e/ou promoção da saúde,



desenvolvidos nas UBSFs ou em espaços comunitários como as Vilas da Saúde, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Igrejas e Associações de moradores.

- Grupo operativo: rede de indivíduos que interagem entre si e comprometem-se com uma tarefa. A tarefa é o que diferencia das demais abordagens em grupo. Utilizado para mudança de hábitos, o propósito da operatividade é incentivar grupos e pessoas a agirem com maior autonomia e consciência, assumindo responsabilidades por escolhas e ações para a mudança. Tem duração, temas, tarefas e objetivos definidos e mensuráveis. Pressupõe a construção de vínculos e a troca de conhecimentos sobre qualidade de vida e processo saúde-doença. É necessário um coordenador habilitado para trabalhar nesse grupo. Não há palestras pelos profissionais de saúde.
 - Exemplos: grupo de tabagismo e grupo de autocuidado apoiado.
- Projeto Terapêutico Singular (PTS): ferramenta para o manejo das condições crônicas, por permitir o cuidado interdisciplinar e agregar o cuidado profissional ao autocuidado apoiado. O objetivo é mudar da assistência prescritiva para o cuidado participativo. Trata-se de um roteiro documental compartilhado entre usuários da atenção primária e secundária, que contempla diagnóstico biopsicossocial, definição da terapêutica, e intervenções para manutenção ou recuperação da saúde. Ele é indicado aos usuários com fatores de risco modificáveis, com condição crônica que demandem cuidados individualizados. O plano de cuidado é de propriedade da pessoa com DM, devendo esta ter uma cópia, assim como a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) devem manter o registro e as atualizações do mesmo, compartilhando entre si essas informações. O modelo do plano de cuidado deve ser elaborado em conjunto pelas equipes da atenção primária e secundária, para se adequar à realidade de cada região (SEI nº 0016270046).
- Autocuidado apoiado: estratégia de cuidado centrada na pessoa, que visa fortalecer a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para gerir sua própria saúde e condições crônicas, com o apoio contínuo e estruturado da equipe de saúde. Baseia-se na construção compartilhada do plano de cuidado, no estabelecimento de metas pactuadas e realistas, no acompanhamento sistemático e no estímulo à autonomia, à corresponsabilização e à tomada de decisões



informadas. No âmbito da APS, o autocuidado apoiado promove a adesão ao tratamento, a mudança de hábitos de vida e a melhoria da qualidade de vida, considerando o contexto sociocultural e as singularidades de cada usuário.

Recomenda-se que as unidades de saúde organizem grupos de pessoas com DM, com objetivo de reforçar as medidas de autocuidado, assim como a troca de experiências entre os integrantes. A organização dos grupos pode ser realizada envolvendo integrantes das eSF e/ou eMulti, assim como grupos específicos de cada área de atuação, não sendo necessariamente conduzido por profissional de nível superior.

SUGESTÃO DE TEMAS PARA AÇÕES EDUCATIVAS

- Adesão à alimentação saudável;
- Substituição de alimentos;
- Decisões em situações não rotineiras;
- Conscientização sobre a influência das escolhas alimentares no controle glicêmico;
- Prevenção de complicações agudas e crônicas;
- Estímulo à atividade física regular;
- Estímulo para que os usuários organizem-se em grupos de ajuda mútua, por exemplo, caminhada em grupo, troca de receitas, entre outros;
- Promoção de espaço para participação e discussão com familiares.

6.2 ESTRATIFICAÇÃO DO CUIDADO

Pacientes diabéticos podem necessitar de diferentes graus de cuidado em função da crescente complexidade do quadro clínico e do melhor (ou pior) controle glicêmico obtido. A estratificação mediante critérios bem definidos possibilita o planejamento adequado, a organização do cuidado e orienta o acompanhamento, a periodicidade das consultas e a definição das estratégias terapêuticas e educativas.

Usuários com boa resposta terapêutica, controle glicêmico adequado e sem complicações podem ser acompanhados prioritariamente por meio de atenção contínua e participação em estratégias coletivas de cuidado, como grupos educativos e grupos operativos, com foco no fortalecimento do autocuidado e na prevenção de complicações, enquanto aqueles com quadros mais complexos, difícil controle metabólico e complicações frequentes demandam acompanhamento mais intensivo, com maior frequência de consultas individuais, elaboração e revisão periódica do plano de cuidado multiprofissional e possível articulação com a atenção especializada, especialmente em situações de descompensação metabólica, presença de complicações crônicas ou maior vulnerabilidade clínica e social.



Para o alcance desses objetivos, recomenda-se:

- Conhecimento da população de pessoas com diabetes do território;
- Estratificação de risco;
- Manejo das necessidades das pessoas com Diabetes, de acordo com os estratos de risco;
- Busca ativa dos usuários faltosos, com visitas domiciliares se necessário;
- Ações que visem reduzir a ausência às consultas de rotina.

O Quadro 25 apresenta critérios para estratificação de risco para a pessoa com DM, com base em parâmetros clínicos e controle metabólico.

Quadro 25. Estratificação do cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus

RISCO	CRITÉRIOS
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e tolerância diminuída à glicose.
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: • Controle metabólico ($HbA1c < 7,5$) e pressórico adequados; • Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia).
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: • Controle metabólico ($7,5 < HbA1c < 9$) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado).
Muito Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: • Mau controle metabólico ($HbA1c > 9$) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios; • Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses; • Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – acidente vascular cerebral, acidente isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial periférica com intervenção cirúrgica; • Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção; • Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras); • Risco social: idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social.

Elaborado: NGQ, 2026.



6.3 PERIODICIDADE DE CONSULTAS E ACOMPANHAMENTO

O número de consultas e de atendimentos para usuários com DM2 deve considerar a estratificação de risco apresentada acima. No entanto, a programação do cuidado deve considerar também os determinantes sociais de Saúde, os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica, as necessidades individuais e as intercorrências clínicas.

Quadro 26. Periodicidade indicada para consultas na APS, com base na estratificação de risco

RISCO	CONSULTA		
	Médico	Enfermeiro	Dentista
Baixo	Anual (1x/ano)	Semestral (2x/ano)	Anual (1x/ano)
Médio	Semestral (2x/ano)	Quadrimestral (3x/ano)	Anual (1x/ano)
Alto	Quadrimestral (3x/ano)	Trimestral (4x/ano)	Anual (1x/ano)
Muito Alto*	Trimestral (4x/ano)	Mensal (12x/ano)	Anual (1x/ano)

Elaborado: NGQ, 2026.

*Enquanto persistir o “risco muito alto”.

6.4 AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR (AMGC)

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus insulínica, compreendidos os portadores de DM1, DM2 que usam insulina, e diabetes gestacional (BRASIL, 2007).

6.5 EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA DM2

O monitoramento laboratorial periódico é fundamental para o cuidado das pessoas com DM2. Esses exames permitem avaliar o controle glicêmico, identificar precocemente complicações crônicas, além de orientar ajustes terapêuticos. A periodicidade deve ser definida a partir da estratificação de risco, da evolução clínica e das necessidades



individuais, garantindo um cuidado integrado, seguro e oportuno. O Quadro 27 apresenta a recomendação de frequência para os principais exames utilizados no acompanhamento do DM2.

Quadro 27. Exames e periodicidade recomendada para pessoas com DM2

EXAME	CÓDIGO SIG-SAÚDETECH	PERIODICIDADE	PROFISSIONAL
Glicose jejum, Dosagem de - Sangue (PMV).	99000041	Pelo menos 2 vezes ao ano.	Médico e Enfermeiro
Hemoglobina Glicosilada, Dosagem de (PMV).	99000536	Pelo menos 2 vezes ao ano.	Médico e Enfermeiro
Colesterol Total, Dosagem de - Sangue (PMV).	99000051	Anual.	Médico e Enfermeiro
Colesterol Hdl, Dosagem de (PMV).	99000531	Anual.	Médico e Enfermeiro
Triglicerídeos, Dosagem de - Sangue (PMV).	99000055	Anual.	Médico e Enfermeiro
Creatinina, Dosagem de - Sangue (PMV).	99000038	Anual (em pacientes de alto risco pode ser realizada até bimestralmente a critério clínico).	Médico e Enfermeiro
Ácido Úrico, Dosagem de - Sangue (PMV)	99000026	Anual, ou a critério clínico.	Médico e Enfermeiro
Parcial de Urina - Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimentos da Urina (PMV).	99000080	Anual, ou a critério clínico.	Médico e Enfermeiro
Microalbumina na Urina, Dosagem de - Urina isolada (PMV).	99000138	Anual.	Médico e Enfermeiro
Vitamina B12, Dosagem de (PMV).	99000543	Anual.	Médico

Elaborado: NGQ, 2026.

Legenda: PMV: Procedimento Municipal Vinculado



6.6 METAS

De modo geral, independente do tipo de DM, o controle glicêmico deve ser individualizado, sendo os exames de escolha a hemoglobina glicada (HbA1c) e as glicemias capilares (jejum, períodos pré-prandiais, 2h após as refeições e ao deitar).

Quadro 28. Metas individualizadas em situações específicas

	ADULTO JOVEM	IDOSO SAUDÁVEL	IDOSO COMPROMETIDO (FRÁGIL)	IDOSO MUITO COMPROMETIDO	CRIANÇA E ADOLESCENTE
HbA1c %	< 7,0	< 7,5	< 8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia.	< 7,0
Glicemia de Jejum e 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

Elaborado: NGQ, 2026.

7. REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

Estudo recentes têm usado o termo Remissão do Diabetes Mellitus tipo 2 para indicar a melhora sustentada dos níveis glicêmicos, com a hemoglobina glicada mantendo-se abaixo de 6,5% por pelo menos 3 meses após a suspensão da terapêutica hipoglicemiante. Isso pode ocorrer em associação à mudança efetiva no estilo de vida, com redução dos fatores de risco modificáveis, em particular da obesidade. Essa situação pode ser transitória e demanda a continuidade das mudanças no estilo de vida e da vigilância ativa.

No caso da Pessoa Idosa, mesmo em casos em que não há remissão do DM, a desprescrição faz parte das intervenções que precisam ser planejadas, monitoradas e implementadas de forma individual tendo em vista o risco-benefício, as preferências, expectativas e desejos da Pessoa Idosa, presença de comorbidades, fragilidade, uso de polifarmácia, expectativa de vida e a funcionalidade do usuário.



Em usuários com DM2 em uso de insulino terapia, em alguns casos como pós cirurgia bariátrica ou pessoas que apresentaram importante perda ponderal com as mudanças de estilo de vida, é possível realizar a suspensão da insulino terapia e manter tratamento apenas com hipoglicemiantes orais, porém tal medida exige avaliação e monitoramento médico. No caso de os níveis glicêmicos voltarem a subir é necessário retomar o tratamento com insulino terapia.

8. INDICADORES DE MONITORAMENTO

As metas específicas para o Cuidado da Pessoa com Diabetes tem como objetivo avaliar o acesso e monitoramento efetivo do cuidado integral à saúde das pessoas com diabetes, com incentivo à captação precoce e acompanhamento coordenado e contínuo na APS, em consonância com as diretrizes do Cofinanciamento da APS, que induz a qualificação das ações e resultados em saúde nos territórios. Para isso, são monitorados os usuários cadastrados e vinculados às equipes de saúde com diagnóstico de diabetes. Os indicadores de monitoramento da Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus estão descritos no Quadro 29.

Quadro 29. Indicadores de Monitoramento do Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META	FONTE
Proporção de pessoas com DM em acompanhamento ambulatorial.	Número de pessoas com DM com, pelo menos, uma consulta com médico ou enfermeiro nos últimos 6 meses / Número de pessoas com DM cadastradas no mesmo local e período (x 100)	%	60%	Sistema de Prontuário Informatizado/SI SAB
Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT.	Número de óbitos de 30 a 69 anos por DCNT (CID 10 - C00-C97; E10-E14; I00-I99; J30-J98 exceto J36), em residentes, em determinado período x 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado período	Taxa	265	SIM e IBGE



Proporção de usuários com DM com registro anual de dados antropométricos e no sistema local (prontuário) pelo menos um registro de peso e altura nos últimos 12 meses.	Número de usuários com DM com registro de peso e altura no sistema local (prontuário) nos últimos 12 meses / Número total de usuários com DM cadastrados e acompanhados no mesmo período (x 100)	%		Sistema de Prontuário Informatizado/SI SAB e SISVAN
Proporção de usuários com DM com registro anual de Marcadores de Consumo Alimentar no sistema local (prontuário) pelo menos um registro de peso e altura nos últimos 12 meses.	Número de usuários com DM com pelo menos um registro de Marcadores de Consumo Alimentar nos últimos 12 meses / Número total de usuários com DM cadastrados e acompanhados no mesmo período (x 100)	%		Sistema de Prontuário Informatizado/SI SAB e SISVAN

Elaborado: NGQ, 2026.



REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Professional Practice Committee. **Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes** — 2024. Diabetes Care, v. 47, suppl. 1, p. S20–S42, 2024. DOI: 10.2337/dc24-S002. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10725812/#s46>. Acesso em: out. 2025.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Care in Diabetes** — 2025. Diabetes Care, v. 48, suppl. 1, jan. 2025. Disponível em: <https://professional.diabetes.org/standards-of-care>. Acesso em: 24 nov. 2025.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Care in Diabetes** — 2026. Diabetes Care, v. 49, suppl. 1, 2026. Disponível em: <https://sentucuman.com.ar/docs/standards-of-care-2026.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2026.
- ANTUNES, Y. R. et al. **Diabetes Mellitus Tipo 2: a importância do diagnóstico precoce da diabetes**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 12, p. 116526–116551, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-419>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/41218/pdf>. Acesso em: out. 2024.
- ARSLANIAN, S. et al. **Evaluation and Management of Youth-Onset Type 2 Diabetes: a position statement by the American Diabetes Association**. Diabetes Care, v. 41, n. 12, p. 2648–2668, 2018. DOI: 10.2337/dci18-0052. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/41/12/2648/36602/Evaluation-and-Management-of-Youth-Onset-Type-2>. Acesso em: 6 fev. 2026.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Crises hiperglicêmicas agudas: diagnóstico e tratamento**. AMB, [s.d.]. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/crises_hiperglicemicas_agudas_diagnostico_e_tratamento.pdf. Acesso em: nov. 2024.



BRASIL. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006**: 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. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 set. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11347.htm. Acesso em: jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Farmácia Popular**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jun. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/arquivos/cartilha-farmacia-popular.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **PCDT Diabetes Mellito Tipo 2: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Conitec, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabete-melito-tipo-2>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Formulário de marcadores de consumo alimentar (versão 3.0)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/publicacoes/documentos-sisvan-web/ficha_marcadores_alimentar.pdf/view. Acesso em: jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular beneficiou mais de 24 milhões de**



brasileiros em 2024, maior número da série histórica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 20 fev. 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/farmacia-popular-beneficiou-mais-de-24-milhoes-de-brasileiros-em-2024-maior-numero-da-serie-historica>. Acesso em: 5 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipoglicemia – Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto: unidade de atenção primária.** In: LINHAS de cuidado: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto – Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:

[https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-aguda/hipoglicemia/#pills-manejo-inicial](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-aguda/hipoglicemia/#pills-manejo-inicial). Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da gestão de alto risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://atencao primaria.es.gov.br/Media/AtencaoPrimaria/Mulher/Manual%20Gesta%C3%A7%C3%A3o%20Alto%20Risco%202022.pdf>.

. Acesso em: out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2016/manual-do-pe-diabetico.pdf/view>. Acesso em: 6 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/07/manual-instrutivo-rede-atencao-urgencias-emergencias-sistema-unico-saude.pdf>.

Acesso em: nov. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023:** institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18 out. 2023.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017:** aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 10 out. 2007. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html. Acesso em: jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010:** estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 483, de 1 de abril de 2014:** redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2 abr. 2014. Disponível em:



<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120255-portaria-483-2014-red-e-de-atencao-a-saude-das-pessoas-com-doencas-cronicas.pdf> Acesso em: out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.613, de 14 de fevereiro de 2025:** altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer a gratuidade dos medicamentos do elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil para o tratamento de incontinência urinária e diabetes mellitus associada a doença cardiovascular, extinguindo a modalidade do copagamento do Programa. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 14 fev. 2025. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/legislacao-diaria/2443_legislacao-diaria-nacional-14-02-2025 Acesso em: dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.799, de 21 de agosto de 2025.** Saúde Legis, 2025. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/legislacao-diaria/2587_legislacao-diaria-nacional-21-de-agosto-de-2025. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024:** protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para diabetes mellitus tipo 2. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/PCDTDM2.pdf/@@display-file/file>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 1.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2019/relatrio_pcdt-diabetes-mellitus-tipo-1_2019.pdf. Acesso em: out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>. Acesso em:

set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Cadernos de Atenção Básica, nº 35)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica35.pdf. Acesso em: out. 2025.

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, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica36.pdf. Acesso em: out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 8 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/arquivos/orientacoes-para-a-coleta-e-analise-de-dados-antropometricos-em-servicos-de-saude/view>. Acesso em: 8 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Curso I: Regulação de sistemas de saúde do SUS: módulo 1 – Política Nacional de Regulação do SUS**. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo1_politica_nacional_regulacao_sus.pdf



. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Nota Técnica nº 13/2023–SAES/GAB/SAES/MS**: justificativa da dispensa da Avaliação de Impacto Regulatório (AIR) para a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 dez. 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/dez_23/NOTA_TECNICA_13_PORTARIA_GM_1604_2023.pdf. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota metodológica C4**: cuidado da pessoa com diabetes. Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c4-cuidado-da-pessoa-com-diabetes>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Painéis de monitoramento: mortalidade por DCNT**. SVS, [s.d.]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcmt/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2023: morbidade referida e autoavaliação de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-2006-2023-morbidade-referida.pdf>. Acesso em: set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/SECTICS/MS nº 11, de 26 de setembro de 2024**: aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 26 set. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-conjunta-saes-sectics-no-11-de-16-de-setembro-de-2024>. Acesso em: dez. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **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. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa5_aps_anexo5.pdf. Acesso em: dez. 2025.

CHAMARTHI, V. S.; GARG, C.; DALEY, S. F. **Obesity and Type 2 Diabetes.** In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592412/>. Acesso em: nov. 2025.

COPELAND, K. C. et al. **Characteristics of adolescents and youth with recent-onset type 2 diabetes: the TODAY cohort at baseline.** The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 96, n. 1, p. 159-167, 2011. DOI: 10.1210/jc.2010-1642. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3038479/>. Acesso em: 6 fev. 2026.

CUNHA, Bruna Santos da; LUCAS, Luiza Silveira; ZANELLA, Maria José Borsatto. **Emergências glicêmicas.** Acta Médica, Porto Alegre, v. 37, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882997>. Acesso em: out. 2024.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Autocuidado apoiado: caderneta.** 2. ed. Curitiba, PR: Fundo Municipal da Saúde; Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2025. Disponível em: <https://mid.curitiba.pr.gov.br/2025/00462395.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2026.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha-guia Diabetes:** Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) 2024. Vitória, ES: SESA-ES, 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20Gest>



[ores/Linha%20Guia%20Diabetes%20SESA%20ES%202024.pdf](#). Acesso em: dez. 2025.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem – Volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares.**

Florianópolis, SC: SMS, 2020. Disponível em:

<https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%201%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2024.

FONSECA, Fabiana et al. Emergências glicêmicas: complicações frequentes na práticas do emergencista. Research, Society and Development, v. 11, n. 11, e331111132989, 2022. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/363037459_Emergencias_glicemicas_complicacoes_frequentes_na_praticas_do_emergencista. Acesso em: 30 jun. 2026.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 11. ed. Brussels:

International Diabetes Federation, 2025. Disponível em:

<https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>. Acesso em: 15 set. 2025.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Ficha de qualificação de indicadores: Plano Municipal de Saúde 2026–2029**. Disponível em:

<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2025/10/Plano-Municipal-de-Saude-do-Municipio-de-Joinville-2026-2029.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2026.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Município de Joinville 2026–2029**. Joinville, 2025. Disponível em:

<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2025/10/Plano-Municipal-de-Saude-do-Municipio-de-Joinville-2026-2029.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2026.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Relatório anual de gestão em saúde do município de Joinville – 2024**. Joinville, SC: SBD, 2025. Disponível em:

<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/Relatorio-de-Gestao-em-Saude>



[-do-Municipio-de-Joinville-2024.pdf](#). Acesso em: set. 2025.

JOINVILLE. **PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL**. SES Joinville, 2026. SEI 26.0.096210-1. Acesso em: jul. 2026.

JOINVILLE. Secretaria Municipal da Saúde; Hospital Municipal São José. **REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e Orientações sobre Assistência Farmacêutica: guia para profissionais de saúde**. Joinville, SC: Secretaria Municipal da Saúde; Hospital Municipal São José, 2020. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/22d6f08a93036f5e37cfb20076c9ed7d.pdf>. Acesso em: dez. 2025.

MUZY, J. et al. **Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 5, e00076120, 2021. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7597>. Acesso em: 30 jun. 2026

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular risk calculator**. Washington, DC: PAHO, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: out. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia Diabetes Mellitus**. Curitiba: SESA-PR, 2018. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@4ee68bf2-3e1e-45ec-ac63-1aa54abce73c&emPg=true>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus no Adulto e Idoso no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, SC: SES/SC, 2018. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-diabetes-mellitus/LINHA%20DE%20CUIDADO%20DM.pdf> Acesso em: 10 out. 2024.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Assistência Farmacêutica. **Nota Técnica nº 07/2024**

DIAF/SAS/SES/SC: atualização de documentos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Mellito Tipo 2 no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Florianópolis, SC: SES/SC, 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-por-assunto/diaf/notas-tecnicas-ceaf-2024>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência de Regulação Ambulatorial. **Protocolo de acesso e classificação de risco: consulta em oftalmologia adulto e geral** (atualizado em 16 jun. 2023). Florianópolis, SC: SES/SC, 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/regulacao-sur/protocolo-de-acesso-e-classificacao-de-risco/consulta-adulto/protocolo%20de%20consulta%20em%20oftalmologia%20adulto%20e%20geral%20atualizado%20em%2016.06.23.pdf>. Acesso em: jan. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência de Regulação Ambulatorial. **Protocolo de acesso e regulação: consulta em cirurgia vascular adulto - média complexidade.** Florianópolis, SC: SES/SC, 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência de Regulação Ambulatorial. **Protocolo de acesso e regulação: consulta em endocrinologia adulto.** Florianópolis, SC: SES/SC, 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/regulacao-sur/protocolo-de-acesso-e-regulacao/consulta-adulto/protocolo%20de%20acesso%20e%20regulacao%20em%20endocrinologia%20adulto.pdf>



[o-e-classificacao-de-risco/consulta-adulto/protocolo%20de%20acesso%20consulta%20em%20endocrinologia%20adulto.pdf](#). Acesso em: out. 2024.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência de Regulação Ambulatorial. **Protocolo de acesso e regulação: consulta em neurologia adulto**. Florianópolis, SC: SES/SC, 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência de Regulação Ambulatorial. **Protocolo de acesso classificação de risco: terapia renal substitutiva (TRS)**. Florianópolis, SC: SES/SC, 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/regulacao-sur/protocolo-de-acesso-o-e-classificacao-de-risco/consulta-adulto/protocolo%20de%20acesso%20nefrologia%20geral.pdf>. Acesso em: out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Adoçantes: qual a melhor escolha?**. Diretriz Oficial da SBD, [s.d.]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/adocantes-qual-a-melhor-escolha/>. Acesso em: 24 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atividade física e exercício físico no diabetes mellitus tipo 1**. Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/atividade-fisica-e-exercicio-fisico-no-diabetes-mellitus-tipo-1/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atividade física e exercício no pré-diabetes e DM2**. Diretriz Oficial da SBD, 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/atividade-fisica-e-exercicio-no-pre-diabetes-e-dm2/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Classificação do diabetes**. In: BERTOLUCI, M. (ed.). Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD, 2023. DOI:

10.29327/557753.2022-1. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Enfermagem. **Orientações sobre hipoglicemia para profissionais de saúde**. Diretriz Oficial da SBD, 2023.

Disponível em:

https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes_Hipoglicemia_SBD.pdf.

Acesso em: nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico de diabetes mellitus**. Diretriz Oficial da SBD, 2024. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e prevenção de úlceras no pé diabético**. Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-prevencao-de-ulceras-no-pe-diabetico/>.

Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e tratamento da cetoacidose diabética**. Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e tratamento da cetoacidose diabética**. Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: SBD, 2019. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade>



[-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf](#). Acesso em: nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manejo da doença renal do diabetes.**

Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-doenca-renal-do-diabetes/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manejo da retinopatia diabética.** Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-retinopatia-diabetica/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manejo da síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não cetótica (SHHNC).** Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-sindrome-hiperglicemica-hiperosmolar-nao-cetotica-shhnc/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manejo da terapia antidiabética no DM2.**

Diretriz Oficial da SBD, 2020. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-terapia-antidiabetica-no-dm2-2/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Metas no tratamento do diabetes.** Diretriz Oficial da SBD, 2021. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **O paciente idoso com diabetes.** Diretriz Oficial da SBD, [s.d.]. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/o-paciente-idoso-com-diabetes/>. Acesso em: 30 jun. 2026.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Parecer do departamento de nutrição sobre o uso de adoçantes.** Diretriz Oficial da SBD, [s.d.]. Disponível em:

<https://diabetes.org.br/parecer-do-departamento-de-nutricao-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-sobre-o-uso-de-adoçantes/>. Acesso em: 24 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Prevenção, diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética.** Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-neuropatia-periferica-diabetica/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Terapia nutricional no diabetes tipo 1.**

Diretriz Oficial da SBD, 2023. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-diabetes-tipo-1/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Terapia nutricional no pré-diabetes e no diabetes mellitus tipo 2.** Diretriz Oficial da SBD, 2024. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-pre-diabetes-e-no-diabetes-mellitus-tipo-2/>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Posicionamento conjunto sobre o consumo de adoçantes.** SBEM; SBD; ABESO, [s.d.]. Disponível em:

<https://diabetes.org.br/posicionamento-conjunto-da-sociedade-brasileira-de-endocrinologia-e-metabologia-sbem-sociedade-brasileira-de-diabetes-sbd-e-associacao-brasileira-para-o-estudo-da-obesidade-abeso-sobre-o-consumo/>. Acesso em: 24 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. CKD-EPI 2021: **Calculadoras Nefrológicas.** SBN, [s.d.]. Disponível em:

<https://sbn.org.br/medicos/utilidades/calculadoras-nefrologicas/ckd-epi-2021/>. Acesso em:



30 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diabetes Mellitus Tipo 1 e Autocuidado.**

SBP, [s.d.]. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/diabetes-mellitus-tipo-1-e-autocuidado/>. Acesso em: out. 2024.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Coletânea: Diálogos com a Nutrição – Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes [Material Resumido].**

São Paulo: SBD; SOCESP, 2025. Disponível em:

<https://soces.org.br/assets/arquivos/arquivos-site/274189efa0c3faa5037f00cab9c822ac.pdf>. Acesso em: out. 2025.

THE EMERGING RISK FACTORS COLLABORATION. **Diabetes Mellitus, Fasting Glucose, and Risk of Cause-Specific Death.** New England Journal of Medicine, v. 364, n. 9, p. 829-841, 2011.

UNA-SUS, Ministério da Saúde, BR. **Emergências Decorrentes de Diabetes Mellitus.**

Unidade 2, cap 3. Disponível em:

[https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/book/view.php?id=959&chapterid=18#:~:text=As%20sit%C3%A7%C3%B5es%20emergenciais%20por%20Hiperglicemia,polidipsia%20\(sede%20excessiva\)](https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/book/view.php?id=959&chapterid=18#:~:text=As%20sit%C3%A7%C3%B5es%20emergenciais%20por%20Hiperglicemia,polidipsia%20(sede%20excessiva)). Acesso em outubro/2024.

WONG, E. et al. **Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis.** The Lancet Diabetes & Endocrinology, v. 1, n. 2, p. 106-114, out. 2013. DOI: 10.1016/S2213-8587(13)70046-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of diabetes mellitus.** Geneva: World Health Organization, 2019. ISBN 978-92-4-151570-2. Disponível em:

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2cb3ab68-a52a-402e-ad47-8bc5a4edc834/content>. Acesso em: 26 maio 2026.



Consulta Pública



ANEXOS

Anexo A. Questionário Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) para avaliação de risco de DM2

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

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

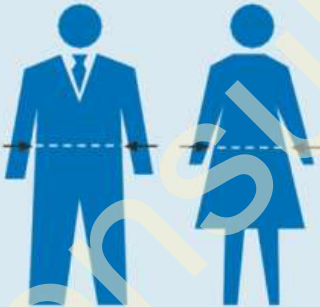
5 p. Sim

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



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

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2025).



Prefeitura de
Joinville

SAÚDE