

PROTOCOLO DE ATENÇÃO A PESSOA COM DIABETES NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Seção de Educação em Saúde



2024

	NR: _____ Páginas: 00 a 00
<p>PROTOCOLO DE ATENÇÃO A PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA RAS</p>	Data de Emissão: 25/03/2024
	Revisão nº: 02
	Data desta Revisão: 25/03/2024
<p>Este documento faz parte da estratégia de implantação da Linha de Cuidados para Diabetes Mellitus em Rio Claro/SP.</p>	
<p>Elaborado por: Karla S. A. Damasceno Seção de Educação em Saúde Lígia P. Duarte Médica Endocrinologista</p>	
<p>Aprovação - Diretor Médico:</p>	<p>Aprovação – Secretário da Saúde:</p>

GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO
Prefeito Municipal

PAULO ROGÉRIO GUEDES
Vice-Prefeito Municipal

MARCO AURELIO MESTRINEL
Secretário Municipal de Saúde
Presidente da FMSRC

Elaboração:

KARLA SANTANA AZEVEDO DAMASCENO
Chefe de Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento
LÍGIA PARREIRA DUARTE
Médica Endocrinologista

Colaboradores:

Ananda Elis Caraski
Camila Carrocine Fontana Rovari
Cilene Cristina Cerri Ahmad
Daiane Aparecida Campanela
Débora Motta
Eleny Freitas Almeida
Graziela Sueli Gobbi Medina
Mônica Marina Bonifácio Moschetta
Natália Matos Bertoli

FMSRC
ABRIL– 2024

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	6
2-OBJETIVO	7
3- EQUIPAMENTO DE SAÚDE	7
Atenção Primária em Saúde	7
Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).....	7
4- TIPOS DE DIABETES MELITUS	8
5- FATORES DE RISCO PARA DM	8
5.1 Quem deve ser triado para diabetes tipo 2?	8
5.2 Sinais/sintomas que sugerem diabetes	9
5.3 Periodicidade para rastreamento.....	10
6- DIAGNÓSTICO	11
6.1 Diagnóstico Laboratorial – Como confirmar o diagnóstico de diabetes?	11
6.2 Considerações sobre o diagnóstico de pré diabetes	11
6.3 Considerações sobre diagnóstico de DM gestacional	12
6.4 Estratificação de Risco para DM	12
6.5 FLUXO DENTRO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE	13
7- ROTINA DE ATENDIMENTO NAS APS	14
7.1 Primeiro Passo: Classificar o tipo de Diabetes. Uma vez confirmado o diagnóstico do diabetes, classificar o paciente em:	14
7.2 Segundo Passo: A consulta com médico. A primeira consulta médica visa:.....	14
7.3 Consultas da Enfermagem:	15
7.4 Consulta com farmacêutico:	16
8- TRATAMENTO	17
8.1 Orientação dietética (vide anexo VII e VIII):.....	17
8.2 Educação em Diabetes:.....	17
8.3 Tratamento medicamentoso:.....	18
1- Metformina:.....	18
2- Sulfonilureias	19

3- Dapagliflozina:.....	20
4- Insulinoterapia	20
Complicação aguda: Hipoglicemia	24
9- META TERAPÊUTICA	25
10-MONITORAMENTO.....	25
Periodicidade de solicitação de exames de controle (nas consultas subsequentes, médico ou enfermeiro podem solicitar os exames laboratoriais de rotina):	26
Periodicidade dos encontros clínicos para pacientes com DM	26
11- RASTREAMENTO DE COMPLICAÇÕES.....	27
<i>Como rastrear e quando encaminhar?</i>	<i>27</i>
1-Neuropatia:	27
2-Retinopatia.....	28
3-Vasculopatia	29
4-Doença periodontal	29
5-Nefropatia- Doença Renal Diabética (DRD)	29
6-Pé diabético.....	30
7- Risco Cardiovascular	33
8- Manejo da dislipidemia	34
12-ATENDIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	37
Amputação	39
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS:	41
<i>Anexo I- Instrumento para avaliação de risco para DM</i>	<i>43</i>
<i>Anexo II- Rastreo para risco de DM.....</i>	<i>45</i>
<i>Anexo III- Medicamentos padronizados para Diabetes:.....</i>	<i>46</i>
<i>Anexo IV- Plano de registro de glicemias para pacientes em esquema de múltiplas doses de insulina NPH + regular: (100 fitas /mês)......</i>	<i>47</i>
<i>Anexo V- Plano de registro de glicemias para pacientes portadores de DM2 em uso de insulina NPH (50 fitas /mês)......</i>	<i>48</i>
<i>Anexo VI- Formulário Padrão de Encaminhamento</i>	<i>49</i>
<i>Anexo VII- Dieta sugerida para DM2.....</i>	<i>50</i>
<i>Anexo VIII- Quadro com recomendações dietéticas</i>	<i>50</i>

1-INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das mais importantes doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) da atualidade. E isto se deve ao grande número de pessoas afetadas, às incapacidades decorrente da doença, à mortalidade prematura, assim como aos altos custos do seu controle e tratamento das suas complicações.

Estima-se que a Diabetes atinge 10,2% da população brasileira, conforme dados da pesquisa Vigitel Brasil 2023 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) (BRASIL,2023) e mais da metade da população desconhece o diagnóstico.

Do total de casos de Diabetes Mellitus, 90% dos casos são do tipo 2, 5 a 10% do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado à outras síndromes. A prevalência do Diabetes Mellitus é semelhante entre homens e mulheres. Aumenta consideravelmente com o progredir da idade. Dados brasileiros mostram que a prevalência varia de 2,4% para o grupo etário de 25 - 34 anos, até 22,4% para o grupo de 55 a 64 anos (BRASIL, 2023).

Este documento faz parte da estratégia de implantação da Linha de Cuidados para o Diabetes Mellitus em Rio Claro/SP. Espera-se que esta ferramenta apoie a organização do cuidado à população com esta doença crônica no município. Muito além da competência técnica médica e paramédica, as diretrizes recomendam acolher a população junto ao sistema, motivando o autocuidado e abraçando a mudança comportamental. Hoje, as abordagens motivacionais individuais e coletivas são consideradas as mais eficazes no processo de educação em autocuidado. O maior desafio é ajudar as pessoas com diabetes a encontrar os seus próprios motivos para aderir a um projeto terapêutico, monitorizar a sua saúde e mudar o seu estilo de vida.

2-OBJETIVO

- Definir o fluxo dos pacientes com Diabetes dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Município de Rio Claro
- Definir condutas no manejo adequado das necessidades das pessoas com diabetes, de acordo com o estrato de risco.

3- EQUIPAMENTO DE SAÚDE

Apresentamos os equipamentos em saúde que participam do atendimento as pessoas com diabetes na Atenção Primária a Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no Município de Rio Claro -SP.

Atenção Primária em Saúde

Equipe	Composição
Equipe Estratégia Saúde da Família (eESF)	médico generalista ou saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista e agente comunitário de saúde (ACS)
Equipe Unidade Básica de Saúde (UBS)	médico clínico, médico ginecologista, médico pediatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, serviço social e farmacêutico
Equipe Multiampliada	psicólogo, profissional de educação física, nutricionista e fisioterapeuta (em implantação)

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

Equipe	Composição
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	médico fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo.

<p>Centro Especializado em Atendimento e Diagnóstico (CEAD)</p>	<p>médico endocrinologista, enfermeiro e técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo, podólogo, médico oftalmologista, médico neurologista, médico cirurgião vascular, médico nefrologista (em implantação), médico cardiologista e serviço social.</p>
---	---

4- TIPOS DE DIABETES MELITUS

Diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou de ambos os mecanismos. A classificação do DM baseia-se em sua etiologia; inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (DMG). Os fatores causais dos principais tipos de DM – genéticos, biológicos e ambientais – ainda não são completamente conhecidos.

5- FATORES DE RISCO PARA DM

5.1 Quem deve ser triado para diabetes tipo 2?

Quadro 1- Critérios para rastreamento de DM2 em adultos assintomáticos

<p>Idade a partir de 45 anos (universal)</p>
<p>Sobrepeso ou obesidade</p>
<p>+ um fator de risco dentre os seguintes:</p> <p>História familiar de DM2 em parente de primeiro grau</p> <p>Etnias de alto risco (afrodescendentes, hispânicos ou indígenas)</p> <p>História de doença cardiovascular ou Hipertensão arterial</p> <p>HDL menor que 35mg/dL</p> <p>Triglicérides maior que 250/mg/dL</p> <p>Síndrome do Ovário Policístico</p> <p>Sedentarismo</p> <p>Presença de acantose nigricans</p>

História de diabetes gestacional

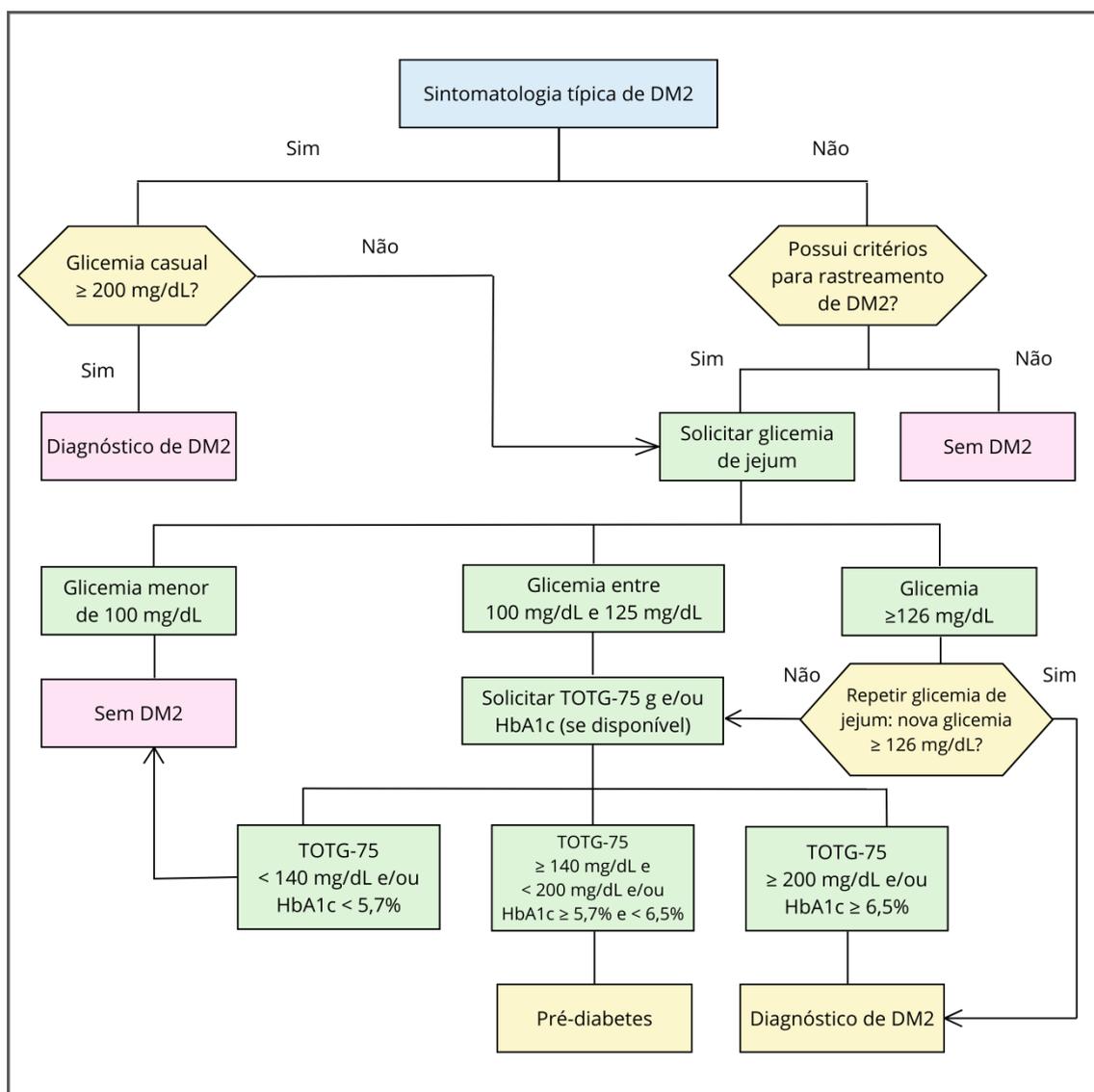
Indivíduos com HIV

Fonte: SBD 2023, COLAGIURI *et al* ,2011

5.2 Sinais/sintomas que sugerem diabetes

- Consideração: a maioria dos pacientes é assintomática ou oligossintomática por longos períodos
- Clássicos: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso (4Ps do diabetes)
- Outros: noctúria, fraqueza, astenia, letargia, redução rápida da acuidade visual, prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite, infecção fúngica recorrente (no DM2), cicatrização lenta de feridas (no DM2), parestesia nas mãos e pés (no DM2).

Figura 1-Fluxograma para rastreamento e diagnóstico de DM2.



Fonte: PCDT DM2, 2020

5.3 Periodicidade para rastreamento

- Anualmente para os usuários com maior prevalência de fatores de risco para desenvolvimento de DM2; pacientes com pré-DM devem ser reavaliados em 6 meses.
- Intervalo de 3 anos para usuários com baixo risco de desenvolver diabetes e resultado prévio totalmente normal

Podem ainda ser utilizados instrumentos para rastreamento de paciente com fatores de risco para DM disponível no anexo I e II

6- DIAGNÓSTICO

6.1 Diagnóstico Laboratorial – Como confirmar o diagnóstico de diabetes?

No indivíduo assintomático, É RECOMENDADO utilizar como critério de diagnóstico de DM a glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 126 mg/dl, a glicemia duas horas após uma sobrecarga de 75 g de glicose igual ou superior a 200 mg/dl ou a HbA1c maior ou igual a 6,5%. É necessário que dois exames estejam alterados. Se somente um exame estiver alterado, este deverá ser repetido para confirmação. (SBD 2023)

Tabela 1-Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes.

Critério	Normal	Pré-DM	DM2
Glicemia de jejum (mg/dl) *	<100	100 a <126 ^β	≥126
Glicemia ao acaso (mg/dl)	<200	-	≥200
Glicemia duas horas após TTGO (mg/dl) **	<140	140 a <200 [¥]	≥200
HbA1c (%)	<5,7%	5,7 a <6,25	≥6,5

Fonte: SBD 23

TTGO: teste de tolerância oral a glicose; HbA1c: hemoglobina glicada. *Considera-se jejum a cessação da ingesta calórica por ≥8h. **Carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água. β Categoria também conhecida por glicemia de jejum alterada; ¥ Categoria também conhecida por intolerância a glicose

6.2 Considerações sobre o diagnóstico de pré diabetes

O pré-diabetes se caracteriza por um estado de disglicemia, isto é, uma disfunção metabólica, embora sem manifestação clínica, caracterizando-se como fase inicial da DM. As medidas de prevenção recomendadas para estes pacientes envolvem intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas, conhecidas como mudanças do estilo de vida, devem ser implementadas sempre e podem eventualmente ser associadas às terapias farmacológicas (metformina), principalmente nos casos de maior risco ou hemoglobina glicada mais elevada (próximo de 6,4%)

6.3 Considerações sobre diagnóstico de DM gestacional

Quadro 2- Valores de corte do TTGO 75g para diagnóstico de DM na gestação:

TTGO com 75g	Jejum	1ª hora	2ª hora
Normal	<92mg/dl	<180mg/dl	<153mg/dl
DM gestacional	≥92 a 125mg/dl	≥180mg/dl	≥153 a 199mg/dl
Diabetes Mellitus	≥126mg/dl	-----	≥200mg/dl

Fonte: próprio autor. Obs: Apenas um valor alterado confirma o diagnóstico de DMG

Mais considerações sobre o tema (rastreamento, diagnóstico e manejo, vide protocolo de assistência pré-natal na atenção básica)

6.4 Estratificação de Risco para DM

Quadro 3- Critérios para ordenação do cuidado do diabético na RAS

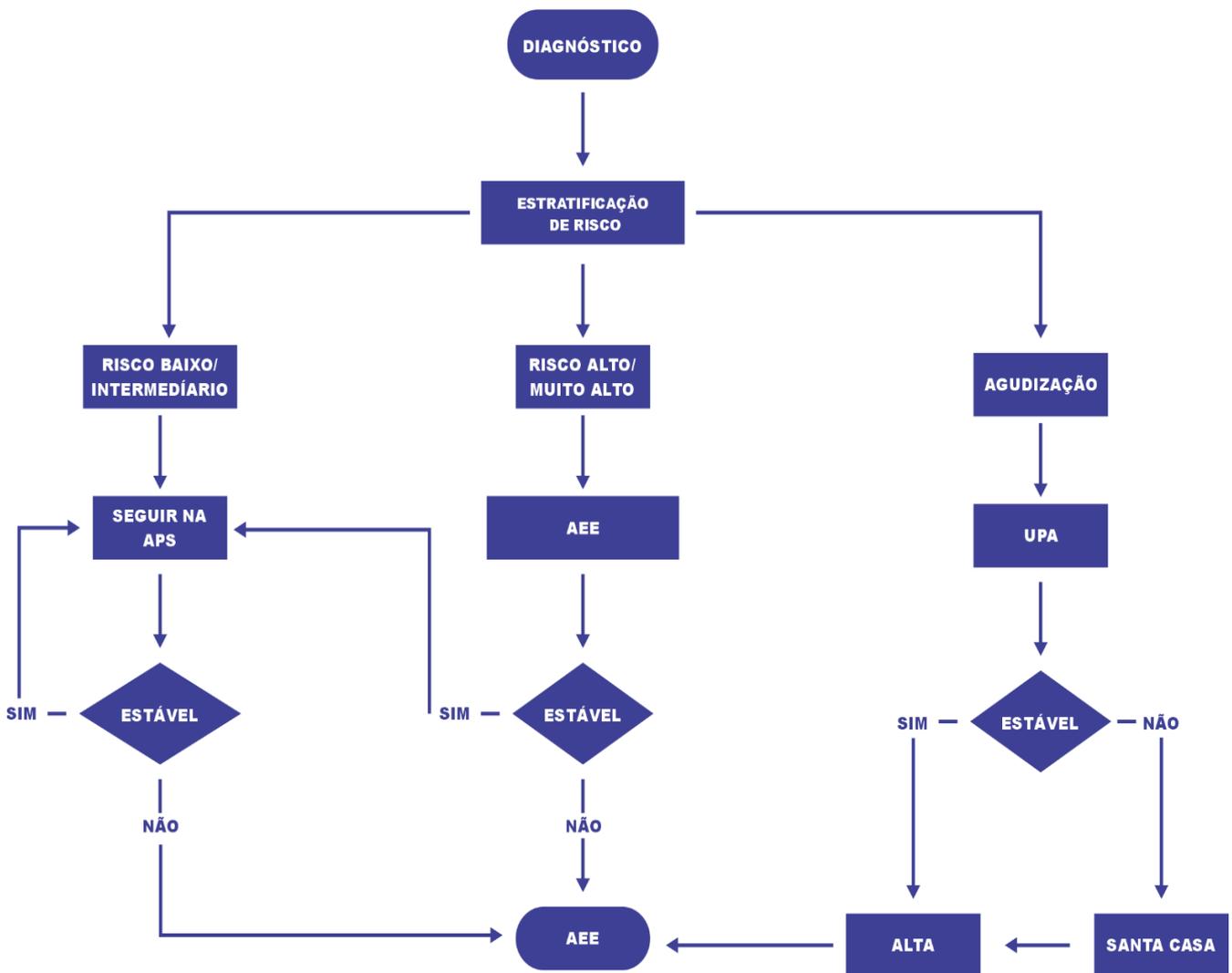
Baixo risco	Risco intermediário	Alto risco	Muito alto risco
DM2 com Hb glicada <7,5%	DM2 com Hb glicada 7,5-8,5%	DM1	DM com readmissões hospitalares frequentes
Pré-diabetes	DM2 sem uso de insulina	DM2 com Hb glicada ≥8,5% Glicemia média estimada >212	DM com Doença aterosclerótica significativa
Usuários com FR modificáveis		DM2 com ER*	DM com múltiplas comorbidades
Cuidado na APS	Cuidado na APS	Cuidado compartilhado com a AAE	Cuidado compartilhado com a AAE
Agudização			
Glicemia >300mg/dL + Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar e/ou Doença grave intercorrente ou comorbidades			

Cuidados: UPA e/ou internação

Fonte: SBD,2019. *ER (estratificadores de risco): Diabetes há mais de 10 anos; Síndrome metabólica; albumina >30mg/g; LDL ≥ 190mg/dL. FR: fatores de risco

6.5 FLUXO DENTRO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Figura 2- Fluxo de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus na RAS



APS: Atenção primária a Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro

7- ROTINA DE ATENDIMENTO NAS APS

7.1 Primeiro Passo: Classificar o tipo de Diabetes. Uma vez confirmado o diagnóstico do diabetes, classificar o paciente em:

- Portadores de Diabetes tipo 1: Deverão ser encaminhados ao CEAD;
- Portadoras de Diabetes Gestacional ou Pré-gestacional (vide protocolo de Assistência pré-natal na Atenção básica);
- Diabetes tipo 2 ou Portadores de Tolerância diminuída à glicose: Deverão ser cadastrados/ acompanhados nas eESF e UBS.

7.2 Segundo Passo: A consulta com médico:

- Avaliação do quadro clínico (anamnese e exame físico);
- Solicitação dos exames complementares e triagem das complicações

crônicas;

- Detecção das comorbidades associadas e lesões de órgão-alvo presentes;
- Orientação e conduta terapêutica apropriada;
- Definição das ofertas da unidade úteis ao paciente.

Exame físico:

- Medida da pressão arterial;
- Peso e estatura e cálculo do IMC;

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m ²)	RISCO DE COMORBIDADE
Normal	18,0 - 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 - 29,9	Moderado
Obeso	≥30,0	Grave

- Exame da cavidade oral (gengivite, problemas odontológicos, candidíase)
- Exame dos pés:
 - Lesões cutâneas, estado das unhas, calos e deformidades.
 - Neuropatia (sensibilidade vibratória, térmica, tátil, reflexos tendinosos)
 - Vasculopatia (palpação dos pulsos arteriais periféricos, observar se há edema de membros inferiores, cálculo do índice tornozelo/braço)

Avaliação laboratorial mínima sugerida:

- Glicemia jejum
- Hemoglobina Glicada;
- Triglicérides; colesterol total; HDL e LDL-Colesterol;
- Creatinina;
- Albuminuria
- Urina 1
- TGO e TGP

Situações específicas:

Quadro 4- Exames que devem ser solicitados de acordo com a situação

Situação	Exame
DM1 Dislipidemia Mulheres >50 anos	TSH
Uso de metformina Idosos	Vitamina B12

SBD,2019

7.3 Consultas da Enfermagem:

As consultas devem ser tanto individuais como coletivas, com foco na avaliação clínica e exame do pé diabético. A coordenação da dispensação de monitores de glicemia capilar e de tiras reagentes estão sob sua responsabilidade, assim como a orientação quanto a automonitorização e preenchimento adequado dos mapas glicêmicos domiciliares.

As atividades educativas devem ser agregadas as ofertas da unidade de saúde ao portador de diabetes, formando grupos educativos e discutindo temas relacionados ao autocuidado do portador de diabetes mellitus, a fim de prevenir e evitar o desenvolvimento das complicações agudas e crônicas desta doença.

7.4 Consulta com farmacêutico:

Nos pacientes em uso de insulina, a atuação deste profissional faz-se imprescindível, visto que as orientações a respeito do manuseio, armazenamento e aplicação de insulina está sob a sua responsabilidade.

Orientações em relação à aplicação da insulina resumidas da seguinte forma:

- A via de administração usual é subcutânea (SC), por seringas ou canetas.
- A aplicação SC pode ser realizada nos braços, no abdômen, nas coxas e nádegas.
- É necessário lavar as mãos com água e sabão antes da preparação da insulina, mas não é necessário limpar o local de aplicação com álcool.
- Deve homogeneizar as suspensões de insulina (NPH ou associações) antes do uso, rolando gentilmente o frasco de insulina entre as mãos.
- Para a aplicação da insulina, é necessário pinçar levemente o local de aplicação entre dois dedos e introduzir a agulha completamente, em ângulo de 90 graus.
- Antes da aplicação, o local da injeção deve ser inspecionado para garantir que se encontre livre de lipodistrofia, edema, inflamação e infecções.
- É importante realizar rodízio do local de aplicação sistematicamente, de modo a manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada injeção, para evitar desenvolvimento de lipodistrofia e o descontrole glicêmico.
- O reuso de seringas e agulhas de insulina por um número limitado de vezes pode ser considerado.

8- TRATAMENTO

8.1 Orientação dietética (vide anexo VII e VIII):

- Estimular sempre uma alimentação saudável, dando preferência a alimentos in natura e minimamente processados.
- Cortar o açúcar de mesa e evitar os “doços” em geral.
- Restringir carboidratos de absorção rápida, principalmente os derivados de farinha (farinha de mesa, pães, bolachas e biscoitos, bolos, cuscuz etc.)
- Aumentar a ingesta de fibras e produtos integrais, vegetais crus e /ou pouco cozidos. Restrição moderada de sódio.

8.2 Educação em Diabetes:

Quadro 5- A abordagem para o autocuidado seguindo a metodologia dos 5As:

Etapa	Objetivo	Ação
Avaliação	Apoio ao usuário na avaliação e apropriação da sua situação de saúde e na avaliação do processo de motivação e prontidão para a mudança	Mudanças de estilo de vida: Hábitos alimentares e avaliação do consumo alimentar Nível de atividade física Tabagismo Uso de álcool Estresse Depressão
Aconselhamento	Transmissão ao usuário de informações específicas sobre os riscos e benefícios das mudanças, fornecendo os elementos necessários para as decisões a serem tomadas	Informar a pessoa sobre o resultado das avaliações realizadas, esclarecendo possíveis dúvidas e verificando sua compreensão final
Acordo	Elaboração conjunta com o usuário do plano de autocuidado considerando as prioridades, convicções e confiança para mudar e definindo as metas terapêuticas adequadas	Definir metas e mudanças
Assistência	Elaboração conjunta com o usuário do plano de ação para alcançar as metas definidas, considerando os recursos necessários e o enfrentamento de eventuais barreiras	Definir plano de ação
Acompanhamento	Apoio ao usuário na execução do plano de ação, instituindo encontros periódicos para monitoramento	Monitoramento

Fonte: Mendes, Cavalcante, BRASIL,2020

8.3 Tratamento medicamentoso:

- O tratamento para DM1 deve seguir plano de cuidados estabelecido por especialistas, assim como o monitoramento. As condutas aqui descritas são para DM2.

Quadro 6- Proposta terapêutica para usuários com DM2

Manifestações leves + A1<7,5%	Manifestações moderadas + A1>7,5 a 9%	Manifestações severas + A1>9%
Glicemia <200mg/dL + Sintomas leves ou ausentes + ausência de outras doenças concomitantes	Glicemia 200 -299mg/dL + Ausência de manifestações graves	Glicemia >300md/dL Ou Perda significativa de peso Ou sintomas graves
Condução: Modificações do estilo de vida +		
Metformina em monoterapia	Metformina + Gliclazida/Glibenclamida	Insulinoterapia (insulina NPH e regular)

Fonte: ADA,2019; SBD,2019

Obs: Hipoglicemiantes orais não são contraindicados em usuários cirróticos, mas cuidado na insuficiência hepática significativa, já que a toxicidade própria do medicamento pode ser potencializada – hipoglicemia para glibenclamida e risco de acidose láctica para metformina (muito raro)

1- Metformina:

Nome comercial: Glifage®, Glifage XR®, Glucoformin®
Posologia: 500 a 2000mg/dia (criança) e 500 a 2550mg/dia (adulto) Dose inicial: 500mg, 1 a 3 vezes ao dia
Ação: Aumenta sensibilidade insulínica no fígado, reduzindo a produção hepática de glicose Aumenta a captação muscular de glicose (ativação da AMPK)
Vantagens:

<p>Redução estimada da glicemia de jejum 60-70mg/dL e HbA1c 1,5-2,0%</p> <p>Potencialmente pode reduzir eventos cardiovasculares</p> <p>Previne progressão para DM2</p> <p>Melhora perfil lipídico</p> <p>Não causa ganho de peso</p> <p>Baixo custo</p>
<p>Efeitos adversos:</p> <p>Sintomas gastrointestinais (diarreia, náuseas, anorexia, gosto metálico)</p> <p>Deficiência de vitamina B12</p> <p>Acidose láctica (rara)</p>
<p>Contraindicações:</p> <p>Insuficiência respiratória grave</p> <p>Insuficiência congestiva grave (classe IV)</p> <p>Doença hepática grave</p> <p>Infecção grave</p> <p>TFG<30ml/minuto/1,73m²</p>

Obs: a formulação de liberação lenta reduz o aparecimento de efeitos colaterais (como desconforto abdominal e diarreia):

2- Sulfonilureias

<p>Nome científico/comercial:</p> <p>Gliclazida MR (Diamicon MR® 60mg) dose máxima 120mg/dia</p> <p>Glibenclamida (Dainil® 5mg) dose máxima 20mg/dia</p>
<p>Ação:</p> <p>Estimula a secreção de insulina pelas células beta pancreáticas, por meio da ligação no receptor SUR-1 (aumenta influxo de Ca > aumenta a liberação de insulina)</p>
<p>Vantagens:</p> <p>Redução de glicemia de jejum 60-70mg/dL e HbA1c: 1,5 a 2,0%</p> <p>Redução do risco de complicações microvasculares</p> <p>Maior potência na redução de HbA1c</p>
<p>Efeitos adversos:</p> <p>Hipoglicemia</p>

Ganho peso
<p>Contraindicações:</p> <p>Taxa de filtração glomerular < 30ml/min/1,73m²</p> <p>Insuficiência hepática</p> <p>DM com deficiência grave de insulina</p> <p>Infecções graves</p> <p>Gestação</p>

3- Dapagliflozina:

- **Agentes que promovem a glicosúria:** Têm baixo risco de hipoglicemia, promovem perda de peso de 2 a 3 kg e reduzem a pressão arterial sistólica de 4 a 6 mmHg. Podem ser combinados com todos os agentes orais e com a insulina.
 - Dapagliflozina 10mg, 1 x/dia, em monoterapia ou combinada com metformina.

4- Insulinoterapia

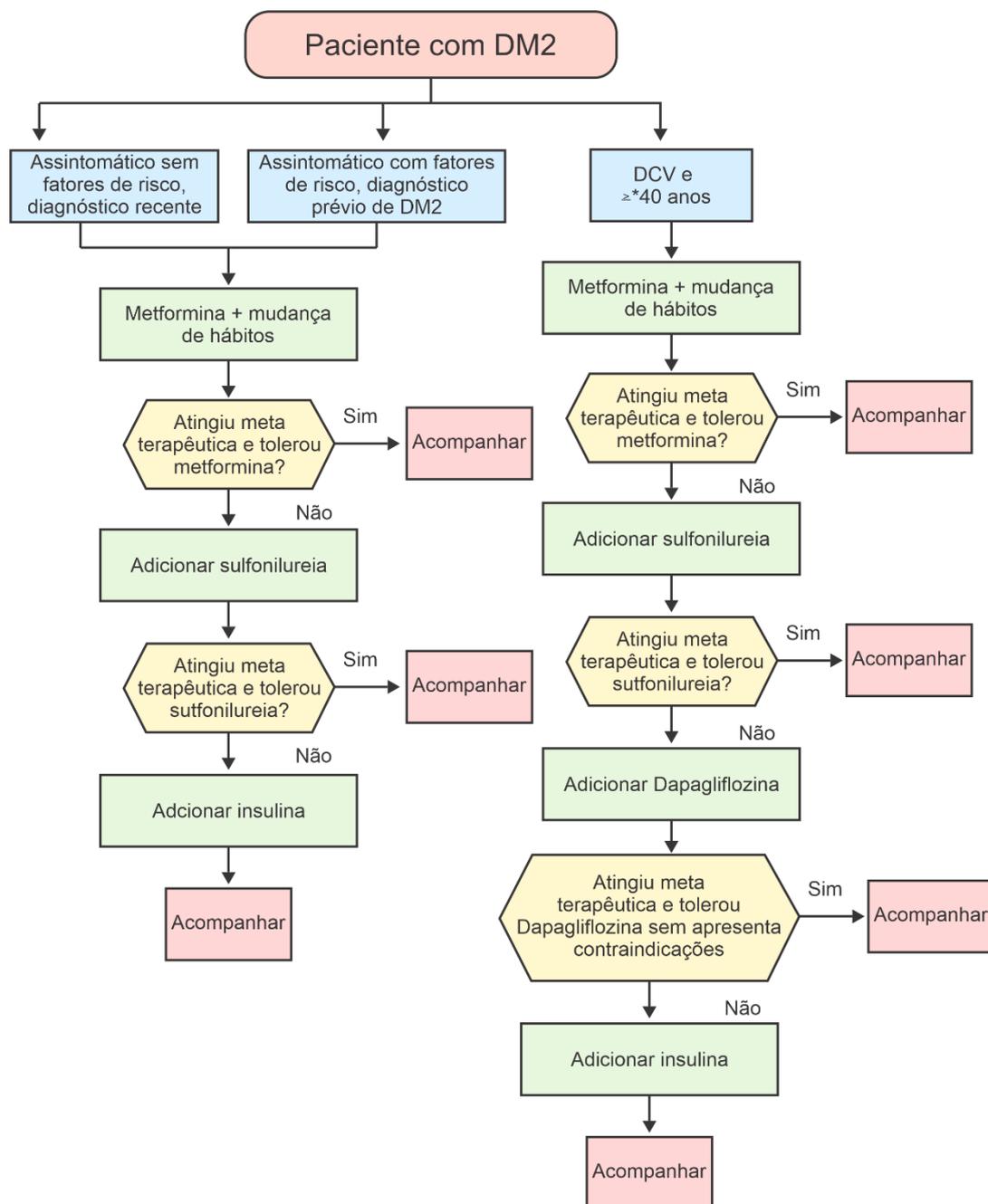
Se os antidiabéticos orais na dose máxima tolerada não estão controlando a hiperglicemia, incluir a insulinização basal (bedtime):

- Insulina de ação intermediária (NPH 100UI/ml) ao deitar-se:
- Dose inicial: 0,05 a 0,2UI/kg (usar 0,2 UI nos obesos)
- **Esquema prático para começar: 10UI**
- Manter antidiabéticos orais

Caso haja persistência da hiperglicemia:

- Insulina intermediária (NPH) 2/3 às 7h e 1/3 às 22h, a partir de 0,5U/kg/dia associada à metformina

Figura 3- Tratamento do DM2 com medicações disponíveis no SUS



* Para que o paciente seja elegível ao tratamento com dapagliflozina requer-se o diagnóstico de DM2, com necessidade de segunda intensificação de tratamento e um dos seguintes critérios:

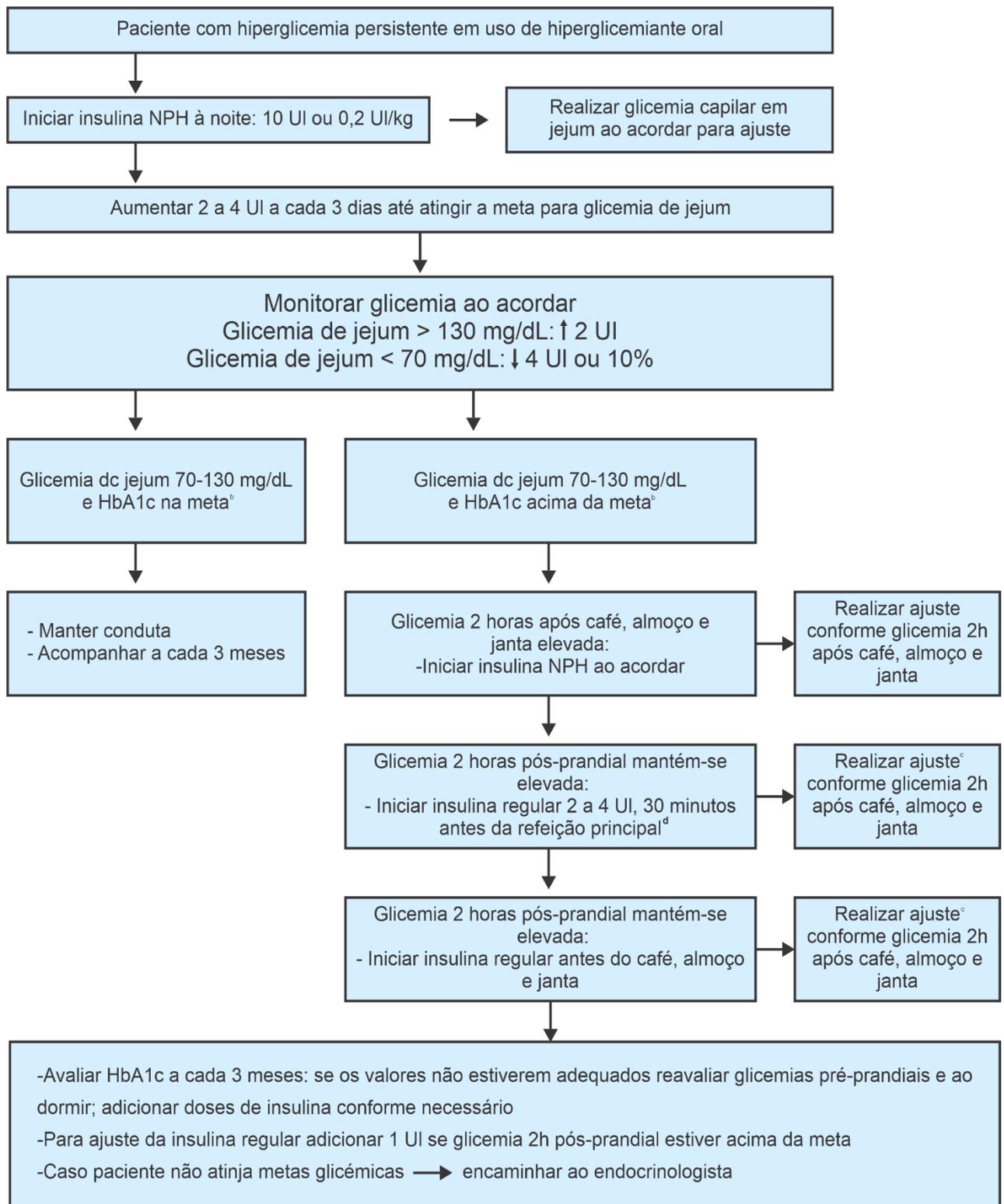
- Ter 40 anos ou mais e doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%), ou;

- Ter 55 anos ou mais (no caso de homens) ou ter 60 anos ou mais (no caso de mulheres) e alto risco de desenvolver doença cardiovascular, definido como ao menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo.

Resumo dos medicamentos disponíveis no SUS para tratamento do DM2

Classe terapêutica	Fármaco	Via de administração	Posologia
Biguanidas	Cloridato de metformina	Oral	500 a 850mg, 1 a 3X/d Dose máxima diária: 2500mg
Sulfonilureias	Glibenclamida	Oral	2,5mg a 20mg, 1 a 2x/dia
	Gliclazida		30 a 120mg. 1x/dia
Insulina humana	NPH	Subcutânea	Determinada de acordo com a necessidade do paciente
	Regular		
Inibidores do cotransportador sódio-glicose 2	Dapagliflozina	Oral	10mg, 1x/dia

Figura 4- Fluxograma para uso de insulina em paciente com DM2 com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT DM2) do SUS.



Fonte: BRASIL, 2020 **Legenda:** Meta glicêmica: Hb glicada ≤ 7mg/DL

Complicação aguda: Hipoglicemia

Quadro 8- Classificação e manejo da hipoglicemia em usuários com DM

Nível	Estabilidade clínica ideal
<p>Nível 1-Baixo (55-70 mg/dL)</p>	<p>Tratado pelo próprio usuário ou pelos cuidadores. Ingestão de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para crianças menores de 5 anos de idade: 5g de carboidrato de rápida absorção (50mL de suco de laranja ou refrigerante comum) • Para crianças entre 5 a 10 anos de idade: 10g de carboidrato de rápida absorção (100mL de suco de laranja ou refrigerante comum) • Para crianças acima de 10 anos, adultos e idosos: 15g de carboidrato de rápida absorção (150mL de suco de laranja ou refrigerante comum ou 1 colher de sopa de açúcar em 150mL de água)
<p>Nível 2- Severamente baixo (<54mg/dL)</p>	<p>Ação mais imediata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o usuário estiver consciente, 30g de carboidratos devem ser oferecidos: 300mL de suco de laranja ou refrigerante comum ou 2 colheres de sopa de açúcar em 150mL de água • Se estiver inconsciente, deve-se evitar qualquer tipo de líquido pelo perigo de aspiração. A melhor alternativa é a aplicação de glucagon (o usuário deve ser aconselhado para ter em casa e a família orientada quanto ao uso correto). Glucagon 1 ampola (1mg/mL) SC ou IM (músculo superior externo da coxa) em adultos ou ½ ampola (0,5mg) em crianças abaixo de 25kg de peso. Se glucagon não estiver disponível, seguir orientações da “hipoglicemia nível 3” <p>Observação: o glucagon é um antagonista da insulina e não funciona adequadamente em usuários em jejum, portadores de insuficiência adrenal, hipoglicemia crônica ou hipoglicemia causada por excesso de bebida alcoólica</p>
<p>Após o manejo dos níveis 1 e 2:</p> <p>Se glicemia ainda <70mg/dL e usuário consciente e orientado, oferecer 5g ou 10g ou 15g de carboidrato e, em 15 minutos, avaliar mais uma vez a glicemia capilar. Repetir esse procedimento até glicemia ficar acima de 70mg/dL, quando será oferecido alimento para o usuário</p> <p>Se glicemia ainda <70mg/dL e usuário desorientado, procurar serviço de urgência, como descrito no nível 3</p>	
<p>Nível 3- Evento grave caracterizado por estados mentais e/ou físicos alterados (torpor ou inconsciência) Sem limites glicêmicos definidos</p>	<p>Intervenção urgente em serviços de urgência:</p> <p>Administrar 30mL de glicose 50%, diluídos em 100mL de SF 0,9% EV Reavaliar glicemia em 5 minutos. Caso manutenção do estado mental e/ou físico alterado, repetir procedimento anterior e assim sucessivamente, até recuperação da consciência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se não foi possível realizar o acesso venoso, glucagon 1 ampola (1mg/mL) SC ou IM (músculo superior externo da coxa) em adultos ou ½ ampola (0,5mg) em crianças abaixo de 25 kg de peso. Continuar a tentativa de acesso venoso.

Fonte: SBD,2019. SC: via subcutânea; IM: intramuscular; EV: via endovenosa

9- META TERAPÊUTICA

Tabela 2- Meta dos níveis de hemoglobina glicada, glicemia de jejum, pós prandial e ao deitar-se em pacientes com DM (exceto DMG)

	Pacientes DM1 ou DM2	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

Fonte: SBD 2023

10-MONITORAMENTO

Os insumos para o monitoramento estão provisionados pelo Protocolo de Distribuição de Insumos para pacientes com Diabetes na Atenção Básica (Lei 11.347/2006).

Para a manutenção do recebimento regular será necessário entregar o mapa glicêmico preenchido do mês anterior e glicosímetro para conferência. Em anexo estão os Mapas glicêmicos sugeridos.

Quadro 9- Métodos para monitorização do controle glicêmico

Método	Descrição
HbA1c	É preconizada para todos os usuários com diabetes Durante a fase de estabilização ou na mudança de esquema terapêutico, repetir a cada 4 meses. Após o cumprimento das metas terapêuticas e controle glicêmico estável, pode ser medida a cada 6 meses. Pode ser solicitada pelo médico ou enfermeiro.
AMGC: automonitorização da glicemia capilar	É preconizada para todos os usuários com diabetes: Com DM1 Com DM2 em uso de insulina Diabetes na gestação Após grandes mudanças terapêuticas Em momentos de descompensação Em épocas de instabilidade do controle glicêmico

SMCG: sistema de monitorização contínua da glicose	Disponível exclusivamente para portadores de DM1 matriculados na rede de ensino municipal de Rio Claro-SP (vide anexo)
--	--

Fonte: SBD,2019

Sugestão para Automonitorização da glicemia Capilar (AMGC):

- Para pacientes portadores de DM2 em uso de insulina NPH:

Glicemias capilares 3 vezes por dia, 4 vezes por semana (sugestão: jejum e 2 das pós prandiais). Consumindo desta forma 12 tiras reagentes por semana ou 48 por mês, ou seja, 1 caixa de 50 tiras a cada mês.

- Para pacientes em esquema de múltiplas doses de insulina NPH + regular:

Glicemias capilares 7x por dia, 3 dias/semana (sugestão pré e pós refeição (3 principais) e facultativo ao deitar-se). Consumindo 84 tiras por mês e sobrando 16 extras para momentos de hipo ou hiperglicemias, ou seja, 2 caixas de 50 tiras por mês.

Não existem evidências científicas suficientes de que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar (AMGC) nos pacientes com DM2 em terapia com **hipoglicemiantes orais** seja custo-efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe, conforme protocolo instituído.

Periodicidade de solicitação de exames de controle (nas consultas subsequentes, médico ou enfermeiro podem solicitar **os exames laboratoriais de rotina**):

- Glicemia em jejum, HbA1c – ao menos 2 vezes ao ano
- Colesterol total, triglicerídeos, HDL colesterol, LDL colesterol, creatinina sérica -no diagnóstico e anual ou a critério clínico
- Albuminúria – no diagnóstico e anual
- Fundoscopia – anualmente a partir do diagnóstico
- Avaliação dos pés – no diagnóstico e anual. Se exame alterado, conforme critérios clínicos.
- Dosagem de vitamina B12 – anualmente a partir do diagnóstico (para usuários de metformina)

Periodicidade dos encontros clínicos para pacientes com DM

- Risco baixo ou intermediário: 6 meses
- Alto risco: 3 meses

11- RASTREAMENTO DE COMPLICAÇÕES

A longo prazo, o DM2 pode desencadear complicações crônicas microvasculares (DRD, neuropatia diabética e retinopatia diabética) e macrovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica). Na presença de complicações agudas o paciente deve ser encaminhado a UPA (vide figura 1). As complicações crônicas devem ser rastreadas pela atenção básica e encaminhadas ao CEAD quando necessário.

Quadro 10- Complicações do DM

Agudas	Crônicas
Cetoacidose diabética	Neuropatias Sensitivo-Motora Autonômica
	Retinopatias Não Proliferativa Proliferativa Avançada
Estado hiperosmolar não cetótico	Cardiovascular
	Nefropatias Doença renal diabética
Hipoglicemia/hiperglicemia	Pé diabético
	Doença periodontal

Fonte: SBD, 2019

Como rastrear e quando encaminhar?

1-Neuropatia:

Todos os pacientes com DM devem ser examinados para pesquisa da neuropatia periférica diabética pela APS no momento do diagnóstico de DM2 e cinco anos após o diagnóstico de DM1. Pacientes cujo rastreamento foi negativo devem ser reavaliados anualmente.

Rastreamento:

Pesquisa da perda de sensibilidade protetora dos pés (PSPP) com o monofilamento de 10g e com os seguintes testes neurológicos: sensibilidade

dolorosa profunda (pino ou palito), sensibilidade vibratória (diapasão 128Hz) e sensibilidade térmica (algodão com álcool). O teste de monofilamento alterado, junto da alteração de mais um desses testes de sensibilidade, confirma o diagnóstico de PSPP. Nesses casos, o usuário deve ser encaminhado à atenção secundária.

Avaliação clínica para identificação da neuropatia autonômica: principais manifestações clínicas: taquicardia em repouso (FC >100bpm); intolerância ao exercício; hipotensão postural (queda superior a 20mmHg, na pressão sistólica, quando o indivíduo assume a posição ortostática); constipação intestinal; gastroparesia; disfunção erétil; disfunção sudomotora e instabilidade metabólica.

Conduta:

O controle rigoroso da glicemia é capaz de prevenir tanto a polineuropatia sensitiva simétrica distal (PNSSD) quanto a neuropatia autonômica. O controle da dislipidemia, da pressão arterial, o abandono do tabagismo e a redução no consumo do álcool também devem ser recomendados.

Casos com suspeita ou diagnóstico de neuropatia devem ser compartilhados com a Atenção Especializada.

Na APS, causas não diabéticas, como deficiência da vitamina B12 ou infecção pelo HIV, por exemplo, devem ser excluídas para manejo da dor. Uma vez excluídas essas causas, é possível escolher fármacos de 3 classes como primeira escolha, iniciar o tratamento e não postergar a dor do usuário até que ele seja atendido na Atenção Especializada.

Como tratamento de primeira linha para a Neuropatia Periférica Diabética, É RECOMENDADO o uso em monoterapia de antidepressivos tricíclicos, duloxetina, venlafaxina ou gabapentina, com eficácia comprovada e boa proporção entre risco-benefício.

2-Retinopatia

- No DM2, a avaliação oftalmológica deve ser realizada imediatamente após o diagnóstico de DM2 e no DM1, após 3 anos do início do diabetes.

A fundoscopia indireta deve ser realizada pelo oftalmologista, se normal, repetir anualmente.

3-Vasculopatia

- As equipes da APS devem investigar a história anterior de doença coronariana e cerebrovascular, preferencialmente documentada.
- A equipe da APS deve investigar sinais e sintomas de Doença Vascular Periférica:
 - Claudicação intermitente
 - Medida da PA em ambos os braços e a anotação das diferenças de medidas; palpação dos pulsos nas extremidades superiores, pulsos abdominais e de extremidades inferiores (incluindo femorais, poplíteos e tibiais posteriores);
 - Inspeção dos pés, priorizando a coloração, a temperatura e a integridade da pele, bem como a presença de ulcerações, perda de pelos e alterações na pele. Havendo suspeita de Doença Venosa Periférica, o cuidado deve ser compartilhado com a equipe especializada

4-Doença periodontal

- 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. Avaliação periodontal anual

5-Nefropatia- Doença Renal Diabética (DRD)

- Rastreio deve ser iniciado logo após o diagnóstico de DM2 e após 5 anos do diagnóstico de DM1
- O rastreamento deve ser iniciado pela medida de albumina em amostra isolada de urina. Se alterado encaminhar ao especialista, se normal, repetir anualmente. (valor alterado: Albuminúria > 30 mg/g de creatinina)

- Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (TFG): essas fórmulas são facilmente acessíveis em sites como www.sbn.org.br e www.kidney.org ou em aplicativos.
- A Sociedade Brasileira de Diabetes endossa o estadiamento proposto pela KDIGO para a DRD, que combina estágios de perda de função renal baseados na TFG e na excreção urinária de albumina (EUA), utilizando os dois parâmetros de forma complementar.

Figura 5: Estágios de perda de função renal baseados na TFG e na excreção urinária de albumina

				Categorias de albuminúria		
				A1	A2	A3
				Normal	Moderadamente aumentada (microalbuminúria)	Muito aumentada (macroalbuminúria)
				< 30 mg/g	30 mg/g – 299 mg/g	≥ 300 mg/g
Categorias de TFG (mL/min/1,73m ²)	G1	Normal ou alta	≥ 90			
	G2	Levemente diminuída	60-90			
	G3a	Leve/moderadamente diminuída	45-59			
	G3b	Moderadamente diminuída	30-44			
	G4	Muito diminuída	15-29			
	G5	Falência renal	< 15			

Risco baixo	Risco intermediário	Risco alto	Risco muito alto
-------------	---------------------	------------	------------------

Fonte: Adaptado de KDIGO.¹²

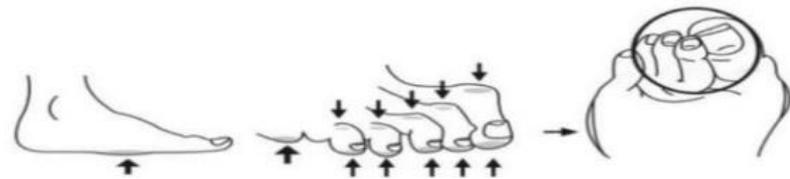
6-Pé diabético

- A avaliação do usuário deve ser feita pela APS logo após o diagnóstico do DM2 e após 5 anos do início do DM1. Caso não haja alterações, fazer reavaliação anualmente.

Roteiro para rastreamento do pé diabético

Paciente: _____ Idade: _____

Maestro: _____ Unidade de Saúde: _____ Data: ____ / ____ / ____

<p>História do Paciente</p> <p>() Duração do DM >10 anos</p> <p>() HbA1c ≥ 7%</p> <p>() Úlcera/ amputação prévia</p> <p>() Visão comprometida</p> <p>() Claudicação</p> <p>() Doença renal</p> <p>() Tabagismo</p>	<p>Avaliação da Pele</p> <p>() Pele seca / rachaduras</p> <p>() Unhas encravadas ou mal cortadas</p> <p>() Maceração interdigital / micose</p> <p>() Ulceração</p> <p>() Calosidades</p> <p>() Pele fria / cianose / palidez</p> <p>() Pele quente / eritema / edema</p>
<p>Rastreio para Neuropatia - Perda da Sensibilidade Protetora (PSP)</p> <p>Teste com monofilamento 10g</p> <p>() Sensível em todas as áreas</p> <p>() Uma ou mais áreas insensíveis</p>	 <p>Fonte: apud. SBD 2019-2020</p>
<p>Deformidades</p>  <p>() Artropatia de Charcot (desabamento do pé)</p> <p>() Dedos em garra</p> <p>() Joanetes e dedos cavalgados</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Fonte: apud. SBD 2019-2020</p>	
<p>Avaliação vascular</p> <p>Pé direito</p> <p>Pulso pedioso () palpável () não palpável () diminuído</p> <p>Pulso tibial posterior () palpável () não palpável () diminuído</p> <p>Pé esquerdo</p> <p>Pulso pedioso () palpável () não palpável () diminuído</p> <p>Pulso tibial posterior () palpável () não palpável () diminuído</p>	

Classificação de risco, recomendações e acompanhamento periódico

Risco/ Categoria	Definição clínica	Recomendações	Acompanhamento
0	Sem PSP (Perda da Sensibilidade Protetora) e sem alterações no pulso.	Educação do paciente, estímulo ao autocuidado, incluindo aconselhamento sobre sapato adequado.	Anual Enfermeiro e/ou médico.
1	PSP com ou sem deformidade.	Considerar uso de calçados adaptados. Considerar ortopedista, caso não haja adaptação. Continuar a educação do paciente.	A cada 3-6 meses Enfermeiro e/ou médico.
2	DAP (Doença Arterial Periférica) com ou sem PSP	Considerar uso de calçados adaptados e consulta com um cirurgião vascular para seguimento conjunto. Educação contínua.	A cada 2-3 meses Enfermeiro e/ou médico e encaminhamento para cirurgião vascular.
3	História de úlcera ou amputação	Considerar uso de calçados adaptados e consulta com um cirurgião vascular para seguimento conjunto (se a DAP estiver presente). Considerar ortopedista, caso não haja adaptação. Educação contínua.	A cada 1-2 meses Enfermeiro e/ou médico, considerar endócrino, vascular e ortopedista.

Orientar o paciente sobre:	Calçado adequado:
Calçados apropriados.	O calçado deve ser confortável e de tamanho apropriado.
Uso de meias claras e sem costuras.	Parte da frente ampla, suficiente para acomodar os dedos.
Não andar descalço, mesmo em casa.	Forração interna macia, sem costuras ou dobras, que absorva bem o suor.
Inspeção diária dos pés – inclusive entre os dedos Informar imediatamente a presença de lesões, descoloração da pele e micose.	Solado leve, não flexível, antiderrapante e que não deforma com pouco tempo de uso. Espessura em retopé de cerca de 2 cm e antepé de 0,5 a 1 cm.
Corte adequado das unhas, não cutucar. Corte das unhas em linha reta, evitar retirar cutículas.	Em caso de deformidade, úlcera ou ponto de pressão, considerar a confecção de calçados e palmilhas adaptados.
Não cortar ou usar produtos químicos nos calos.	Inspeccionar a parte interna dos calçados a procura de objetos que possam machucar os pés.
Lavar os pés e secar bem. Principalmente entre os dedos, não fazer <i>escalda pés</i> .	
Hidratar os pés diariamente Evite hidratar entre os dedos. Pode ser necessário creme de ureia 10%.	

Fonte: Adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 e Manual do Pé diabético, Ministério da Saúde, 2016. Roteiro elaborado por Enfermeira Adrielen Calixto e Dra. Maria Teresa Torquato – Programa DCNT.

7- Risco Cardiovascular

Para indivíduos com diabetes, recomenda-se a estratificação do risco de doença cardiovascular pela idade e presença de fatores de risco, sem o uso de calculadoras, uma vez que estas se mostram imprecisas em pacientes com DM2, embora possam ser usadas em indivíduos com DM1.

São definidas quatro categorias de risco baseadas na taxa anualizada de ocorrência de eventos cardiovasculares em dez anos: risco baixo, risco intermediário, risco alto e risco muito alto.

Figura 6 – Categoria de risco cardiovascular em paciente com DM

Categorias de risco	Taxa anual de DCV	Idade (anos)		Condição necessária
		DM2	DM1	
BAIXO	< 1%	Homem: < 38 Mulher: < 46	Usar calculadora <i>Steno*</i> se DM1 < 20 anos de duração	Sem EAR Sem EMAR
INTERMEDIÁRIO	1%-2%	Homem: 38-49 Mulher: 46-56		
ALTO	2%-3%	Homem: 50 ou mais Mulher: 56 ou mais		1 EAR ou 2 EAR Sem EMAR
MUITO ALTO	> 3%	DM1 e DM2: Qualquer idade se EAR		EMAR ou > 3 EAR

Fonte: SBD 2023. DM2: Diabetes tipo 2; DM1: Diabetes tipo 1; DCV: Doença cardiovascular; EAR: Estratificadores de alto risco; EMAR Estratificadores de muito alto risco

Quadro 11- Estratificadores de Alto Risco:

<p>DM 2 há mais de 10 anos</p> <p>Hist. Familiar de eventos coronários (pai ou irmão antes dos 55 anos; mãe ou irmã antes dos 65 anos)</p> <p>Hipertensão Arterial</p> <p>Síndrome metabólica: Circunferência abdominal ≥94cm (homem) ou 80cm (mulher) + 2 critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Triglicérides ≥150mg/dL ▪ HDL <40mg/dL (homem) ou <50mg/dL (mulher) ▪ PA ≥130/85mmHg <p>Glicemia jejum ≥100mg/dL</p> <p>Tabagismo ativo</p> <p>Neuropatia autonômica cardiovascular (1TAC-teste autonômico cardiovascular alterado)</p> <p>Retinopatia diabética não proliferativa leve</p> <p>Doença renal estratificada como alto risco</p> <p>Doença aterosclerótica subclínica; ITB-índice tornozelo braquial <0,9</p>
--

Os estratificadores de muito alto risco (EMAR) podem ser tanto de prevenção primária (EMAR-1) como de prevenção secundária (EMAR-2).

Quadro 12- Estratificadores de muito alto risco

Prevenção primária: 3 ou mais EAR DM1>20 anos, diagnosticada após 18 anos Estenose >50% em qualquer território vascular EMAR renal Hipercolesterolemia grave CT>310mg/dL ou LDL>190mg/dL Neuropatia autonômica cardiovascular (2 ou mais TAC alterados) Retinopatia diabética não proliferativa moderada-severa ou proliferativa Prevenção secundária: Síndrome coronariana aguda (infarto agudo do miocárdio ou angina instável) Acidente Vascular cerebral ou AIT Revascularização coronariana Insuficiência vascular periférica ou amputação de membros.

8- Manejo da dislipidemia

O tratamento da dislipidemia no diabetes não deve apenas visar a redução de eventos e mortalidade cardiovascular, mas, também, a redução do risco para pancreatite aguda, quando pertinente. Inicialmente, deve-se focar no uso de estatinas, pois detém o maior corpo de evidências de benefício cardiovascular. Agentes que reduzem primariamente triglicérides, por sua vez, têm seu maior potencial de uso na redução do risco de pancreatite aguda. Assim, no manejo das dislipidemias, metas lipídicas e recomendações são apresentadas primariamente de acordo com o risco cardiovascular em relação ao uso de estatinas. O uso de fármacos que reduzem triglicérides é discutido adiante.

Quadro 13- Recomendação para o tratamento hipolipemiante, de acordo com a categoria de risco cardiovascular em diabetes e a meta terapêutica para LDL-c.

Risco	Recomendação de tratamento	Meta LDL-c (mg/dL)
Baixo risco	Estatinas de moderada potência (uso opcional)	<100
Intermediário	Estatinas de moderada potência (uso recomendado)	<100

Alto	Estatinas de alta potência	<80
Muito Alto	Estatinas de alta potência e ezetimiba	<50

Fonte: MACH et al., 2020

Quadro 14- Esquemas para redução do colesterol com estatinas

Estatina (mg)	Média potência	Alta potência
Sinvastatina	20-40	-----
Atorvastatina	10-20	40-80
Rosuvastatina	5-10	20-40

Fonte: Adaptado de MACH et al., 2020

Em pessoas com DM e RISCO MUITO ALTO recebendo estatinas de alta potência nas doses máximas toleradas, se não forem atingidas as metas de LDL-c < 50 mg/dL ou de colesterol não-HDL < 80 mg/dL, a adição de ezetimiba DEVE SER CONSIDERADA.

Hipertrigliceridemia

Em pessoas com DM e hipertrigliceridemia leve à moderada, o uso de estatinas é recomendado como primeira escolha para reduzir o risco de eventos cardiovasculares.

Em pessoas com DM e triglicérides entre 150 mg/dL e 880 mg/dL, é RECOMENDADO o tratamento não farmacológico para reduzir triglicérides e prevenir pancreatite aguda. O uso de estatinas deve ser mantido.

Em pessoas de RISCO ALTO ou MUITO ALTO, com triglicérides > 204 mg/dL associado à HDL-colesterol < 34 mg/dL, a combinação de fibrato com estatina PODE SER CONSIDERADA para redução do risco cardiovascular.

Em pessoas com DM e triglicérides entre 400 mg/dL e 880 mg/dL, quando medidas não farmacológicas falharem, PODE SER CONSIDERADO o tratamento farmacológico com fibratos associados a estatinas para prevenção de pancreatite aguda.

12-ATENDIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O ponto de apoio que faz a gestão do cuidado do usuário durante a atenção contínua do ambulatório de especialidade competirá ao **enfermeiro de apoio**, iniciando os cuidados por ele. Garantir que o usuário seja atendido por todos os membros da equipe que compõe a carteira básica, quando for admitido neste serviço, ao menos uma vez por ano: **técnico em enfermagem, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, cardiologista, endocrinologista, farmacêutico clínico e assistente social.**

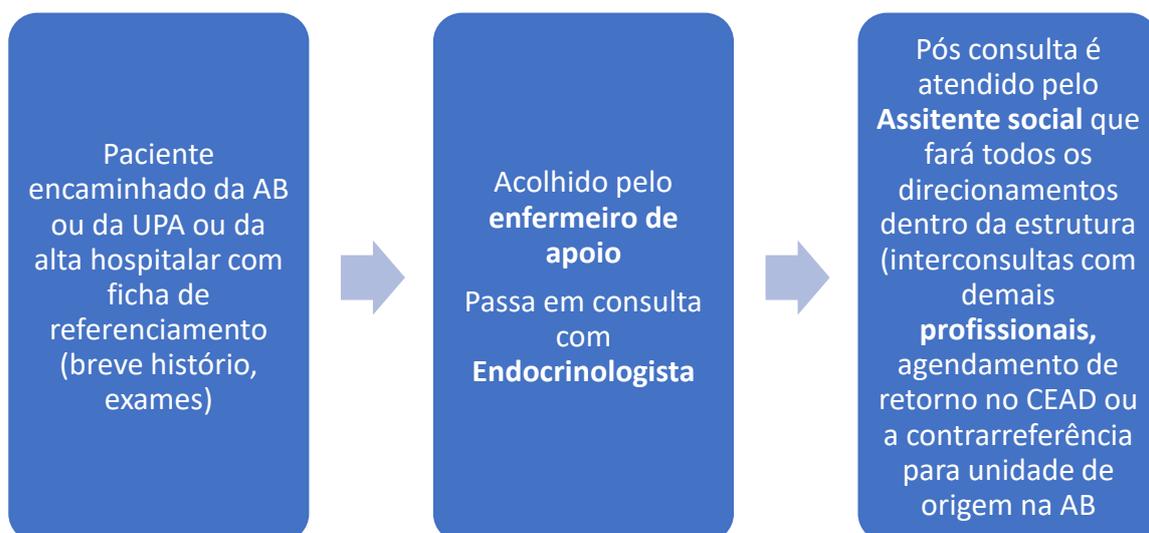
Outros profissionais que completam essa relação, compondo a carteira ampliada de serviços:

- Médico oftalmologista;
- Médico angiologista;
- Médico nefrologista.

A carteira de serviços ainda contempla procedimentos especializados:

- Curativos e desbridamento para usuários com DM e HAS, realizados quando há lesão, úlcera.
- O acesso para órteses e próteses é garantido para usuários diabéticos com lesões e sequelas nos pés

Figura 7- Fluxo dentro do CEAD- modelo proposto



Fonte: Próprio autor

Além dos exames complementares de rotina que estão disponíveis na APS, os usuários com DM devem realizar exames especializados para avaliação de complicações cardiovasculares e neuropáticas. Esses exames devem ser programados no acompanhamento longitudinal. O quadro 11 lista os exames especializados que compõe a carteira básica e ampliada de serviços.

Quadro15- Exames disponíveis e periodicidade

Exame	Periodicidade	Comentário
ECG	Anual	Em pacientes com risco intermediário a muito alto
Ecocardiograma transtorácico	Anual	Usuários com ECG sugestivo de hipertrofia do ventrículo esquerdo ou insuficiência cardíaca
Holter	De acordo com a avaliação clínica	Usuário com DM e refere: vertigem, síncope, dispneia ou taquicardia
Rx de pé	De acordo com a avaliação clínica	Solicitar quando há úlcera na pele. Avalia possível osteomielite associada
Doppler vascular manual e cálculo do ITB	Anual	Portadores de acima de 50 anos, aqueles com pulsos diminuídos, claudicação intermitente, fadiga nos membros inferiores ou até mesmo aqueles sem sintomas devem receber avaliação vascular com tomada para ITB
Retinografia sem contraste	Anual	Avalia o fundo do olho, retina e nervo óptico. Investiga surgimento ou progressão de retinopatia
Ultrassom de carótidas	De acordo com a avaliação clínica	

Fonte: SBD,2019. ITB: índice tornozelo braquial; ECG: eletrocardiograma

Pacientes estáveis devem receber contrarreferência para seguimento na APS conforme o plano terapêutico estabelecido pela AAE

Quadro 16- Critérios clínicos de estabilidade no DM

Exame	Estabilidade clínica ideal
Hemoglobina glicada	Crianças e adolescentes: ao redor de 7,5% Adultos: ao redor de 7,0% Idosos: 7,5%-8,5%
Glicemia de jejum	Crianças e adolescentes: 70-145mg/dL Adultos: 70-100mg/dL Idosos: 90-130mg/dL
2h pós prandial	Crianças e adolescentes: 90-180mg/dL Adultos: 70-160mg/dL Idosos: 90-160mg/dL
Ao deitar-se	Crianças e adolescentes: 120-180mg/dL Adultos: 90-150mg/dL Idosos: 90-150mg/dL

Fonte: SBD,2019

Amputação

Nos casos em que o paciente passou por amputação, durante a alta hospitalar, deverão ser realizadas duas ações: contato com a APS do território do usuário para a passagem do caso e agendamento com médico angiologista no CEAD.

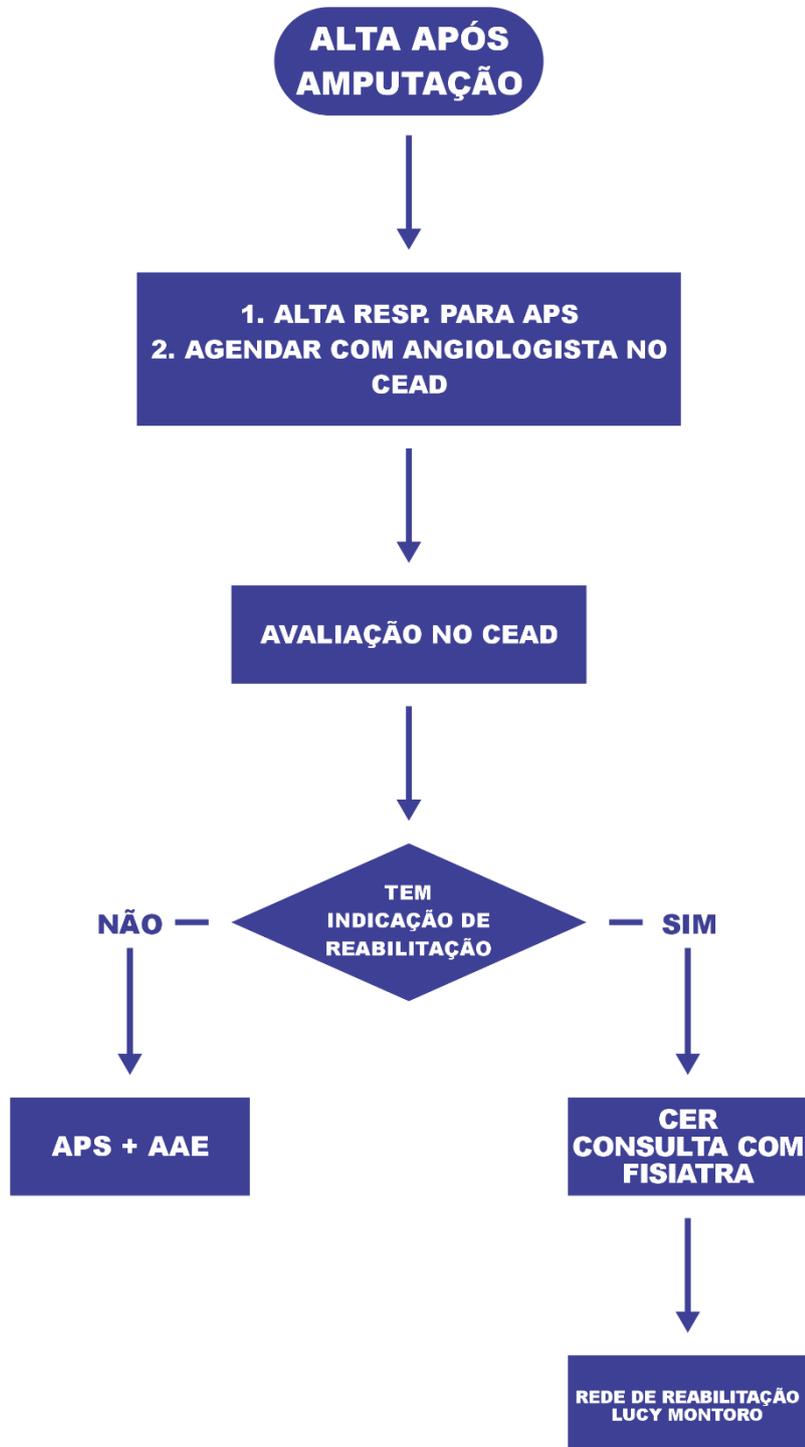
Após a avaliação realizada pelo médico angiologista, havendo indicação de reabilitação/prótese, a documentação do paciente deverá ser encaminhada ao médico fisiatra do CER através de malote pela Central de Regulação.

O médico fisiatra irá realizar a avaliação levando em conta os critérios de elegibilidade da Rede Lucy Montoro (Exemplo: tempo de lesão menor ou igual a 4 anos) e preencherá o Formulário Padrão de Encaminhamento com a indicação clínica nos casos de órteses e próteses. (Anexo VII)

O agendamento e o aceite para atendimento na Rede Lucy Montoro ocorrem através do sistema SIRESP/CROSS. Com o agendamento disponibilizado pelo sistema, a equipe do CER entrará em contato com o paciente para que ele retorne e realize a retirada da documentação exigida pela Rede Lucy Montoro (filipeta com data do agendamento e encaminhamento médico). Caso o paciente

opte por transporte público, o primeiro agendamento será realizado pela equipe CER e os demais serão realizados pelo paciente no setor de transporte. À APS cabe o acompanhamento periódico do paciente por sua equipe.

Figura 8- Fluxo dentro da RAS para paciente que passaram por amputação



CEAD: Centro de especialidades e apoio diagnóstico; CER: Centro especializado em reabilitação; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS:

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Standards of Medical Care in Diabetes.** USA: ADA; 2019. Disponível em: <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2019/ada-issues-critical-updates-to-2019-standards-of-care.html>
2. ASSUNÇÃO, A. A.; FRANÇA, E. B. Anos de vida perdidos por DCNT atribuídos a riscos ocupacionais no Brasil: estudo GBD 2016. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 28, 2020. DOI: 10.11606/S1518-8787.2020054001257. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/167772>. Acesso em: 13 fev. 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL 2023:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMw==>
5. BRASIL. 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.
6. COLAGIURI, S.; LEE, C.M.Y.; WONG, T.Y.; BALKAU, B.; et al;. Glycemic thresholds for diabetes-specific retinopathy: implications for diagnostic criteria for diabetes. **Diabetes Care.** 34(1), 2011. 145–50.
7. DUNCAN, B.B; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2013.
8. FERREIRA, C. E. S., MAEDA, S. S., BATISTA, M. C., LAZARETTI-CASTRO, M., VASCONCELLOS, L. S., MADEIRA, M., SOARES, L. M., BORBA, V. Z. C., MOREIRA, C. A. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) e da Sociedade Brasileira de

Endocrinologia e Metabologia (SBEM) sobre intervalos de referência da vitamina D [25(OH)D]. **J Bras Patol Med Lab**, v. 53, n. 6, p. 377-381, December 2018. Disponível em: http://www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2017/12/PosicionamentoOficial_SBPCML_SBEM.pdf

9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2019-2020). São Paulo: Clannad; 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
10. MACH, F. et al. Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: Lipid Modification to Reduce Cardiovascular Risk: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*, Oxford, v. 41, n. 1, p. 111-188, 2020.
11. CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. Autocuidado Apoiado: Manual do Profissional de Saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92 p.
12. MENDES, E. V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
13. BRASIL. Portaria Nº 54 da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde, de 11 de Novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2. *Diário Oficial*, Brasília, DF, 11 de nov. 2020. Seção 1, p. 145.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório no 802 - Dapagliflozina para pacientes com diabete melito tipo 2 (DM2) com necessidade de segunda intensificação de tratamento e alto risco para desenvolver doença cardiovascular (DCV) ou com DCV já estabelecida e idade entre 40-64 anos. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/20230405_Relatorio_820_dapagliflozina_final.pdf. 2023.

Anexo I- Instrumento para avaliação de risco para DM

ANEXO 1. Instrumento FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)

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 94cm	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

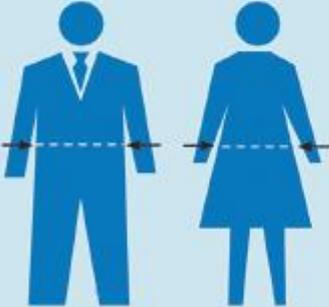
5 p. Sim

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

continua...

O QUE VOCÊ PODE FAZER PARA DIMINUIR O SEU RISCO DE DESENVOLVER DIABETES TIPO 2?

Você não pode mudar sua idade ou sua predisposição genética. Entretanto, os outros fatores que predisõem ao diabetes, como sobrepeso, gordura abdominal, sedentarismo, hábitos alimentares e o hábito de fumar, dependem de você. Suas escolhas de estilo de vida podem evitar o diabetes tipo 2 ou pelo menos retardá-lo até uma idade mais avançada.

Caso haja alguém com diabetes na sua família, você deve atentar para não ganhar peso com o passar dos anos. O aumento da circunferência abdominal, em particular, aumenta o risco do diabetes, enquanto que a atividade física moderada diminui o risco. Você deve também ficar atento à sua dieta: consuma muitos produtos à base de cereais ricos em fibras e legumes todos os dias. Evite o excesso de gordura na sua dieta.

Os primeiros estágios do diabetes tipo 2 raramente apresentam sintomas. Se o seu total de pontos foi de 12 a 14 na Avaliação de Risco, você deve avaliar seriamente suas atividades físicas e hábitos alimentares e prestar atenção ao seu peso, para prevenir o desenvolvimento do diabetes. Não deixe de consultar o seu médico para mais informações e testes.

Se o seu total de pontos foi 15 ou mais na Avaliação de Risco, você deve fazer o teste de glicemia (em jejum e depois de uma dose de glicose ou após uma refeição) para determinar se você tem diabetes sem sintomas.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

O índice de massa corporal é usado para avaliar se uma pessoa está com o peso normal ou não. O índice é calculado dividindo-se o peso corporal (kg) pela altura ao quadrado (m). Por exemplo, se a sua altura é 1,65 m e seu peso é 70 kg, seu índice de massa corporal será $70 / (1,65 \times 1,65)$, o que resulta em 25,7.

Se o seu índice de massa corporal estiver entre 25 e 30, você se beneficiará se perder peso ou ao menos deve se prevenir para que o seu peso não ultrapasse o atual. Se o seu índice de massa corporal for maior que 30, os efeitos adversos da obesidade começarão a aparecer e será importante você perder peso.

TABELA: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Altura (cm)	Peso (kg)																			
	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88
100	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
105	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
110	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
115	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
120	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
125	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
130	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
135	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
140	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
145	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
150	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
155	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
160	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
165	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
170	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
175	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
180	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
185	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
190	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
195	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
200	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
205	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
210	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
215	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
220	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
225	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
230	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
235	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
240	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
245	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
250	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
255	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
260	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
265	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
270	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
275	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
280	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
285	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
290	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
295	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
300	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
305	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
310	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
315	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
320	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
325	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
330	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
335	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
340	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
345	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
350	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
355	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
360	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
365	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
370	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
375	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92
380	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93
385	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94
390	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95
395	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96
400	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
405	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
410	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
415	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Referência:

Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) for use in Brazilian Portuguese: questionnaire validity study https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-3180202000501101&script=sci_arttext

Anexo II- Rastreio para risco de DM

Teste para avaliar o nível de risco para diabetes tipo 2

<p>1. Qual a sua idade?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 40 anos = 0 ponto • 40 – 49 anos = 1 ponto • 50 – 59 anos = 2 pontos • Acima de 60 anos = 3 pontos 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Altura</th> <th colspan="3">Peso (kg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1,47</td><td>54-64</td><td>65-86</td><td>87+</td></tr> <tr><td>1,50</td><td>56-67</td><td>67-89</td><td>90+</td></tr> <tr><td>1,52</td><td>58-69</td><td>69-92</td><td>93+</td></tr> <tr><td>1,55</td><td>60-71</td><td>72-95</td><td>96+</td></tr> <tr><td>1,57</td><td>62-74</td><td>74-98</td><td>99+</td></tr> <tr><td>1,60</td><td>64-76</td><td>77-102</td><td>102+</td></tr> <tr><td>1,63</td><td>66-78</td><td>79-105</td><td>105+</td></tr> <tr><td>1,65</td><td>68-81</td><td>82-108</td><td>109+</td></tr> <tr><td>1,68</td><td>70-84</td><td>84-112</td><td>112+</td></tr> <tr><td>1,70</td><td>72-86</td><td>87-115</td><td>116+</td></tr> <tr><td>1,73</td><td>74-89</td><td>89-118</td><td>119+</td></tr> <tr><td>1,75</td><td>77-92</td><td>92-122</td><td>122+</td></tr> <tr><td>1,78</td><td>79-94</td><td>95-126</td><td>126+</td></tr> <tr><td>1,80</td><td>81-97</td><td>98-129</td><td>130+</td></tr> <tr><td>1,83</td><td>83-100</td><td>100-133</td><td>133+</td></tr> <tr><td>1,85</td><td>86-103</td><td>103-137</td><td>137+</td></tr> <tr><td>1,88</td><td>88-105</td><td>106-141</td><td>141+</td></tr> <tr><td>1,91</td><td>91-108</td><td>109-144</td><td>144+</td></tr> <tr><td>1,93</td><td>93-111</td><td>112-148</td><td>149+</td></tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> ← <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">1 ponto</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">2 pontos</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">3 pontos</td> </tr> </table> </div>	Altura	Peso (kg)			1,47	54-64	65-86	87+	1,50	56-67	67-89	90+	1,52	58-69	69-92	93+	1,55	60-71	72-95	96+	1,57	62-74	74-98	99+	1,60	64-76	77-102	102+	1,63	66-78	79-105	105+	1,65	68-81	82-108	109+	1,68	70-84	84-112	112+	1,70	72-86	87-115	116+	1,73	74-89	89-118	119+	1,75	77-92	92-122	122+	1,78	79-94	95-126	126+	1,80	81-97	98-129	130+	1,83	83-100	100-133	133+	1,85	86-103	103-137	137+	1,88	88-105	106-141	141+	1,91	91-108	109-144	144+	1,93	93-111	112-148	149+	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Altura		Peso (kg)																																																																																		
1,47		54-64	65-86	87+																																																																																
1,50		56-67	67-89	90+																																																																																
1,52		58-69	69-92	93+																																																																																
1,55		60-71	72-95	96+																																																																																
1,57		62-74	74-98	99+																																																																																
1,60	64-76	77-102	102+																																																																																	
1,63	66-78	79-105	105+																																																																																	
1,65	68-81	82-108	109+																																																																																	
1,68	70-84	84-112	112+																																																																																	
1,70	72-86	87-115	116+																																																																																	
1,73	74-89	89-118	119+																																																																																	
1,75	77-92	92-122	122+																																																																																	
1,78	79-94	95-126	126+																																																																																	
1,80	81-97	98-129	130+																																																																																	
1,83	83-100	100-133	133+																																																																																	
1,85	86-103	103-137	137+																																																																																	
1,88	88-105	106-141	141+																																																																																	
1,91	91-108	109-144	144+																																																																																	
1,93	93-111	112-148	149+																																																																																	
1 ponto	2 pontos	3 pontos																																																																																		
<p>2. Você é um homem ou uma mulher?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homem = 1 ponto • Mulher = 0 ponto 																																																																																				
<p>3. Se você for mulher, já apresentou diagnóstico de diabetes gestacional?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim = 1 ponto • Não = 0 ponto 																																																																																				
<p>4. Você tem mãe, pai, um irmão ou uma irmã com diabetes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim = 1 ponto • Não = 0 ponto 																																																																																				
<p>5. Você já foi diagnosticado como tendo hipertensão?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim = 1 ponto • Não = 0 ponto 																																																																																				
<p>6. Você é fisicamente ativo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim = 0 ponto • Não = 1 ponto 																																																																																				
<p>7. Qual é o seu peso corpóreo?</p> <p>Para este tópico, anote seus pontos de acordo com a tabela à direita</p>																																																																																				
<p style="color: red; font-size: 1.5em;">↓</p>																																																																																				
<p>Número total dos pontos:</p> <p>Somatória dos valores individuais referentes às 7 questões enumeradas acima</p>	<p>Se o total de pontos for igual ou superior a 5 você está sujeito a um risco aumentado de desenvolver o diabetes tipo 2. Entretanto, somente o seu médico pode dizer com certeza se você apresenta diabetes tipo 2 ou pré-diabetes. Converse com seu médico para constatar se testes adicionais são necessários para esclarecer o diagnóstico.</p>																																																																																			

American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2018;41(Suppl. 1):S13-S27 | <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>

Referência:

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Posicionamento Oficial SBD n.01/2019. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2. Algoritmo SBD 2019. São Paulo: SBD; 2019. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf

Anexo III- Medicamentos padronizados para Diabetes:

Farmácia popular:

- Metformina XR 500mg
- Metformina 850mg
- Glibenclamida 5mg
- Insulina NPH 100ui/ml- frasco
- Insulina regular 100ui/ml- frasco
- Dapagliflozina 10mg- paciente a partir de 40 anos

Farmácia da Atenção Básica:

- Glibenclamida 5mg
- Insulina NPH 100io/ml- caneta para pacientes na faixa de 0 a 19 anos e acima de 50 anos, frascos para os demais
- Insulina regular 100ui/ml- - caneta para pacientes na faixa de 0 a 19 anos e acima de 50 anos, frascos para os demais

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:

- Diabetes tipo II- Foxiga 10mg- pacientes a partir de 40 anos
- Diabetes tipo I- Insulina Asparte tubetes 3ml

Anexo IV- Plano de registro de glicemias para pacientes em esquema de múltiplas doses de insulina NPH + regular: (100 fitas /mês).

Data	Antes do café	2h pós café	Antes do almoço	2h pós almoço	Antes do jantar	2h pós janta	Ao deitar-se
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Anexo V- Plano de registro de glicemias para pacientes portadores de DM2 em uso de insulina NPH (50 fitas /mês).

Data	Jejum	2h pós café	2h pós almoço	2h pós janta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Anotar o valor das glicemias nos quadrinhos em branco

Anexo VI- Formulário Padrão de Encaminhamento

Relatório médico de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro

Especialidade "Fisioterapia - Reabilitação Física"

Este relatório deve ser preenchido DIGITALMENTE, impresso, assinado e carimbado pelo médico, escaneado e inserido no Portal Cross.

ATENÇÃO: Os campos destacados em vermelho e pelo menos um macroprocesso são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

1. DADOS DO PACIENTE

Nome completo:	
Data de nascimento:	Código CROSS:
RG:	CPF:
Cartão SUS:	
Município de residência:	Estado de residência:
E-mail:	
Tel. residencial:	Tel. celular:

2. DIAGNÓSTICO (Favor preencher com o código CID completo que melhor represente os diagnósticos do paciente)

- 2.1. Diagnóstico da INCAPACIDADE (o que melhor representa a restrição de funcionalidade do paciente): CID 10:
- 2.2. Diagnóstico da ETIOLOGIA (o que gerou a INCAPACIDADE).
Selecione um ou mais macroprocessos abaixo e complete com código CID
- 2.3. Descreva abaixo o quadro clínico do paciente com detalhamento da localização da morbididade, nível, lateralidade e exame neurológico do sistema motor.

MACROPROCESSO	CID 10
<input type="checkbox"/> Amputação	
<input type="checkbox"/> Doenças congênicas e perinatais	
<input type="checkbox"/> Doenças neuromusculares e neurodegenerativa	
<input type="checkbox"/> Doenças osteomioarticulares 1	
<input type="checkbox"/> Doenças osteomioarticulares 2	
<input type="checkbox"/> Hemofilia	
<input type="checkbox"/> Lesão encefálica	
<input type="checkbox"/> Lesão medular	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	

Paciente esta em uso de prótese há 32 anos, desde que apresentou um osteosarcoma, em joelho direito, sendo necessário amputação transfemoral desse membro inferior, a nível de terço médio. Está em uso de prótese, no momento feita através do SUS, e refere que se sente bem adaptada, mas anteriormente usou uma prótese avariada durante longo período, e em decorrência sofreu lesão meniscal de joelho contra lateral, que teve necessidade de cirurgia e ocorreu osteoartrose desse joelho, sendo que não consegue fazer a marcha completa, estando prejudicada a Reabilitação sendo solicitado uma avaliação de quadro

2.4. Data da instalação da INCAPACIDADE:

2.5. Data da PERDA FUNCIONAL:

3. RESUMO CLÍNICO

3.1. Possui doenças associadas?

3.1.1. Se sim, as doenças associadas estão controladas?

3.1.2. Está em acompanhamento médico dessas doenças?

3.2. Está em uso de ventilação mecânica ou ventilação invasiva?

3.3. Está em oxigenioterapia?

3.4. Tem ou teve crises convulsivas?

3.4.1. Se sim, estão controladas?

3.4.2. Quando foi a última crise convulsiva?

3.5. Tem lesão por pressão?

3.5.1. Se sim, liste os locais com lesão:

3.5.2. Grau da pior lesão:

4. EM RELAÇÃO À INCAPACIDADE QUE MOTIVOU ESTA SOLICITAÇÃO

Descreva o motivo do encaminhamento:

5. SOLICITANTE

Nome da instituição:	CNES:
Endereço:	Telefone:
Nome do médico:	CREMESP:
Data:	

Assinatura e carimbo do médico

Anexo VII- Dieta sugerida para DM2

ORIENTAÇÃO ALIMENTAÇÃO

Calorias: 1800/dia

CAFÉ DA MANHÃ

Leite desnatado.....	01 copo (250 ml)
Queijo branco	02 fatias
Pão.....	1/2 filão integral

LANCHE

Fruta.....	01 fruta
------------	----------

ALMOÇO

Verduras	à vontade
Legumes	01 pires de chá
Carne Magra	à vontade
Arroz integral	02 colheres (de servir)
Feijão	01 concha média

LANCHE OU SOBREMESA

Fruta.....	01 fruta
------------	----------

ALMOÇO

Verduras	à vontade
Legumes	01 pires de chá
Carne Magra	à vontade
Arroz integral	02 colheres (de servir)
Feijão	01 concha média

LANCHE

Fruta.....	01 fruta
------------	----------

OBSERVAÇÕES

- 01- Não comer doces, balas, chocolates, sorvetes, refrigerantes, etc. adicionar açúcar aos alimentos ou bebidas
- 02- Evitar comer carnes gordas e frituras. Preparar os alimentos com 01 colher (sopa) de óleo.
- 03- Comer devagar, mastigando bem os alimentos. Não comer assistindo televisão.
- 04- O pão deve ser substituído por Pão de Forma integral (02 fatias).
- 05- O arroz pode ser substituído por igual quantidade de macarrão, batata, mandioca, polenta, milho, feijão ou massas.
- 06- A carne pode ser substituída por 01 ovo.
- 07- Legumes permitidos: todos, com exceção de batata, mandioca e milho (que podem ser usados como substituição do arroz).
08. Verduras permitidas: todas
- 09-Frutas permitidas: todas, sendo uma porção equivalente a uma xícara de chá

Anexo VIII- Quadro com recomendações dietéticas

Orientação Nutricional para Diabetes

PREFIRA	EVITE
Realizar de 5 a 6 refeições por dia (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite) mastigar bem os alimentos.	Ficar sem se alimentar por longos períodos ou pular refeições.
Consuma apenas uma fonte de carboidrato na refeição pão, massas, mandioca, arroz, batata, inhame, farofa, e dê preferência para os integrais.	Arroz branco, pão e massas feitos com farinha de trigo comum, farinha de mandioca, salgados (coxinha, esfiha) e alimentos industrializados (salgadinhos, batata chips, lasanhas, pizzas)
Adoçantes (ex: sucralose, stevia ou xilitol) , doces e compotas feitas com adoçantes(diet)	Açúcares, mel, melado, caldo de cana, leite condensado
Carnes magras: brancas (filé de peixe ou frango sem pele) ou vermelhas (patinho, coxão mole, coxão duro, lombo de porco sem gordura) e clara de ovos	Carnes gordurosas (cupim, costela, picanha, leitoa, pernil, torresmo, bacon), embutidos (linguiça, salsicha, mortadela, salame, apresuntado, hambúrguer, nuggets) gema de ovo em excesso
Leite e iogurte desnatado, queijos brancos (frescal, ricota) requeijão light	Leite, iogurte e requeijão integral, queijos como muçarela, provolone, prato e parmesão.
Frutas em geral, com casca e bagaço sempre que possível. Procure consumir acompanhadas com alimentos ricos em fibras (aveia, farelo de trigo, linhaça) . Consuma até 3 porções de frutas por dia em horários diferentes.	Doces em calda, pé de moleque, doces de padaria, chocolates, bolos recheados, biscoitos recheados, sorvetes cremosos, guloseimas em geral.
Alimentos cozidos, a vapor, assados ou grelhados.	Alimentos à milanesa, fritos, empanados e folhados
Óleos vegetais com moderação, azeite de oliva extra virgem na salada, azeite único para refogar ou grelhar. Castanhas, nozes e amêndoas	Óleo vegetal em excesso, banha de porco, margarina, manteiga, requeijão e creme de leite
Sucos naturais feitos com apenas uma porção de fruta	Refrigerantes, sucos concentrados, em pó e industrializados e bebidas alcoólicas.

