

**NOTA INFORMATIVA**  
**INFORMAÇÕES INTEGRADAS**  
**PARA O ENFRENTAMENTO AO**  
**DIABETES *MELLITUS***

Nº 01 14/03/2024



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará  
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Estado do Ceará  
Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde  
Antônio Silva Lima Neto

Secretário Executivo de Atenção à  
Saúde e Desenvolvimento Regional  
Lauro Vieira Perdigão Neto

Coordenadora de Vigilância  
Epidemiológica e Prevenção em Saúde  
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

Coordenadora de Imunização  
Ana Karine Borges Carneiro

Coordenadora de Atenção Primária à Saúde  
Thaís Nogueira Facó de Paulo Pessoa

Coordenadora de Redes de Atenção à Saúde  
Rianna Nargilla Silva Nobre

Coordenadora de Políticas de Assistência  
Farmacêutica e Tecnologias em Saúde  
Fernanda França Cabral

Coordenador de Regulação dos  
Sistemas de Saúde  
Breno Melo Novais Miranda

Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza  
Ícaro Tavares Borges

Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão  
Christina Figueiredo Sampaio Façanha  
Marcela Moura França

#### Elaboração e Revisão

Carlos André Moura Arruda  
Carlos Garcia Filho

Carmem Cintra de Oliveira Tavares  
Evelyne Rodrigues Feitoza  
Fernanda França Cabral

Helenira Fonseca de Alencar  
Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt  
Joana Gurgel Holanda Filha

Juliana Alencar Moreira Borges  
Kelma Pinheiro Costa Cruz

Nalber Sigian Tavares Moreira

Nayara de Castro Costa Jereissati  
Priscilla de Lima Carneiro

Rafael Reinaldo da Silva

Raimunda Nonata de Paulo

Rejane Helena Chagas de Lima

Roberto Escórcio de Souza Lima

Rosimar Ferreira de Oliveira

Sylmara Carlos Brito dos Santos Pitta

Wildson Ronney Rodrigues Bezerra

## APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da **Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde** e da Célula de Vigilância e Prevenção das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, em parceria com as **Coordenadorias** de: **Atenção Primária à Saúde**, de **Redes de Atenção à Saúde**, de **Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde**, de **Regulação dos Sistemas de Saúde** e do **Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão**, divulga a **Nota Informativa, contendo Informações Integradas para o enfrentamento ao Diabetes Mellitus** para gestores, trabalhadores e profissionais de saúde com o objetivo de fortalecer as estratégias de prevenção e controle dessa doença no Estado.

A Nota Informativa apresenta dados epidemiológicos de mortalidade por Diabetes *Mellitus*, bem como informações sobre o número de amputações em pessoas vivendo com essa doença, considerando um período de 10 anos. Também são apresentadas, para o enfrentamento a essa doença, as estratégias de prevenção, promoção e controle, informações sobre a assistência farmacêutica e os serviços de atendimento que integram a rede assistencial do Estado do Ceará.

Um outro componente presente na nota informativa, descrito pela Coordenadoria de Imunização, é a recomendação e divulgação de estratégias voltadas para a promoção à saúde por meio da oferta de imunobiológicos indicados para pacientes com Diabetes *Mellitus*.



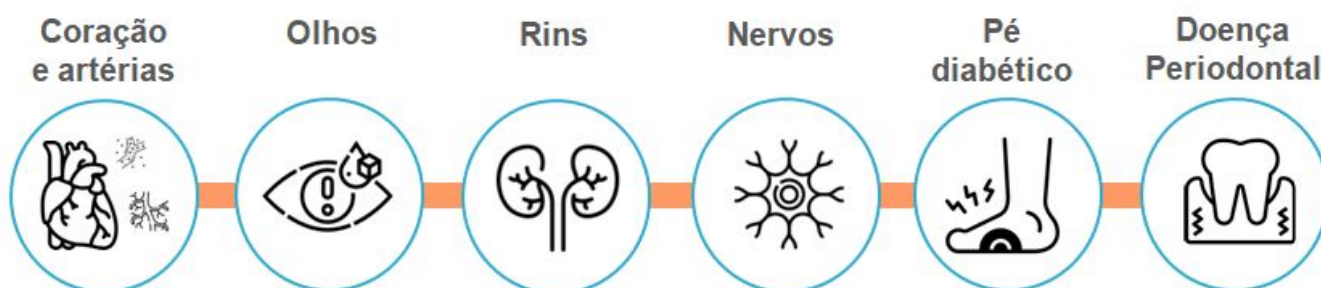
**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ</b>	<b>5</b>
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>14</b>
<b>IMUNIZAÇÃO</b>	<b>26</b>
<b>SAÚDE BUCAL E DIABETES <i>MELLITUS</i></b>	<b>31</b>
<b>REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA</b>	<b>35</b>
<b>PÉ DIABÉTICO NO ESTADO DO CEARÁ</b>	<b>40</b>
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	<b>41</b>
<b>AÇÕES ESTRATÉGICAS</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>50</b>

# INTRODUÇÃO

O **Diabetes Mellitus (DM)** é uma doença causada pela produção **insuficiente** ou **má absorção de insulina**, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. Essa doença pode causar o aumento da glicemia que, em altas taxas, pode levar a várias complicações para o corpo (BRASIL, 2023):



A DM pode se apresentar de diversas formas. Os tipos mais comuns são classificados como: **Pré diabetes**, **Diabetes tipo I**, **Diabetes tipo II** e **Diabetes Gestacional** (BRASIL, 2023).

Os fatores de risco relacionados a DM são classificados em: **genéticos** e **comportamentais** (alimentação inadequada, prática de atividade física insuficiente, consumo nocivo do álcool e tabagismo). Além desses, existem **outros fatores** que podem contribuir para o desenvolvimento do DM (BRASIL, 2023):

Diagnóstico de pré-diabetes	Pressão alta	Colesterol alto ou alterações na taxa de triglicérides no sangue	Sobrepeso
Doenças Renais Crônicas	Diabetes gestacional	Mulher que deu à luz criança com mais de 4kg	Síndrome de ovários policísticos
Distúrbios psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar)	Apneia do sono	Uso de medicamentos da classe dos glicocorticóides	Pais, irmãos ou parentes próximos com diabetes

Para a redução da morbimortalidade por DM, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são necessárias ações de prevenção e tratamento da doença na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a garantia da acessibilidade e disponibilidade de medicamentos.

# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

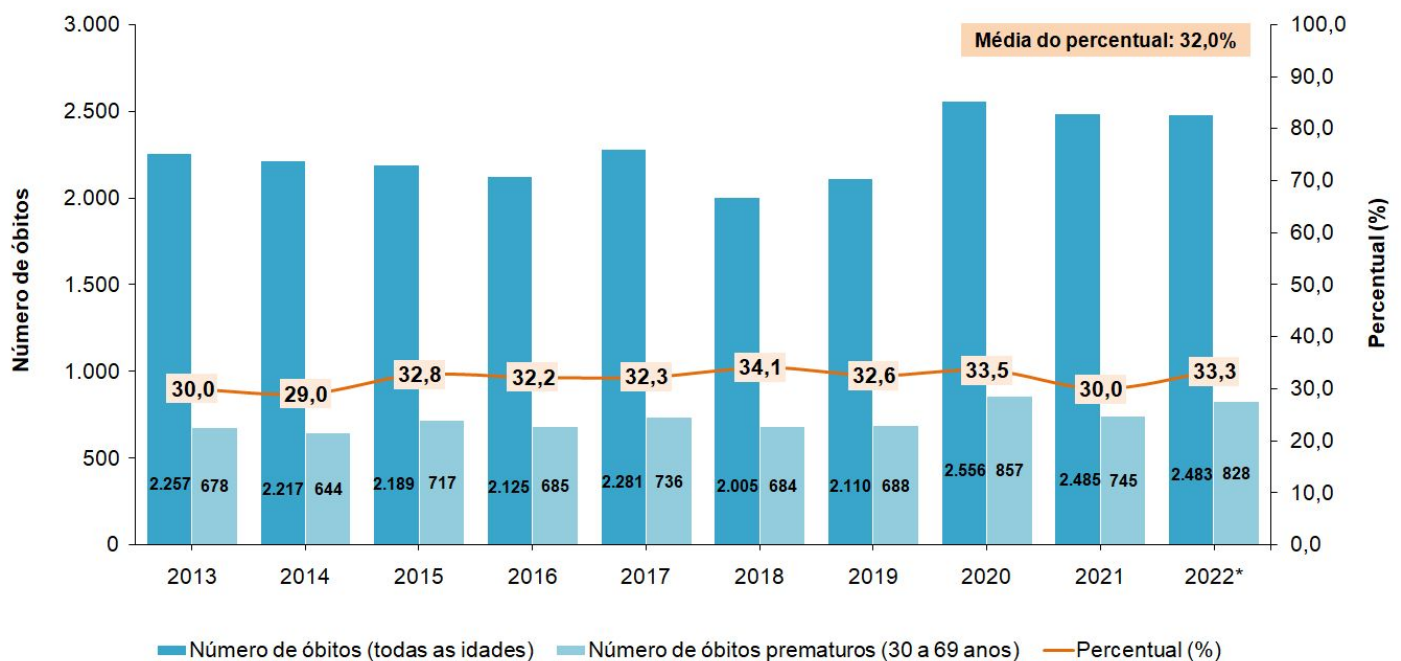
## 1. Mortalidade por Diabetes Mellitus

A figura 1 retrata o percentual de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por Diabetes *Mellitus*, dentre os óbitos ocorridos em todas as idades por essa doença.

Verifica-se que, no Ceará, entre os anos de 2013 e 2022, foram contabilizados 22.708 óbitos (considerando todas as idades) e 7.262 óbitos prematuros por Diabetes *Mellitus*. Com base na série histórica analisada, observa-se oscilação no comportamento dessa mortalidade. Contudo, cabe destacar que os últimos três anos apresentaram os maiores números de óbitos da década analisada, tendo como destaque o ano de 2020, com 2.556 óbitos em todas as idades e 857 óbitos prematuros.

Somado a isso, observa-se que o percentual dos óbitos prematuros dentre os demais ocorridos permaneceu relativamente constante, exibindo uma média do percentual de 32,0%, sendo o ano de 2018 o que apresentou o maior desses percentuais (34,1%).

**Figura 1. Percentual de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por Diabetes *Mellitus* dentre os óbitos ocorridos em todas as idades. Ceará, 2013 a 2022\***



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVOP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS;  
\*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;

# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

## 2. Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, segundo as características sociodemográficas

Os dados da Tabela 1 descrevem a mortalidade por Diabetes *Mellitus*, considerando todas as idades, segundo as características sociodemográficas no período de 2013 a 2022.

Ao distribuir os óbitos por essa doença, observa-se que 56,9% deles ocorreram no sexo feminino; 39,4% na faixa etária  $\geq 80$  anos e 65,5% na raça/cor parda. Quanto à escolaridade, verifica-se que a maior mortalidade se concentra na população que apresenta de um a três anos de estudo, correspondendo a 38,7%. Mais informações podem ser consultadas na tabela abaixo.

**Tabela 1. Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, segundo as características sociodemográficas. Ceará, 2013 a 2022\***

Variáveis	Mortalidade por Diabetes <i>Mellitus</i> (2013-2022) (n=22.707)*	
	n	%
<b>Sexo*</b>		
Sexo masculino	9.775	43,1
Sexo feminino	<b>12.931</b>	<b>56,9</b>
<b>Faixa etária</b>		
0 a 9 anos	11	0,0
10 a 19 anos	34	0,1
20 a 29 anos	148	0,7
30 a 39 anos	296	1,3
40 a 49 anos	879	3,9
50 a 59 anos	2.037	9,0
60 a 69 anos	4.050	17,8
70 a 79 anos	6.295	27,7
$\geq 80$ anos	<b>8.957</b>	<b>39,4</b>
<b>Raça/cor</b>		
Branca	6.553	28,9
Preta	793	3,5
Amarela	66	0,3
Parda	<b>14.878</b>	<b>65,5</b>
Indígena	46	0,2
Não informado	371	1,6
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	770	3,4
01 a 03 anos	<b>8.788</b>	<b>38,7</b>
04 a 07 anos	5.832	25,7
08 a 11 anos	3.584	15,8
$\geq 12$ anos	1.852	8,2
Não informada	449	2,0
Ignorado	1.432	6,3

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS;

\*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;

Nota 1: Foram desconsiderados os óbitos cuja sexo ou faixa etária estava assinalada como "ignorada".

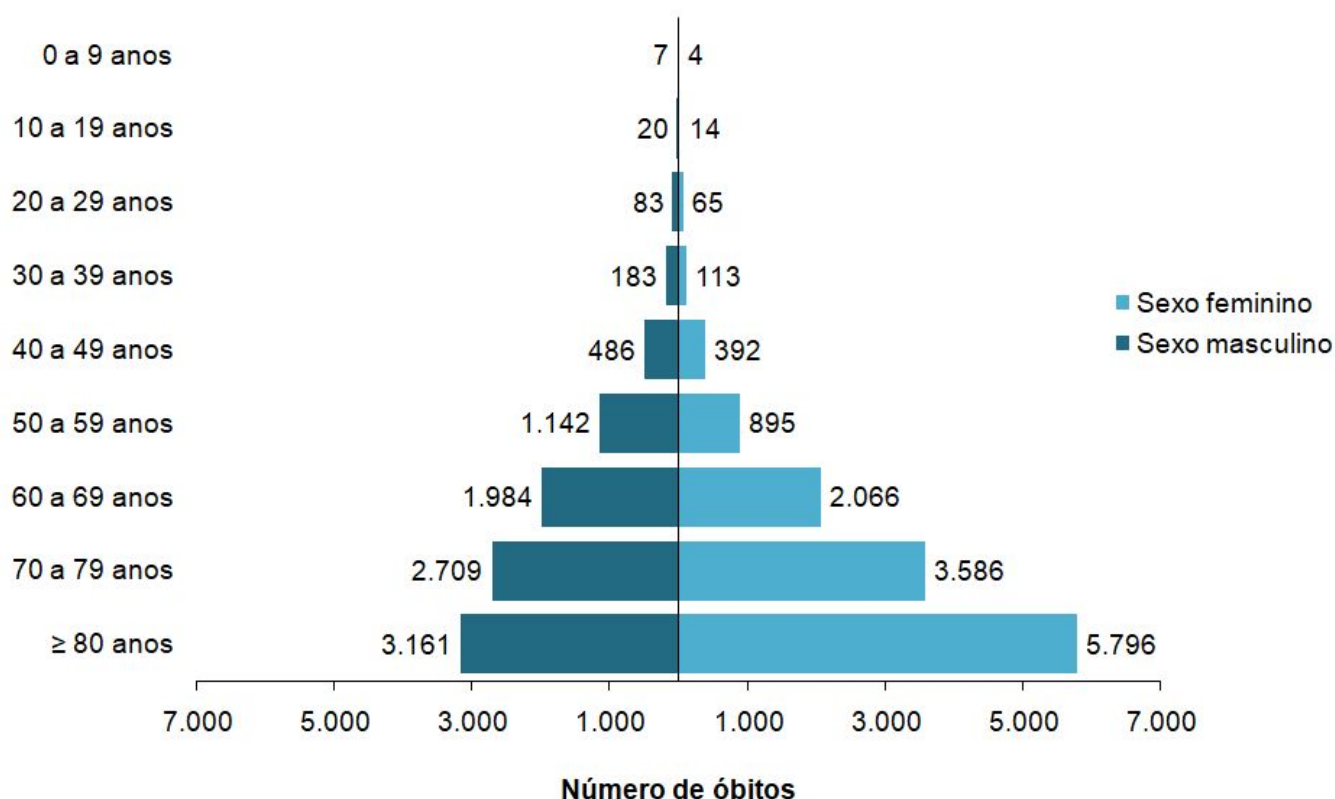
# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

## 3. Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, segundo sexo e faixa etária

A figura 2 apresenta a mortalidade por diabetes *mellitus*, segundo sexo e faixa etária, conforme o acumulado entre os anos de 2013 e 2022.

Analisando o perfil da mortalidade no período supracitado, foram contabilizados 12.931 óbitos no sexo feminino e 9.775 no sexo masculino. Observa-se, em ambos os sexos, o aumento da mortalidade com o avançar da idade, contudo verifica-se uma maior mortalidade no sexo masculino até a idade de 59 anos, quando comparado ao sexo feminino. Já a partir dos 60 anos essa realidade se inverte, passando a ser contabilizados mais óbitos no sexo feminino. Ressalta-se ainda uma expressiva mortalidade do sexo feminino em idade  $\geq 80$  anos (n=5.796 óbitos).

**Figura 2. Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, segundo sexo e faixa etária. Ceará, 2013 a 2022\* (n=22.706)**



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS;

\*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;

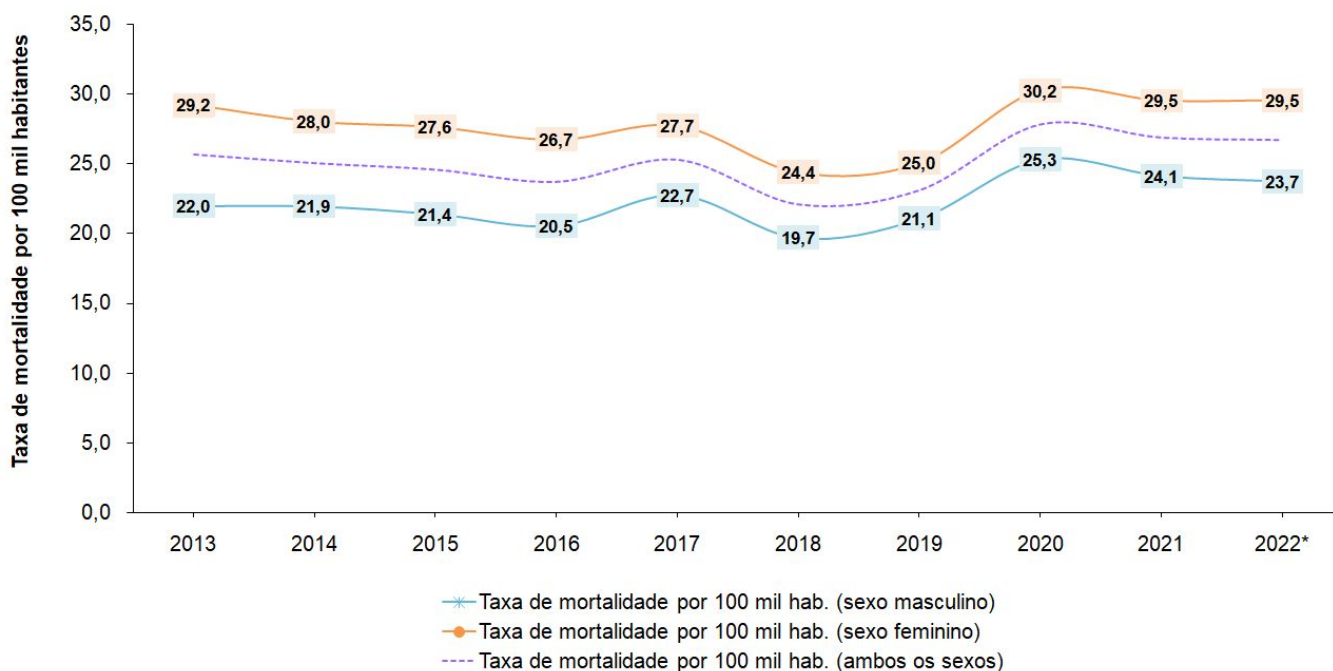
Nota 1: Foram desconsiderados os óbitos cuja sexo ou faixa etária estava assinalada como "ignorada".

# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

## 4. Mortalidade por Diabetes *Mellitus*, segundo sexo

Analisando o comportamento da mortalidade por Diabetes *Mellitus*, segundo sexo, nos últimos dez anos, verifica-se que o sexo feminino apresentou as maiores taxas durante todo o período, exibindo o maior risco em 2020 (30,2 óbitos para cada 100 mil habitantes do sexo feminino). Observa-se que, em ambos os sexos, as taxas de mortalidade declinaram até o ano de 2016, seguidas de um aumento em 2017, quando voltam a diminuir no biênio 2018 e 2019. Ressalta-se que no último triênio foram evidenciados os maiores riscos de mortalidade por essa doença em ambos os sexos (Figura 3).

**Figura 3. Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por Diabetes *Mellitus*, segundo sexo. Ceará, 2013 a 2022\***



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS; \*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;



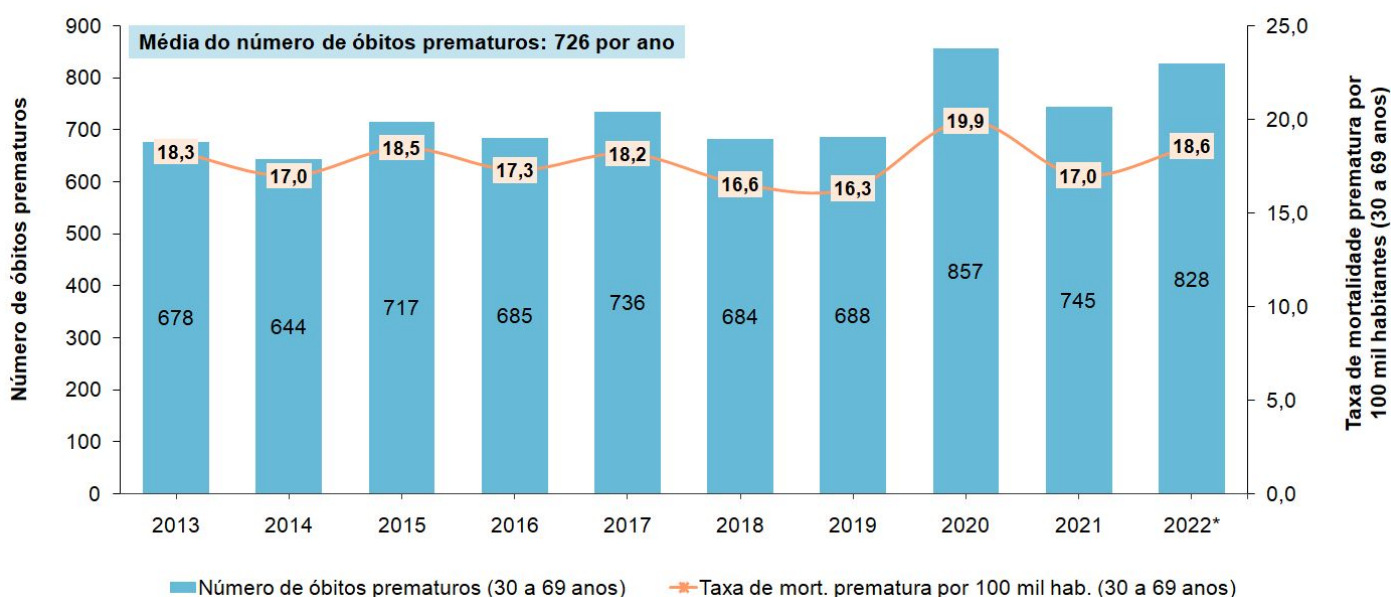
# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

## 5. Mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, 2013 a 2022\*

O indicador taxa de mortalidade prematura por DCNT contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle dessas doenças e de seus fatores de risco. Seu uso para o monitoramento da qualidade da atenção à saúde e bem-estar da população de 30 a 69 anos, deve-se ao reconhecimento da evitabilidade da morte até esta idade pelo controle de seus fatores de risco comportamentais.

No Estado do Ceará, entre 2013 e 2022, foram contabilizados 7.262 óbitos prematuros (30 a 69 anos) por Diabetes *Mellitus*. Analisando a série histórica dos últimos dez anos, observa-se que a mortalidade prematura por essa doença se mantém em patamar elevado, apresentando uma média de 726 óbitos prematuros por ano. É importante destacar que, em 2020, foi evidenciado o maior número de óbitos prematuros (857) e a maior taxa de mortalidade prematura, correspondendo 19,9 óbitos prematuros por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos. Por fim, cabe ainda destacar, a ocorrência de um crescimento de 9,4% nessa taxa entre os anos de 2021 e 2022 (Figura 4).

**Figura 4. Número de óbitos prematuros e taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) por Diabetes Mellitus. Ceará, 2013 a 2022\* (n=7.262)**



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS; \*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;

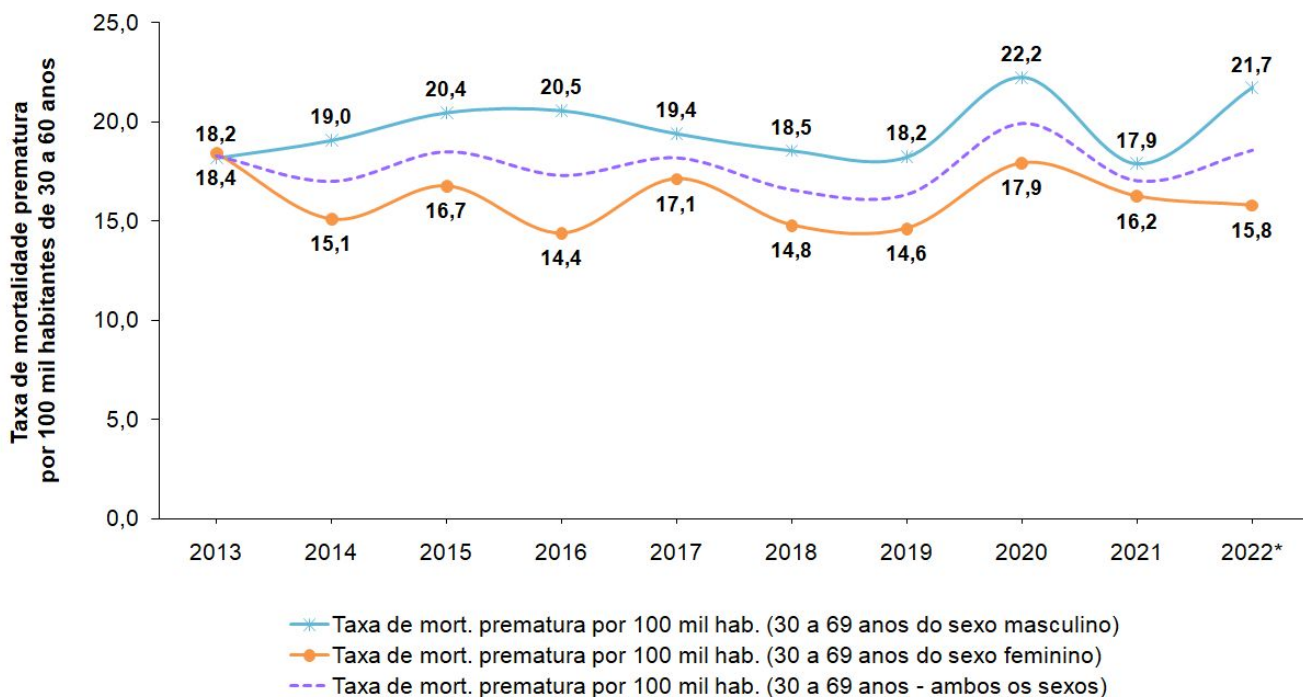
# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

## 6. Mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, segundo sexo

Analisando o comportamento da mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, segundo sexo, observa-se um predomínio dessa mortalidade no sexo masculino em todo período analisado, o qual exibiu o maior risco em 2020, com uma taxa de 22,2 óbitos prematuros para cada 100 mil habitantes de 30 a 69 anos (Figura 5). Vale reiterar que o sexo feminino apresenta maior risco de morrer por essa doença, quando se considera todas as idade, conforme já descrito na figura 4.

Cabe ainda destacar, conforme análise da série histórica dos últimos dez anos, no sexo masculino, que a taxa de mortalidade prematura por DM apresenta uma tendência de aumento, passando de 18,2 em 2013 para 21,7 óbitos prematuros para cada 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo masculino no ano de 2022. Já para o sexo feminino, a taxa de mortalidade exibiu um declínio, passando de 18,4 em 2013 para 15,8 óbitos prematuros para cada 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo feminino (Figura 5).

**Figura 5. Taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) por Diabetes Mellitus, segundo sexo. Ceará, 2013 a 2022\***



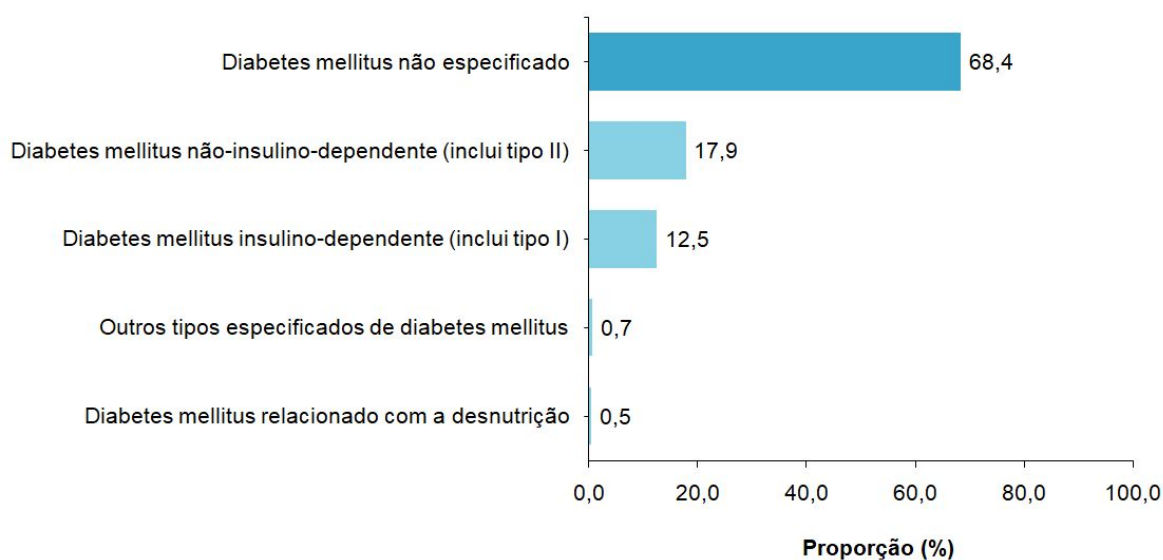
Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS;  
\*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;

# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO CEARÁ

## 7. Mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus*, segundo os tipos e faixa etária, conforme os códigos da CID-10

Analisando a mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus*, segundo seus tipos, pelo acumulado de óbitos entre os anos de 2013 a 2022, observa-se que 68,4% das mortes por essa doença decorreram do DM não especificada (CID E14); 17,9% do DM não-insulino-dependente (CID E11/inclui tipo II) e 12,5% do DM insulino-dependente (CID E10/inclui tipo I) (Figura 6). Já considerando os tipos de Diabetes segundo faixa etária, embora os óbitos classificados como não especificado tenham apresentado as maiores proporções para todas as idades analisadas, é importante destacar que o DM não-insulino-dependente apresentou as maiores proporções nas faixas etárias entre 40 a 69 anos, e a insulino-dependente na faixa de 30 a 39 anos (Quadro 1).

**Figura 6. Mortalidade prematura proporcional por Diabetes *Mellitus* (DM), segundo os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Ceará, 2013 a 2022\***



**Quadro 1. Mortalidade prematura proporcional por Diabetes *Mellitus* (DM), segundo faixa etária e os tipos classificados de acordo com os códigos da CID-10. Ceará, 2013 a 2022\***

Faixa etária	Classificações segundo os códigos da CID-10				
	Diabetes <i>mellitus</i> relacionado com a desnutrição	Outros tipos especificados de diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i> insulino-dependente (inclui tipo I)	Diabetes <i>mellitus</i> não-insulino-dependente (inclui tipo II)	Diabetes <i>mellitus</i> não especificado
30-39 anos	0,3	0,3	21,6	12,5	65,2
40-49 anos	0,8	0,7	11,0	18,8	68,7
50-59 anos	0,6	0,6	12,6	17,9	68,2
60-69 anos	0,4	0,7	12,1	18,1	68,6

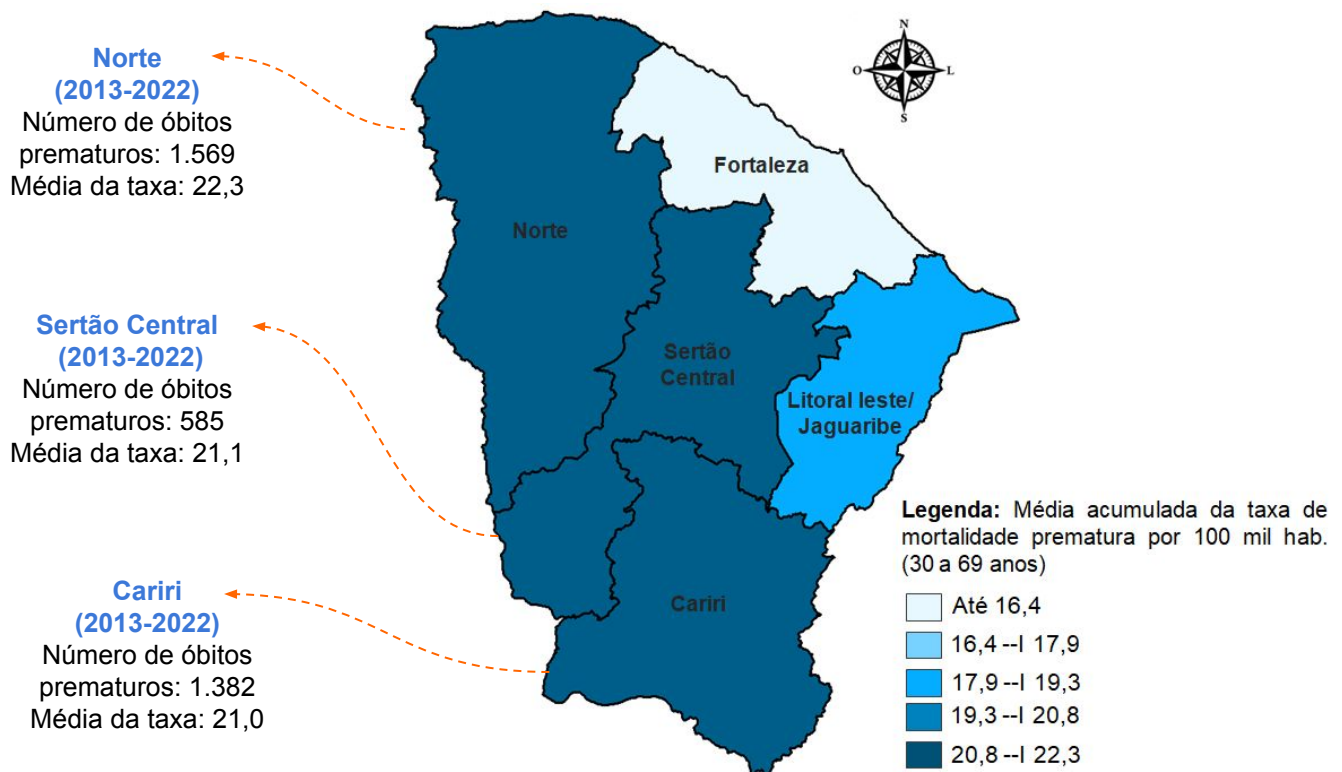
Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS; \*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024.

# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NAS REGIÕES DE SAÚDE

## 8. Mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, segundo as Regiões de Saúde, 2013 a 2022\*

Analisando a média acumulada das taxas de mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus*, observa-se que as Regiões de Saúde do Norte, Sertão Central e Cariri apresentam as maiores médias, correspondendo a 22,3, 21,1 e 21,0 (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), respectivamente, seguidas, das Regiões do Litoral Leste/Jaguaribe (18,5) e Fortaleza (14,9) (Figura 7).

**Figura 7. Distribuição espacial da média acumulada da taxa de mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus* (por 100 mil habitantes 30 a 69 anos), segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2013 a 2022\***



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVOP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS;  
\*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024.

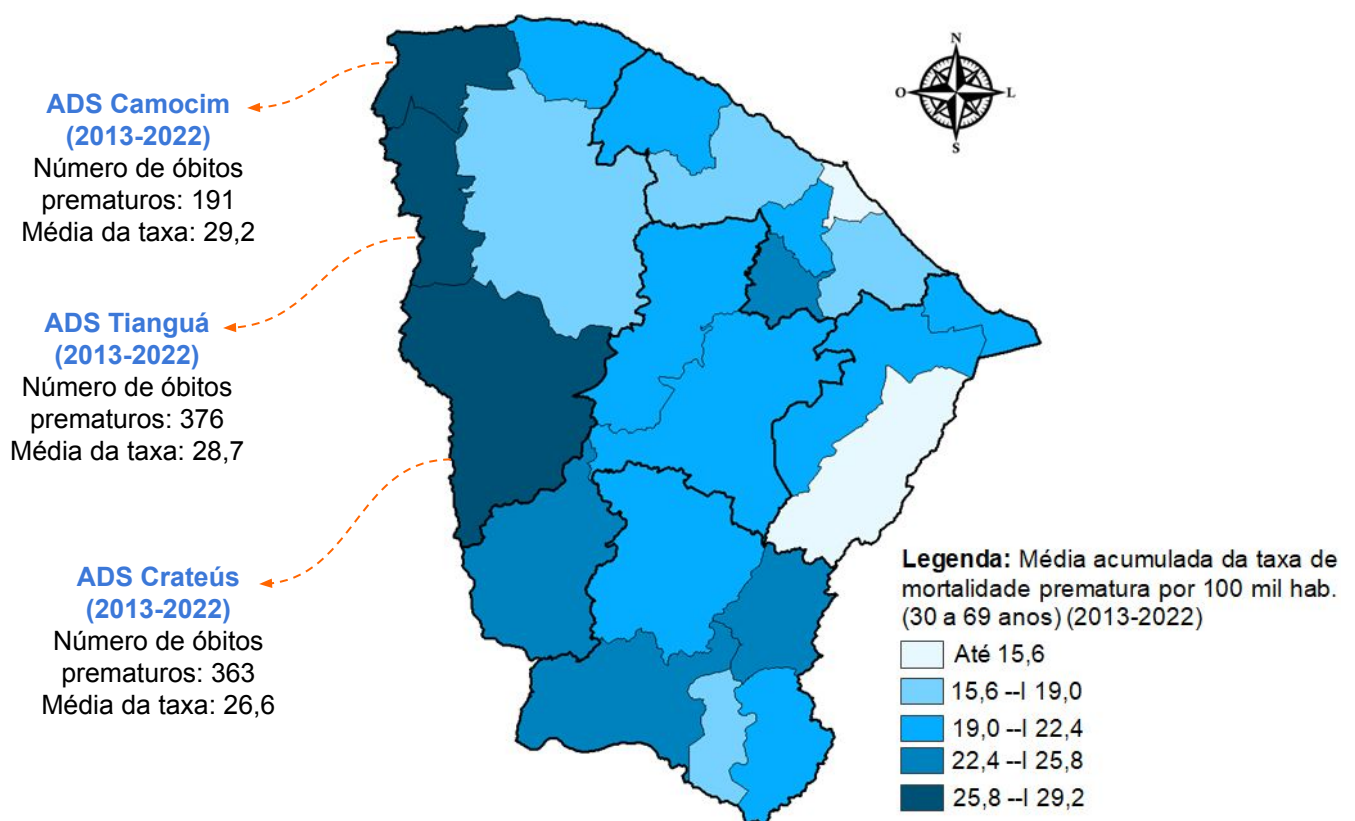
# CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NAS ADS

## 9. Mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus*, segundo as Áreas Descentralizadas em Saúde (ADS), 2013 a 2022\*

A Figura 6 possibilita a visualização da distribuição espacial da média acumulada da taxa de mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus* segundo as 22 ADS. As cores de tonalidades mais escuras representam as médias acumuladas mais elevadas das taxas

Analisando o período acumulado entre 2013 e 2022, as ADS de Camocim, Tianguá e Crateús evidenciaram as maiores médias acumuladas da taxa de mortalidade prematura por essa doença crônica, correspondendo a 29,2, 28,7 e 26,6 óbitos prematuros por 100 mil habitantes na faixa etária de 30 a 39 anos, respectivamente. Já as ADS de Limoeiro do Norte e de Fortaleza apresentaram as menores médias acumulada da taxa, com 14,1 e 12,2 óbitos prematuros por 100 mil habitantes na faixa etária de 30 a 39 anos (Figura 8).

**Figura 8. Distribuição espacial da média acumulada da taxa de mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus* (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), segundo as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). Ceará, 2013 a 2022\***



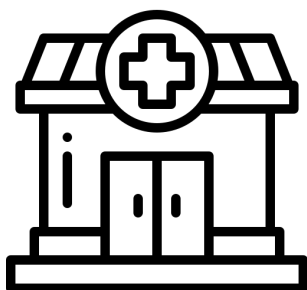
Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS SIM: dados de 2013 a 2021 consultados no dia 04/01/2024 no site do DATASUS;  
\*Dados de 2022, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 04/01/2024;

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O **Diabetes Mellitus (DM)** é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que resultam em falhas na secreção e na ação da insulina (BRASIL, 2020).

Ressalta-se que, segundo a sua classificação, o **DM tipo 1** manifesta-se de forma abrupta, e acomete especialmente crianças e adolescentes sem excesso de peso, já o **DM tipo 2** tem relação com a resistência à insulina, podendo ter início insidioso e sintomas mais brandos.

Ao lado disso, o DM pode permanecer assintomática por longo tempo e sua detecção clínica precoce se dá, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) estejam atentas, não apenas para os **sintomas de diabetes**, mas também para seus fatores de risco (**hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade**).



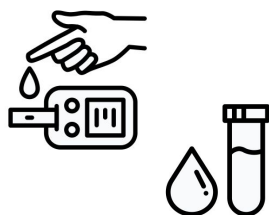
Portanto, a **Atenção Primária à Saúde (APS)** é responsável pelo **acompanhamento a longo prazo de pessoas com diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Os tratamentos devem ser escolhidos com base nos **aspectos biopsicossociais** de cada indivíduo com acordo entre profissionais e pacientes, pois isso influencia diretamente na **adesão da terapêutica proposta**.

A **abordagem terapêutica** dos casos detectados, o **monitoramento** e o **controle da glicemia**, bem como o **processo de educação em saúde** são fundamentais para a **prevenção de complicações** e para a **manutenção da qualidade de vida**.

Ações de **prevenção do diabetes** e de suas complicações podem ter como alvo **rastrear** quem tem **alto risco para desenvolver a doença** (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de **rastrear** quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o **tratamento precoce**.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## RASTREAMENTO DA DM



A probabilidade de **apresentar diabetes** ou **pré-diabetes** depende da presença de **fatores de risco**. As pessoas com **fatores de risco para DM** deverão ser **encaminhadas para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame para diagnóstico**.

Recomenda-se que a consulta de rastreamento para a população-alvo, definida pelo serviço de saúde, seja realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos.

### Os objetivos da consulta de rastreamento são:

- ❖ Conhecer a história pregressa do usuário;
- ❖ Realizar exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC;
- ❖ Identificar os fatores de risco para DM;
- ❖ Avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários, que possam contribuir para o diagnóstico e na decisão terapêutica ou nas medidas preventivas.

Seguem, abaixo, indicação para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos:

### Quadro 2. Indicação para o rastreamento do DM tipo 2, em adultos assintomáticos, não gestantes, sem diagnóstico prévio da doença

<b>Idade <math>\geq</math> 45 anos</b> <b>OU</b>
<b>Indivíduos de qualquer idade com sobrepeso ou obesidade e pelo menos um dos seguintes fatores de risco:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Etnia negra, hispânica ou latina, asiática ou indígena;</li><li>• História familiar de DM - parente de 1º grau com DM;</li><li>• Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);</li><li>• Doença cardiovascular prévia;</li><li>• HDL-c &lt; 35 mg/dL;</li><li>• Triglicerídeos &gt; 250 mg/dL;</li><li>• Síndrome de ovários policísticos;</li><li>• Sedentarismo;</li><li>• História prévia de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG);</li><li>• Pré-diabetes;</li><li>• Presença de acantose nígricans;</li><li>• Apneia obstrutiva do sono;</li><li>• Indivíduos vivendo com HIV/AIDS;</li><li>• Indivíduos com fibrose cística;</li><li>• Indivíduos que realizaram transplante de órgão.</li></ul>
<b>OU</b> <b>Outras condições associadas à resistência insulínica, como obesidade grave e acantose nígricans.</b>

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## RASTREAMENTO DA DM

### Quadro 3. Sinais, sintomas e condições clínicas para suspeita de hiperglicemia associado a Diabetes *mellitus* tipo 2

Sinais e sintomas clássicos:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Poliúria;</li><li>• Polidipsia;</li><li>• Perda ponderal;</li><li>• Noctúria;</li><li>• Polifagia.</li></ul>
Sintomas e condições menos específicos:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fadiga, fraqueza e letargia;</li><li>• Visão turva;</li><li>• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite;</li><li>• Doença Renal Crônica (albuminúria, perda de função renal e evolução para insuficiência renal terminal);</li><li>• Neuropatia (parestesias ou dor nos membros inferiores, formigamento, câimbras);</li><li>• Retinopatia diabética;</li><li>• Catarata;</li><li>• Doença aterosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);</li><li>• Infecções de repetição.</li></ul>

Fonte: BRASIL, 2024. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024, que atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellito Tipo 2. Adaptado de Duncan et al., 2022

Diante do perfil listado para rastreio e dos sinais e sintomas evidentes para hiperglicemia, faz-se necessário prosseguir com investigação diagnóstica conforme fluxo presente no ANEXO II deste documento.

## CLASSIFICAÇÃO DA DM

O **DM tipo 2** abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo **DM tipo 1**, que responde a aproximadamente 8%. Além desses tipos, o **diabetes gestacional** também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (BRASIL, 2020).

### Diabetes tipo 1

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente **crianças** e **adolescentes sem excesso de peso**. Na maioria dos casos, a **hiperglicemia é acentuada**, evoluindo rapidamente para **cetoacidose**, especialmente na presença de **infecção** ou outra **forma de estresse**.





# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## CLASSIFICAÇÃO DA DM

### Diabetes tipo 2



O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em **adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2**. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.

### Diabetes gestacional e diabetes detectado na gravidez

Diabetes gestacional é um estado de **hiperglicemia** menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na **gravidez**. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como **diabetes na gravidez**, independentemente do **período gestacional** e da sua **resolução ou não após o parto**. Sua **investigação** deve ser iniciada na primeira **consulta de pré-natal**.



## A IMPORTÂNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Como já aludido nesta Nota Informativa, a DM se configura como uma epidemia mundial e representa um grande desafio para os sistemas de saúde e, por esse motivo, há a necessidade de estabelecer **medidas de promoção à saúde, prevenção e controle** desta patologia no escopo dos processos de trabalho das equipes da ESF.

Pensando nisso, no que tange à **estratificação de risco** das condições crônicas, esta torna-se central para a assistência, uma vez que **permite identificar pessoas e grupos** com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado pela APS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares (BRASIL, 2022; MENDES, 2012).

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## A IMPORTÂNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Estratificar risco de uma determinada população é possibilitar o **manejo clínico diferenciado**, de acordo com as necessidades de saúde específicas a cada estrato, promovendo o princípio da equidade. Assim, espera-se que os profissionais de toda a rede de saúde tenham clareza quanto aos distintos aspectos que possibilitam a compreensão da condição de saúde (BRASIL, 2022; BRASIL, 2020).

Em complemento, estratificar a população é importante, já que em vez de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, em diretrizes clínicas baseadas em evidências, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional.

Lembrando que, para os usuários com doença crônica de menor risco, a assistência em saúde é centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que para os usuários com doença crônica de alto e muito alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada, podendo também nesse contexto, serem encaminhados a cuidados domiciliares, como o Programa Melhor em Casa (MENDES, 2012).



Especificamente, cabe às **equipes da ESF identificar os usuários, cadastrá-los** e classificá-los conforme a **gravidade da condição crônica**. No caso da DM, estes devem ser estratificados em **baixo, intermediário, alto e muito alto**.

Para estratificar o Diabetes e Hipertensão em **risco muito alto, alto, intermediário e baixo**, é importante destacar que o Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e a Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein construíram uma Nota Técnica no qual traz a descrição da estratificação de risco da pessoa com DM e HAS. Deste modo, foram combinados critérios relacionados a **idade, comorbidade (DM e HAS), Escore de Risco Global (ERG), hipercolesterolemia, doença aterosclerótica subclínica e clínica e estratificadores de risco** (BRASIL, 2020). Portanto, no Anexo I encontra-se o algoritmo que representa a citada proposta para a estratificação de risco.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## A IMPORTÂNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com base na estratificação de risco (ANEXO I), cabe às equipes da APS estabelecer um cronograma de acompanhamento, que possibilita realizar a vigilância contínua acerca da evolução da diabetes, identificando de forma precoce fatores de risco de agravamento para, assim, direcionar e melhor planejar as intervenções preventivas ou os cuidados necessários para proteger o usuário (BRASIL, 2020).

Outrossim, é possível que, ao realizar a estratificação de risco, os profissionais e trabalhadores conheçam a complexidade clínica e funcional da pessoa e subpopulação, o que possibilita uma atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, ofertando ao usuário de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados em relação ao usuário de baixo risco (BRASIL, 2020).

### Quadro 4. Periodicidade dos encontros clínicos para Diabetes Mellitus

ESTRATO DE RISCO	PERIODICIDADE DE ACOMPANHAMENTO	CARACTERIZAÇÃO
Baixo	A cada 6 meses	-Atendimentos alternando entre médico, enfermeiro e equipe multiprofissional da APS;
Intermediário	A cada 4 meses	-Devem ser favorecidas as estratégias de atendimento em grupo voltadas para o fortalecimento do autocuidado.
Alto e Muito Alto	A cada 2 meses	- Atendimento compartilhados entre as equipes multiprofissionais da APS e AAE; - Na APS: atendimentos alternados entre médico, enfermeiro e equipe multiprofissional; - Devem favorecer o monitoramento no Plano de Cuidados e estratégias de atendimento em grupo voltadas para o fortalecimento do autocuidado.

Fonte: BRASIL, 2020.

### Quadro 5. Periodicidade de exames complementares para Diabetes Mellitus.

AVALIAÇÃO	PERIODICIDADE
Monitoramento do peso	Em cada consulta
Estratificação de risco cardiovascular	Em cada consulta
Pressão arterial	Em cada consulta
Avaliação do pé diabético (monofilamento e pulsos podais)	Ao diagnóstico e anualmente
Dislipidemia (colesterol total, triglicerídeos, HDL-c, LDLc)	Ao diagnóstico e anualmente
Glicemia plasmática de jejum e hemoglobina glicada	Ao diagnóstico e a cada 6 meses
Avaliação de nefropatia (creatinina sérica, albuminúria)	Ao diagnóstico e anualmente
Avaliação de retinopatia (fundoscopia)	Ao diagnóstico e anualmente

Fonte: BRASIL, 2024. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024, que atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellito Tipo 2.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## A IMPORTÂNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os **casos estratificados como alto e muito alto risco** devem ser acompanhados também pela **equipe de especialistas** que compõe a **Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)**, contribuindo no manejo das complicações decorrentes do descontrole da Diabetes Mellitus. Para continuidade do cuidado faz-se necessário que os usuários estratificados em maior grau de risco **sigam uma programação anual para cada especialidade** listada no quadro 5 (BRASIL, 2020).

**Quadro 6. Programação assistencial direcionada aos usuários com Diabetes Mellitus de alto e muito alto risco na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)**

PROFISSIONAL	NÚMERO DE ATENDIMENTOS ANUAIS
Assistente Social	1
Educador Físico	1
Enfermeiro	2
Farmacêutico	2
Fisioterapeuta	2
Médico endocrinologista	2
Médico cardiologista	1
Médico angiologista	1
Médico oftalmologista	1
Médico nefrologista (para usuários com DRC nos estágios 3B a 5)	1
Nutricionista	2
Psicólogo	2
Técnico de enfermagem	2

Fonte: BRASIL, 2020.

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES MELLITUS

O **cuidado integral** ao **paciente** com **diabetes** e **sua família** é um desafio para a **equipe de saúde da APS**, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar **seu modo de viver**, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. De forma gradativa, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise **qualidade de vida e autonomia**.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES MELLITUS

É importante que a **equipe de saúde** mantenha um papel de **coordenador do cuidado** dentro do sistema, **planejando as condutas terapêuticas** em comum acordo entre **equipe multi** e o **usuário**, **assegurando** e **promovendo o vínculo**, implementando atividades de **educação em saúde** para efetividade e adesão às ações propostas, em consonância com as **questões biopsicossociais**.

Ações de **prevenção e controle do diabetes** são prioridades e devem estar sempre contidas no planejamento das equipes da APS, sejam estas relativas à **consultas** e **dispensação de medicações específicas**, como principalmente às **ações não medicamentosas**, que consistem em **estratégias de educação em saúde** no território e na Unidade Básica de Saúde, promoção da **atividade física** e de **cuidados relativos à alimentação e nutrição**; e, **principalmente ações para prevenção do Pé Diabético**, como realização do **exame clínico dos pés**, considerando que o **pé diabético** consiste em uma das **maiores problemáticas** relacionada à pessoa vivendo com diabetes.

Ao lado disso, é primordial que a equipe procure reforçar ações governamentais e comunitárias que incentivem a adoção de **estilos de vida saudáveis**, bem como, possa elaborar **estratégias** com movimentos sociais e demais organizações, a fim de ampliar as oportunidades de **práticas saudáveis** que dialoguem com as necessidades das pessoas. Abaixo, estão descritas algumas estratégias de prevenção e controle para o DM:



- ❖ A prevenção envolve autocuidado com apoio mútuo (paciente e profissional de saúde);
- ❖ Realize exame diário dos pés para evitar o aparecimento de lesões;
- ❖ Manter o controle do peso e da pressão arterial;
- ❖ Pratique atividade física regularmente;
- ❖ Tenha uma alimentação saudável. Evite os ultraprocessados;
- ❖ Evite o consumo de álcool, tabaco e outras drogas;
- ❖ Siga o tratamento recomendado pelos profissionais de saúde (medicamentos orais, manejo adequado da insulina, entre outros).

Fonte: Brasil, 2009.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS PÉS

Em termos conceituais, o termo **Pé Diabético** é definido como uma **Síndrome**, composta por uma **Triade**, onde genuinamente deve coexistir as seguintes alterações somáticas:

**Neuropatia Periférica:** em última instância, propicia atrofia secundária dos músculos esqueléticos nas pernas e nos pés, mas inicialmente gera:

Parestesias: sensação de formigamento, choques;

Hipoestésias: dormência com algum prejuízo à deambulação;

Disestésias: dolorimento, dores musculares, câibras;

Anestesia: que conjuntamente com as alterações estruturais do pé, seriam a condição "sine qua non" para o aparecimento de feridas, manutenção de úlceras, e, progressão do agravo traumático.



**Processo de aterosclerose da árvore arterial do membro inferior em agravo:** com algum comprometimento hemodinâmico, variando desde alteração de velocidade do fluxo vascular, com evidência de aumento do complexo miointimal, até estenoses críticas, suboclusivas ou oclusão total do lúmen arterial.



**Sinais de flogose/Processo Infeccioso:** este mesmo que de forma incipiente, sem obrigatoriamente coexistir lesão trófica propriamente dita, pode se manifestar com calosidades, escoriações; até úlceras, processo fistuloso (mal perfurante plantar); necrose até gangrena (The International Working Group on the Diabetic Foot, 2023; Burihan *et al*, 2020 e BRASIL, 2016).



Ante a essas premissas conceituais, é alvissareiro que seja **na APS** que ocorra a **identificação precoce** (mesmo que os sinais e sintomas de neuropatia periférica diabética estejam instalados de forma incipiente) e o **acompanhamento das pessoas com Pé Diabético**, já que consiste no nível de atenção mais próximo da população, ao mesmo tempo que é responsável pelo cuidado longitudinal, integral e coordenação da sua população de referência, devendo **incorporar em sua rotina, ações prevenção e cuidados com os pés das pessoas com DM** (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020).

Para isso, é importante organizar o acesso das pessoas com DM para que **o autocuidado com os pés** seja estimulado, e ocorra de forma regular e abrangente; assim como **a avaliação clínica dos pés seja realizada**, principalmente pelas equipes da APS, que deverão utilizar as funcionalidades do e-SUS, os quais facilitam a busca ativa e o acompanhamento do usuário com DM, destacando **a avaliação do Pé Diabético como um importante elemento no cuidado** (BRASIL, 2016).

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS PÉS

As imagens a seguir trazem orientações de autocuidado para prevenção de lesões nos pés das pessoas com DM, conforme recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020):



As ilustrações abaixo reforçam alguns testes que deverão ser realizados pelas equipes da APS, durante a avaliação clínica dos pés em usuários vivendo com Diabetes.



Não obstante o exame físico dos MMII, do usuário vivendo com Diabetes e com complicações circulatórias periféricas, pode apresentar um padrão de normalidade, com presença de pulsos periféricos palpáveis. Este exame pode, na realidade, configurar um falso-positivo; justificando-se essa ocorrência em virtude de alterações estruturais arteriais genuinamente encontradas na etiopatogenia diabética, dentre elas a mediocalcinose de Mönckeberg. Isto posto, é de bom alvitre a realização do exame complementar de Dúplex Scan Eco Doppler Arterial do MI, sendo este, mister, para identificar a doença circulatória dos usuários vivendo com DM, e desta feita, fechar o diagnóstico da Síndrome Pé Diabético (WILLIAMSON, BARTLETT, DESAI, 2022).

Para tanto, é importante ratificar, conforme estabelece o Ministério da Saúde que a avaliação dos pés da pessoa com DM (assim como o cuidado integral do indivíduo) deve ser periódico, ou seja, em sendo periódico é possível detectar de forma precoce alterações que confirmam um risco aumentado para o desenvolvimento de úlceras e outras complicações do Pé Diabético, levando, assim, ao cuidado e tratamento oportuno das alterações (BRASIL, 2016; BRASIL, 2023).

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS PÉS

Ao lado disso, importantes diretrizes do Ministério da Saúde, nos alertam que **úlceras de pés e amputação de extremidades** são as **complicações mais graves do portador de Diabetes Mellitus**. Sua prevenção primária consiste em evitar e identificar precocemente neuropatias e vasculopatias. O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) sugere o monitoramento de um conjunto de fatores que eleva o risco de úlcera e amputação de extremidades, tornando sua prevenção mais custo-efetiva (BRASIL, 2013; BRASIL, 2023).

Desta forma, a avaliação do usuário deve ser feita logo após o diagnóstico do DM2 e após 5 anos do início do DM1 e se, por um acaso não haja alterações, é recomendado fazer reavaliação anualmente. Para tanto, a avaliação completa inclui, dentre outros aspectos: investigação dos fatores de risco (duração do DM superior a 10 anos; mau controle glicêmico; neuropatia periférica; doença arterial periférica; tabagismo; dentre outros); investigação de sintomas vasculares; exame clínico dos pés (inspeção, avaliação vascular e avaliação neurológica); avaliação dos calçados; e avaliação da capacidade de autocuidado e apoio sociofamiliar (BRASIL, 2016; BRASIL, 2020; BRASIL, 2023).

## CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE ULCERAÇÃO - PÉ DIABÉTICO

Para contribuir no cuidado do usuário vivendo com Diabetes, sugere-se seguir a seguinte classificação de risco do pé diabético:

### Quadro 7. Estratificação de risco de ulceração: triagem e conduta

GRAU DE RISCO	CRITÉRIO	RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO
0	Ausência de Perda da Sensibilidade Protetora (PSP) e Doença Arterial Periférica (DAP)	Uma vez por ano
1	PSP ou DAP	A cada 6 meses a 12 meses
2	PSP ou DAP com deformidade dos pés	A cada 3 meses a 6 meses
3	PSP ou DAP e uma ou mais dos fatores: - História de úlcera; - História de amputação de MMII (menor ou maior); - Doença renal em estágio terminal.	A cada 1 mês a 3 meses

Fonte: BRASIL, 2020; 2023.



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS PÉS

A partir da classificação de **risco do pé diabético**, espera-se que os profissionais da saúde estabeleçam as seguintes condutas (BRASIL, 2020):



Definir o tratamento não farmacológico e farmacológico, e as ações preventivas para cada estrato de risco;

Para os usuários com risco 0, o acompanhamento pode ser realizado pelas equipes da APS, com avaliação anual dos pés e ações voltadas para o fortalecimento do autocuidado;



Para usuários com qualquer alteração neuropática ou vascular (riscos 1, 2 ou 3), o acompanhamento deve ser compartilhado com a equipe especializada para avaliação diagnóstica específica, estabilização e definição do Plano de Cuidados.

## MANEJO DAS COMPLICAÇÕES DO DM

É imprescindível que todos/as os/as usuários/as com DM e HAS realizem rastreamento para complicações mais prevalentes, visando à sua detecção precoce e ao manejo rápido. Com a pretensão de ampliar ao que já foi descrito nesta Nota acerca do rastreamento, recomenda-se, dentre outras condutas (BRASIL, 2020):

1

Realizar avaliação clínica do usuário diabético e/ou hipertenso e a estratificação de risco, a fim de rastrear complicações cardiovasculares na APS;

2

Que as equipes da APS investiguem a história anterior de doença coronariana e cerebrovascular, preferencialmente documentada;

3

Promover e contribuir para o acesso à equipe especializada, a fim de compartilhar o cuidado nos casos em que a estratificação do usuário for alto ou muito alto risco

# IMUNIZAÇÃO

## PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO - PNI

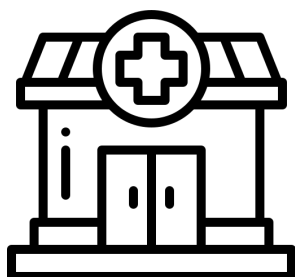
O **Programa Nacional de Imunização (PNI)** é responsável por definir a política de vacinação do País, desde a aquisição dos imunobiológicos até a sua disponibilização nas salas de vacinação, estabelecimento de normas e diretrizes sobre as indicações e recomendações da vacinação em todo o Brasil (BRASIL, 2023).

Nessa Perspectiva, o programa também adquire, distribui e normatiza o uso dos **imunobiológicos especiais**, indicados para situações e **grupos populacionais específicos** que serão atendidos nos **Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)**.

## Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE

Os **Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)** são centros constituídos de infraestrutura e logísticas específicas, destinados ao atendimento de indivíduos portadores de quadros clínicos especiais, e o funcionamento e operacionalização desses centros estão legitimados pela **Portaria Nº 48, de 28 de julho de 2004**, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

## Fluxo de Atendimento CRIE - CEARÁ



O Estado do Ceará tem atualmente **02 CRIE físicos**, no **Hospital Geral de Fortaleza (HGF)** e no **Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)**, estes situados no **município de Fortaleza** e ainda possui **atendimento virtual para usuários que residem em outros municípios cearenses**.

### CRIE HGF

Endereço: Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu  
Horário: 08 às 17h (segunda a sexta-feira)  
Contato: 3101.3248

### CRIE HIAS

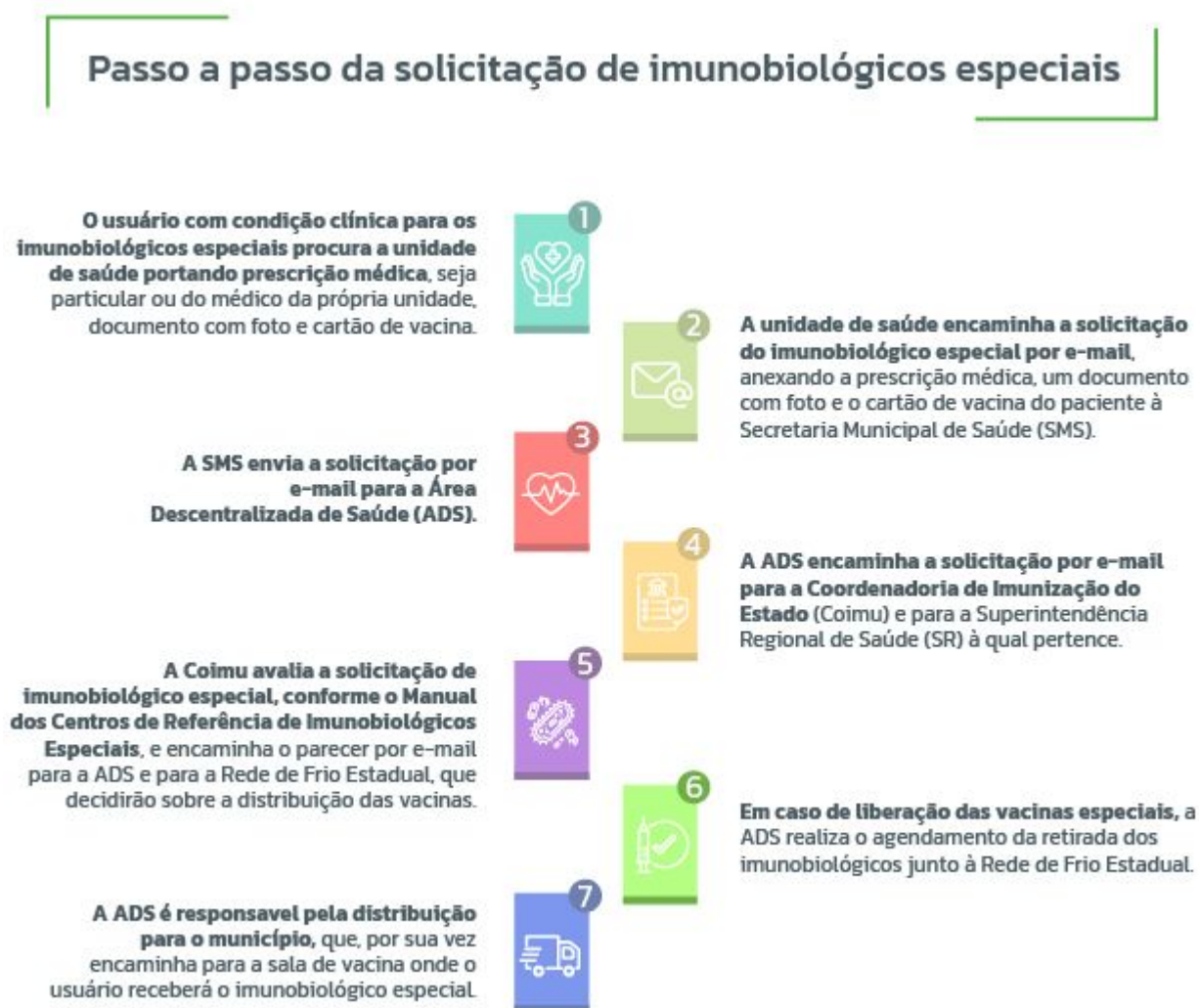
Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544 - Vila União  
Horário: 08 às 16h (segunda a sábado)  
Contato: 3492.5265

# IMUNIZAÇÃO

## CRIE VIRTUAL FLUXO

Os **residentes dos demais municípios** para melhor atendimento poderão receber **as vacinas no município ao qual pertencem**, através de **solicitação** das **Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS)** via e-mail para liberação e envio pela **Coordenadoria de Imunização Estadual**, conforme fluxo abaixo:

Figura 9. Fluxo de Atendimento CRIE Virtual



# IMUNIZAÇÃO

Documentos necessários para a solicitação e vacinação no CRIE: Prescrição médica conforme condição clínica previsto no Manual de Referência de Imunobiológicos especiais, documento com foto e cartão vacinal.



**\*Nota:** Para aqueles municípios que não possuem CRIE físico, as vacinas são liberadas mediante prescrição médica, podendo ser realizada a administração na sala de vacina

## Calendário Nacional de Vacinação

O Calendário Nacional de Vacinação é definido pelo Programa Nacional de Imunizações e corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país.



Para Consulta do Calendário Nacional de Vacinação :  
<https://www.saude.ce.gov.br/download/imunizacao-vacinacao/>

## Vacinação para indivíduos com DM

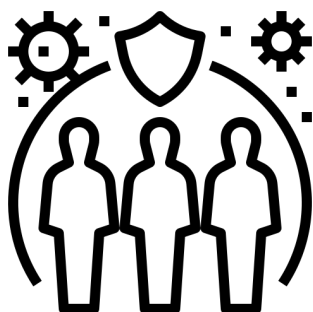
Indivíduos com **Diabetes Mellitus (DM)** apresentam maior risco de infecções fúngicas, virais e bacterianas, que podem aumentar a morbidade e a mortalidade. A **imunização desses pacientes** é, portanto, importante **estratégia de proteção da saúde** e de **promoção da qualidade de vida**.

## Vacinas indicadas

A influenza e as doenças pneumocócicas são doenças infecciosas potencialmente evitáveis que estão relacionadas a várias complicações, incluindo hospitalização e morte, em pacientes com DM. Destaca-se que esse grupo está potencialmente exposto a infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) em decorrência dos procedimentos relacionados ao tratamento e controle da doença, em especial a monitorização da glicemia capilar.

# IMUNIZAÇÃO

Portanto, além das vacinas recomendadas no **Calendário Nacional de Vacinação** com orientações específicas para **crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos** e **indígenas**, as vacinas contra influenza e pneumococo (polissacarídica 23V) também são indicadas para indivíduos com DM, por meio dos **CRIE**.



A vacinação é uma das formas mais seguras de proteção contra as doenças preveníveis por vacina, principalmente para os indivíduos suscetíveis à infecções, que devido a condição de saúde podem desenvolver complicações graves e óbito.

## Vacinas destinadas para Pessoas com Diabetes Mellitus

### Pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23)



A VPP23 é recomendada partir dos 2 anos de idade, sendo duas doses com intervalo de cinco anos entre elas. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes de 60 anos de idade, uma terceira dose está recomendada após essa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose.

Nas casos do público infantil com DM são indicadas as vacinas pneumocócicas polissacarídica (Pneumo 23) e conjugadas (Pneumo 10 e Pneumo 13), conforme as recomendações a seguir, (BRASIL, 2023):

- ❖ A partir de 2 anos de idade: Administrar a vacina Pneumo 23V com intervalo de 6 a 8 semanas após a última dose da vacina Pneumo 10V ou 13V;
- ❖ Em crianças maiores de 5 anos de idade e adulto: Duas doses da vacina Pneumocócica 23V com intervalo de cinco anos entre elas.

# IMUNIZAÇÃO

## Influenza

Desde que disponível, a vacina influenza trivalente (3V) é recomendada a partir dos 6 meses de idade, ofertada nas salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde, durante a Campanha, e nos CRIE para diabéticos de todas as faixas etárias. A vacina influenza quadrivalente (4V) está disponível na rede privada.



## DEMAIS INDICAÇÕES DE VACINAS ESPECIAIS

Considerando que a DM é uma condição clínica que cursa com suscetibilidade aumentada a infecções de natureza variada, assim como apresenta comorbidades associadas, o PNI disponibiliza outras vacinas especiais a depender da indicação recomendada no CRIE. Para mais informações, consultar Qrcode.



# SAÚDE BUCAL E DIABETES MELLITUS

## ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO VIVENDO COM DIABETES MELLITUS NA APS

A **atenção à saúde bucal** ao usuário vivendo com **Diabetes Mellitus (DM)** é uma prioridade na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a importância dessa **abordagem integrada** para promover a **qualidade de vida** e **bem-estar desses indivíduos** (BRASIL, 2013).



Orienta-se que os usuários sejam encaminhados para avaliação odontológica anualmente, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem influenciar no descontrole glicêmico (BRASIL, 2006).

### 1. Integração Multidisciplinar:

A metodologia adotada no **atendimento odontológico** ao paciente com DM destaca a **integração** da odontologia com as **equipes multidisciplinares**. Essa abordagem visa o desenvolvimento de **atividades colaborativas**, visando elevar os níveis de **saúde da população**. A presença do cirurgião-dentista em equipes que cuidam de pacientes diabéticos é essencial para a identificação precoce de sinais sugestivos de diabetes e a avaliação contínua de parâmetros clínicos periodontais.

### 2. Avaliação Clínica Específica/Primeira consulta:

Na primeira **consulta odontológica**, é imperativo que o **cirurgião-dentista** obtenha informações detalhadas sobre o DM do paciente. Isso inclui o tipo de DM, tratamentos prévios realizados e as medicações atualmente em uso.

O cirurgião-dentista deve estar atento para encaminhar aos CEO's casos suspeitos de DM, para isto é importante realizar uma **avaliação criteriosa**, considerando sinais como **perda de peso**, **polifagia**, **hipertensão** e **obesidade**. Nos quadros já diagnosticados e quando o paciente já apresenta **diabetes descompensada**, tendem a ocorrer complicações que dificultam os **procedimentos terapêuticos**, a exemplo de dor e infecções, tornando necessário o adiamento das sessões clínicas, até que o quadro metabólico do paciente se estabilize. A ansiedade e o medo dos pacientes devem ser controlados, uma vez que esses sintomas levam à liberação de adrenalina e, por conseguinte, ao aumento da glicemia.

# SAÚDE BUCAL E DIABETES MELLITUS

Durante o exame intra oral a análise minuciosa contribui para a **identificação precoce** de potenciais **complicações relacionadas ao diabetes descompensado**. Os seguintes aspectos são considerados:

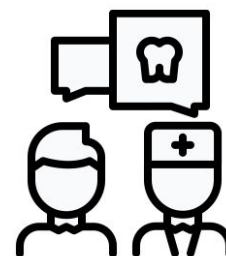
- ❖ Presença e Quantidade de Biofilme/Cálculo Dentário;
- ❖ Sangramento Gengival: indicativo de possíveis condições inflamatórias periodontais;
- ❖ Profundidade de Sondagem: identificar possíveis bolsas periodontais;
- ❖ Recessão Gengival: pode ser um indicativo de problemas periodontais;
- ❖ Mobilidade Dentária e Lesões de Furca: avaliação de possíveis lesões de furca;
- ❖ Cáries e Restaurações Defeituosas;
- ❖ Infecções e Hálito Cetônico.

É importante ressaltar que pacientes submetidos à insulino terapia apresentam uma suscetibilidade aumentada à hipoglicemia durante os procedimentos odontológicos. Adicionalmente, os hipoglicemiantes orais podem estar sujeitos a interações medicamentosas com os fármacos prescritos pelo cirurgião-dentista. Portanto, a atenção cuidadosa a esses aspectos é fundamental para garantir a segurança do paciente durante e após os procedimentos odontológicos.

### 3. Horário das consultas:

O melhor horário é no **período da manhã**, em que a **insulina** atinge seu nível máximo de **secreção**. Consultas **longas** devem ser **evitadas**, pois podem levar o **paciente a quadros de ansiedade**. O paciente deve alimentar-se normalmente antes das consultas. Importante que o cirurgião-dentista esclareça sobre a adequada dieta e higiene bucal, bem como observar a glicemia e a pressão arterial antes do atendimento.

Nos casos em que o atendimento necessitar de tempo maior que o previsto e o paciente apresentar sinais de hipoglicemia, o cirurgião dentista deverá interromper o procedimento clínico e oferecer ao paciente algum alimento leve, de alto índice glicêmico e pouco percentual de gordura, no intuito de reverter o quadro de hipoglicemia.





# SAÚDE BUCAL E DIABETES MELLITUS

## 4. Anestésicos locais:

A lidocaína e anestésicos locais que exercem **influência sobre a atividade do miocárdio, não devem ser as primeiras escolhas** para pacientes **diabéticos**. De acordo com Terra et al. (2011), o anestésico mepivacaína a 3% sem vasoconstritor, bem como a prilocaína associada à felipressina, podem ser administrados em pacientes diabéticos. A felipressina pode ser utilizada com estabilidade em pacientes compensados através de dieta, em pacientes insulino dependentes ou que fazem uso de medicamentos hipoglicemiantes orais.

O uso da epinefrina e norepinefrina podem exercer um efeito farmacológico oposto ao da insulina, contribuindo para o aumento da glicemia em quadros de diabetes descompensado. Em pacientes com o diabetes controlado, restringindo o uso destes fármacos a 3 a 4 tubetes por sessão, é admitido o uso deste vasoconstritor.

## 5. Manifestações Oraís Específicas:

Doenças periodontais são as mais prevalentes, seguidas de **candidose oral** e **hipossalivação**, estas são manifestações orais específicas em pacientes diabéticos. O reconhecimento precoce dessas condições permite um **manejo adequado**, contribuindo para a **prevenção de complicações mais severas** (BRASIL, 2013).

## 6. Conduta emergencial em hipoglicemia no consultório odontológico:

De acordo com Guyton e Hall (2011) a **crise hipoglicêmica** representa 2,91% das urgências em consultórios odontológicos e se manifesta por diversos sinais incluindo **palidez, tremores, taquicardia, sudorese, tontura, sonolência, confusão mental, fraqueza, cefaléia** e **visão turva**. Diante dessas manifestações, é imperativo que o cirurgião-dentista **interrompa imediatamente o procedimento em andamento** e forneça ao paciente um **alimento rico em carboidratos**, como suco de laranja ou mel.

Posteriormente, é essencial monitorar a **glicemia capilar a cada 15 minutos** até a **normalização**. Caso não haja recuperação, o socorro médico deve ser acionado, mantendo-se o monitoramento dos sinais vitais. Em situações de **hipoglicemia grave com o paciente inconsciente**, a administração de **alimentos** e **medicamentos por via oral** é **desaconselhada**.

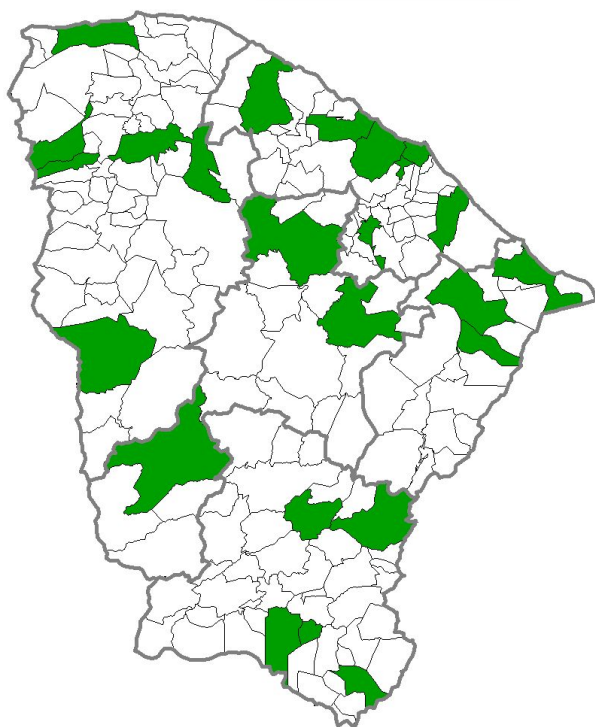
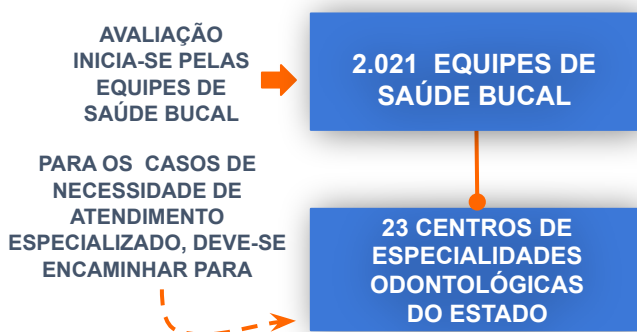
# SAÚDE BUCAL E DIABETES MELLITUS

Recomenda-se, então, a **administração de 50 mililitros de solução aquosa de glicose a 50%, por via endovenosa**, durante 2 a 3 minutos. Essas diretrizes emergenciais visam assegurar uma resposta rápida e eficaz diante de episódios de hipoglicemia, garantindo a segurança e o bem-estar do paciente no ambiente odontológico.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará reafirma o compromisso com a qualidade do atendimento odontológico na atenção primária, buscando constantemente aprimorar as práticas e promover a saúde integral dos pacientes portadores de Diabetes *Mellitus*.



## 7. Pontos de Atenção:



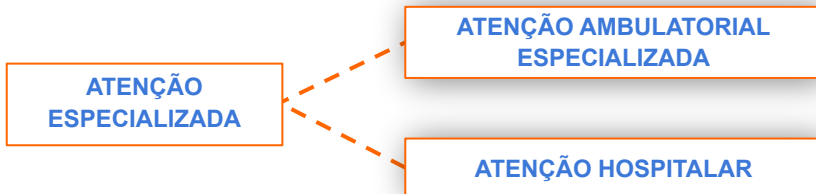
### Legenda:

 23 Centros de Especialidade Odontológicas

### REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA-ODONTOLOGIA

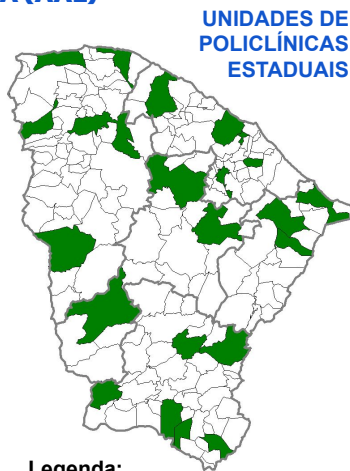
CEO Regional de Camocim  
CEO Regional de Tianguá  
CEO Regional de Sobral  
CEO Regional do Crateus  
CEO Regional de Tauá  
CEO Regional de Iguatu  
CEO Regional do Brejo Santo  
CEO Regional do Icó  
CEO Regional de Quixadá  
CEO Regional de Canindé  
CEO Regional de São Gonçalo  
CEO Regional de Limoeiro do Norte  
CEO Regional de Russas  
CEO Regional de Aracati  
CEO Regional de Juazeiro do Norte  
CEO Regional de Crato  
CEO Regional de Caucaia  
CEO Regional de Maracanaú  
CEO Regional Cascavel  
CEO Regional Baturité  
CEO Regional Ubajara  
CEO Itapipoca  
CEO Centro (Fortaleza)

# REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA



## ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

O Estado do Ceará conta atualmente com 22 **Policlínicas Estaduais** e um **Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)** que consistem em pontos de atenção no qual possui especialistas na área da saúde, garantindo a continuidade do cuidado aos usuários com perfil de atendimento **mais complexo**.



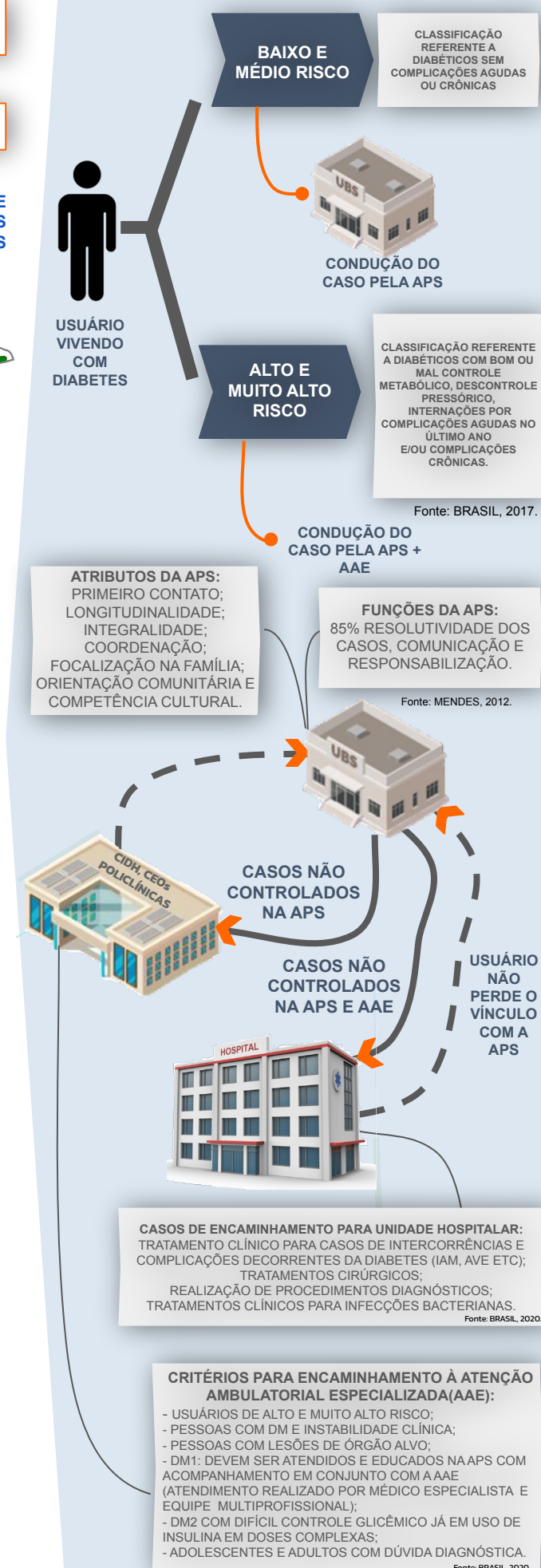
Legenda:  
■ 22 Policlínicas

22 POLICLÍNICAS ESTADUAIS						
Policlínica Regional de Pacajus	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Maracanaú	x	x			x	x
Policlínica Regional de Itapipoca	x	x	x		x	
Policlínica Regional de Caucaia	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Baturité	x	x			x	
Policlínica Regional de Acaraú	x	x			x	
Policlínica Regional de Crateús	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Sobral	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Camocim	x	x			x	x
Policlínica Regional de Tianguá	x	x			x	x
Policlínica Regional de Limoeiro do Norte	x	x			x	x
Policlínica Regional de Russas	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Aracati	x	x			x	x
Policlínica Regional de Tauá	x	x			x	x
Policlínica Regional de Canindé	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Quixadá	x		x	x	x	x
Policlínica Regional do Icó	x	x			x	x
Policlínica Regional do Brejo Santo	x				x	
Policlínica Regional de Iguatu	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Barbalha	x	x	x		x	x
Policlínica Regional de Campos Sales	x				x	
Policlínica Regional do Crato	x	x	x		x	x
TOTAL	22	19	11	1	22	17

Fonte: SIGES, 2023.

- Legenda:
- Oftalmologista
  - Nutricionista
  - Angiologista/Vascular
  - Nefrologista
  - Cardiologista
  - Endocrinologista

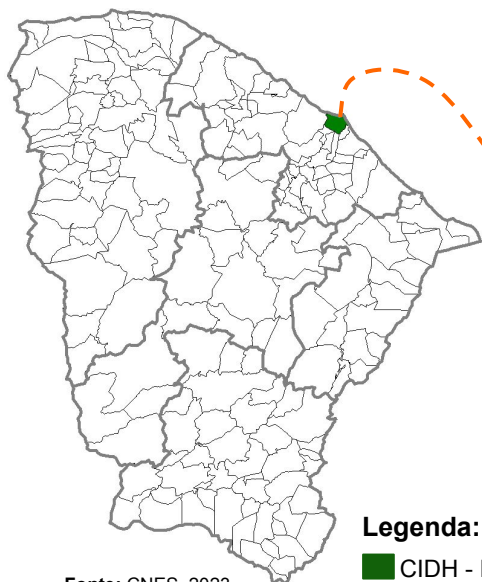
## FLUXO DO USUÁRIO VIVENDO COM DIABETES NAS REDES DE ATENÇÃO



# REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA

## ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

### CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO - CIDH



Fonte: CNES, 2023

#### Legenda:

■ CIDH - Fortaleza/CE



O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) é uma **unidade ambulatorial de atenção secundária** da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que atua desde 1988, prestando **assistência especializada, com equipe interdisciplinar, às pessoas vivendo com diabetes e hipertensão**, propiciando o autocuidado apoiado.



Oferece **atendimento multiprofissional** com **médicos especialistas** (endocrinologista, cardiologista, nefrologista, cirurgião vascular e oftalmologista), **enfermeiros**, **nutricionistas**, **fisioterapeutas**, **dentistas** e **psicólogos especializados em diabetes**, além de **educação continuada** aos usuários. Tem como finalidade garantir a continuidade e a integralidade do cuidado interdisciplinar, minimizando possíveis complicações agudas e crônicas.

O perfil de atendimento da unidade inclui: **crianças, adolescentes e adultos com DM tipo 1, mulheres com quaisquer formas de Diabetes durante a gestação, pessoas com DM tipo 2 de alto risco e/ou HAS de alto risco** com complicações relacionadas ao DM.

No ano de 2022 o serviço realizou 23.873 atendimentos destinados à diabéticos, correspondendo à 54,98% de todos os atendimentos ambulatoriais prestados à diabéticos no Estado, consistindo como um potente equipamento de suporte aos casos sem resolutividade na Atenção Primária à Saúde.

# REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA

## CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO – CIDH

### Serviços oferecidos no CIDH:

#### **Ambulatórios de Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2 e Cardiologia:**

Atendimento multiprofissional com médico endocrinologista, endocrinologista pediátrico e/ou cardiologista, enfermagem, nutrição em Diabetes e educação continuada aos usuários com o diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão.

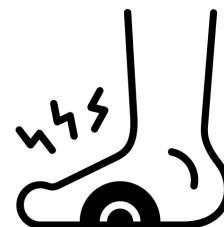


#### **Ambulatórios de Diabetes e Gestação:**

Atende mulheres que apresentam Diabetes durante a gestação, incluindo Diabetes Gestacional, Diabetes tipo 1 e Diabetes tipo 2, tendo como finalidade a prevenção das complicações do feto e da mãe.

#### **Ambulatórios do Pé Diabético:**

O atendimento ambulatorial ao usuário com pé diabético é realizado por equipe composta de Médico Cirurgião Vascular, Enfermeira Especialista em Estomoterapia, com o objetivo de identificar os sinais e sintomas iniciais da Tríade (Neuropatia, Arteriopatia, evidência de Flogose /Infecção), para evitar, genuinamente a instalação propriamente dita da Síndrome do Pé Diabético.

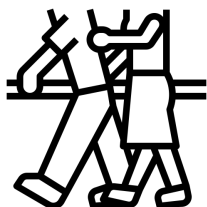


O serviço oferece não somente o tratamento ao Pé Diabético "instalado" (onde já existiria a lesão trófica em si), mas também, é realizada a avaliação clínica para diagnóstico diferencial do Pé Diabético Neuropático versus Neuroisquêmico, reiterando assim os cuidados básicos dos pé, que são a base para a prevenção do processo sindrômico no pé do usuário com DM. Atua-se na confecção de Curativos Especiais (biológicos, químicos e afins) e eventualmente procede-se à realização de pequenos procedimentos cirúrgicos (desbridamentos de queratoses, exérese de calosidades, ressecção de processos fistulosos), realizando também o acompanhamento pós-operatórios de casos oriundos de unidades de saúde e / ou hospitais de perfil de maior complexidade. Esta atividade notoriamente promove a cicatrização da lesão, com o conseqüente controle do processo infeccioso, seja agudo ou crônico (no caso da presença de osteomielite), fomentando, o salvamento do membro inferior (MI) acometido, e prevenindo o processo mutilatório de amputações sucessivas do MI em agravo.

# REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA

## CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO – CIDH

### Os serviços oferecidos no CIDH:

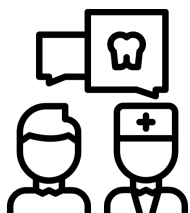


#### **Fisioterapia:**

Realiza atendimento aos pacientes com diabetes e/ou hipertensão cadastrados no CIDH no que se refere a técnicas específicas como: exercícios, aparelhos elétricos, reabilitação motora e cardiopulmonar, atividades de educação e promoção de saúde. Busca evitar complicações e promover reabilitação relacionada à diabetes e à hipertensão, proporcionando melhor qualidade de vida.

#### **Farmácia:**

Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, de acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde relacionados (*atorvastatina, dapagliflozina e análogo de insulina de ação rápida*) e, também, Insulina NPH e Insulina Regular.

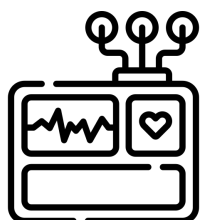
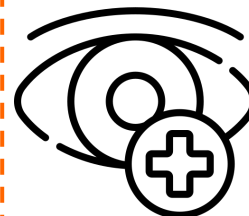


#### **Odontologia:**

Prestação de atendimento odontológico às pessoas com diabetes e hipertensão atendidos no CIDH, realizando restaurações dentárias, exodontias, profilaxia, limpeza e aplicação de flúor.

#### **Oftalmologia/Retina:**

Oferece a avaliação da retina, visando prevenção e/ou tratamento precoce da retinopatia diabética e hipertensiva. Realiza procedimento diagnóstico de mapeamento de retina e a terapia com fotocoagulação a laser, para controle das doenças da retina, evitando que o paciente evolua para uma perda visual grave.



#### **Testes Diagnósticos em Cardiologia:**

O serviço de métodos diagnósticos em cardiologia, realiza exames: ECG (Eletrocardiograma), Ecodopplercardiograma e o MAPA.

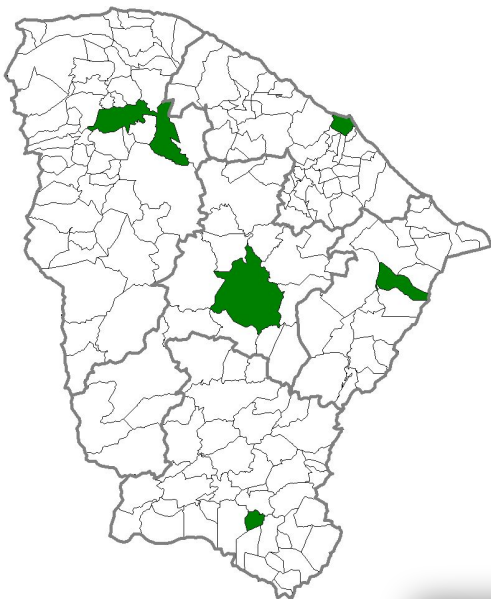
# REDE ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA

## ATENÇÃO HOSPITALAR

A atenção hospitalar consiste em um ponto da Rede no qual direciona-se os casos mais complexos de DM, sem resolutividade por parte da APS e da AAE. Conforme Brasil (2020) a assistência hospitalar direcionada ao usuário vivendo com diabetes pode ser prestada em:

- ❖ **Hospitais Regionais:** no qual ocorrem internações decorrentes de intercorrências clínicas e complicações por DM, tendo a capacidade de estabilizar o quadro clínico do usuário.
- ❖ **Hospitais de Referência Macrorregional:** destinado para internações resultantes de intercorrências e complicações por DM, com fluxos para eventos cardiovasculares (IAM e AVC) e cirúrgicos (amputações).

## UNIDADES HOSPITALARES



**Legenda:** ■ Hospitais

Fonte: SIH, 2023.

O Estado do Ceará conta com 11 Hospitais Estaduais no qual prestam assistência aos casos de DM que requerem assistência de maior complexidade.

### 11 HOSPITAIS DA REDE SESA QUE ASSISTEM DIABÉTICOS

Hospital Estadual Leonardo da Vinci  
 Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes  
 Hospital José Martiniano de Alencar  
 Hospital Geral de Fortaleza  
 Hospital Geral Dr César Cals  
 Hospital Infantil Albert Sabin  
 Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara  
 Hospital Regional Norte  
 Hospital Regional Vale do Jaguaribe  
 Hospital Regional do Cariri  
 Hospital Regional do Sertão Central






7 EM FORTALEZA

1 EM JUAZEIRO DO NORTE

1 EM SOBRAL

1 EM LIMOEIRO DO NORTE

1 EM QUIXERAMOBIM

HOSPITAIS ESTADUAIS HABILITADOS NAS RESPECTIVAS ESPECIALIDADES					
Hospital Estadual Leonardo da Vinci	x			x	
Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes	x			x	
Hospital Geral de Fortaleza	x	x	x	x	x
Hospital Geral Dr César Cals	x		x	x	
Hospital Infantil Albert Sabin	x				
Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	x	x	x	x	x
Hospital Regional Vale do Jaguaribe				x	
Hospital Regional do Cariri			x		
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

### Legenda:



Tratamento Oftalmológico



Tratamento para AVC



Tratamento Vascular



Transplante de Pâncreas e Rins



Tratamento Cardiovascular

Fonte: CNES, 2023.

## PÉ DIABÉTICO NO ESTADO DO CEARÁ

Conforme a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), a infecção do pé diabético consiste na complicação diabética mais frequente que requer hospitalização, resultando em internações prolongadas, com custos elevados.

As consequências do pé diabético podem ser drásticas e compreendem desde lesões crônicas, com infecções, até amputações de membros inferiores. O exame clínico dos pés torna-se um procedimento de extrema importância a ser realizado pelas equipes de saúde, em prol da prevenção de complicações, identificação precoce e tratamento oportuno de alterações encontradas.

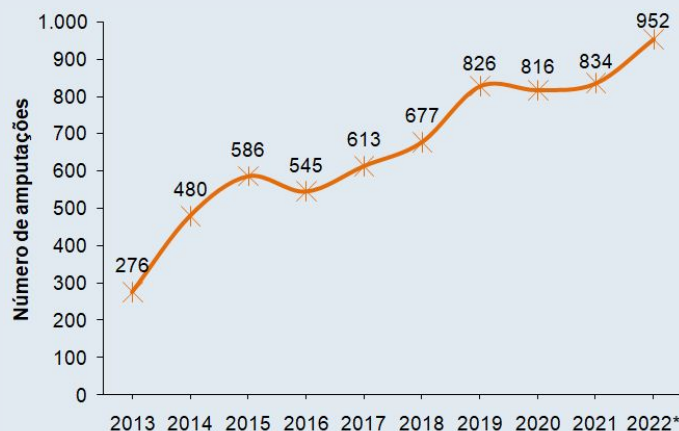
No Brasil, em 2011, constatou-se que maior parte das amputações ocorreram em membros inferiores, englobando cerca de 94% das amputações realizadas no SUS. Cerca de 80% delas acometeram usuários com doença vascular periférica e/ou diabetes (BRASIL, 2013).

Em levantamento realizado no SIH/SUS, no Brasil houveram 18.811 amputações em pessoas com diabetes no ano de 2022, já no Ceará esse número correspondeu a 952, com incremento de 244,9% ao compararmos os anos de 2013 e 2022, conforme ilustrado na figura 10.

Observa-se ainda que a taxa de amputação em pessoas com diabetes no Brasil, em 2022, correspondeu a 12,46, tendo o Estado do Ceará ocupado a 17ª posição nacional e 3ª posição no Nordeste com taxa de 10,90, ficando atrás dos Estados da Bahia e da Paraíba. Ao analisarmos as mesmas taxas por Região de Saúde do Ceará, nota-se que a Região de Saúde do Cariri apresenta taxa mais evidente em detrimento da Região de Saúde do Litoral Leste-Jaguaribe, conforme apresentado na figura 11.

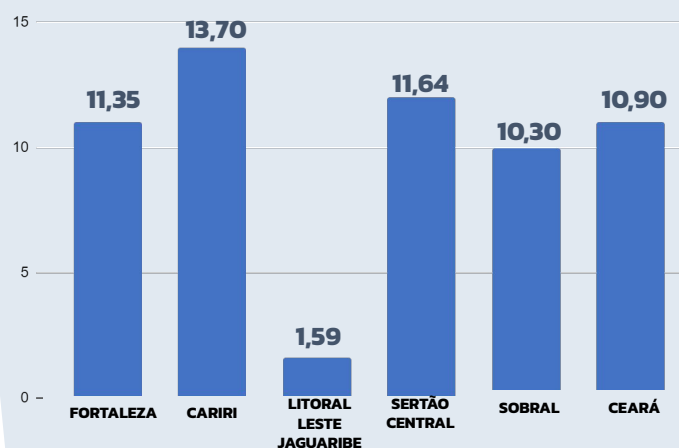
A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará tem se empenhado implementando programas, em prol do fortalecimento da rede de atenção destinada ao usuário vivendo com Diabetes, a fim de melhorar esses números, para divergir da realidade nacional e mundial.

**Figura 10. Número de amputações em pessoas vivendo com Diabetes. Ceará, 2013 a 2022**



Fonte: SIH, 2023. Nota: Foram considerados os seguintes códigos: CID-10 (E10 A E14) e códigos de procedimento: 0408050012; 0408060042 E 0408050020. Consultados no dia 03/09/2023.

**Figura 11. Taxa de amputação, a cada 10.000 diabéticos, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2022**



Fonte: e-SUS AB/SIH, 2023. Nota: Foram considerados os seguintes códigos: CID-10 (E10 A E14) e códigos de procedimento: 0408050012; 0408060042 E 0408050020. Consultados no dia 03/09/2023.



# ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

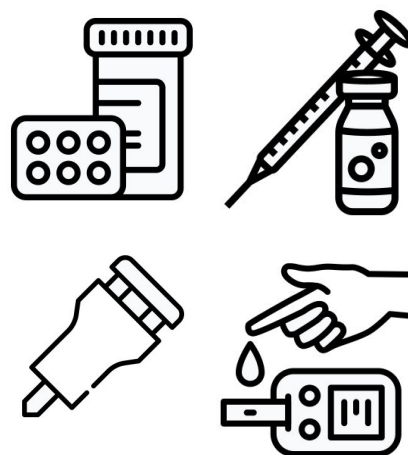
A Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, define o elenco de **medicamentos** e **insumos** disponibilizados pelo **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de *Diabetes Mellitus*.

A Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021 estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022) no âmbito do SUS. Os medicamentos e insumos para DM1 e DM2 disponíveis para dispensação no SUS estão contidos na RENAME (2022) nos Anexos I, III e IV.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica atende os principais problemas de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), e o financiamento deste componente é responsabilidade da União, estados e municípios, com exceção da insulina humana NPH e da insulina humana regular, em que o Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição de forma centralizada.

## Medicamentos e insumos disponíveis no Componente Básico para Diabetes Mellitus:

Glibenclamida 5 mg comprimido	Cloridrato de Metformina 500 mg comprimido	Gliclazida 30 e 60 mg comprimido
Insulina Humana NPH – 100 UI/mL, frasco 10 ml e caneta 3 mL	Insulina Humana Regular 100 UI/mL, frasco 10 ml e caneta 3 mL	Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina
Tiras reagentes de medida de glicemia capilar	Lancetas para punção digital	Glicosímetros



Ampliando o Componente Básico, o Ceará dispõe de um elenco complementar denominado de Política da **Assistência Farmacêutica Secundária (AFS)**, que possui financiamento bipartite (Estado e Municípios), com aquisição de medicamentos para os agravos que não possuem cobertura farmacoterapêutica e que não se enquadram na definição dos componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, conforme disposto na RENAME.

# ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

## Medicamentos e insumos disponíveis na Assistência Farmacêutica Secundária (AFS) para Diabetes Mellitus:

Insulinas análogas de ação rápida, 100 UI/ml, solução injetável

Insulinas análogas de ação prolongada, 100 UI/ml, solução injetável

Alogliptina  
25 mg comprimido



O acesso aos medicamentos e insumos do Componente Básico, se dá nas **farmácias públicas** localizadas nas **Unidades de Atenção Primária à Saúde** ou em **farmácias públicas indicadas pela gestão municipal**.

No Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF (anexo III da RENAME), estão contemplados os medicamentos com objetivo de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade. Os medicamentos disponíveis são fornecidos de acordo com o preconizado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) de DM1 (Portaria conjunta nº 17, de 12 de novembro de 2019) e DM2 (Portaria SCTIE/MS nº 54, de 11 de novembro de 2020) publicados pelo MS:

## Medicamentos disponíveis no CEAF para Diabetes Mellitus:

Insulinas análogas de ação rápida, 100ui/mL, solução injetável

Dapagliflozina  
10mg

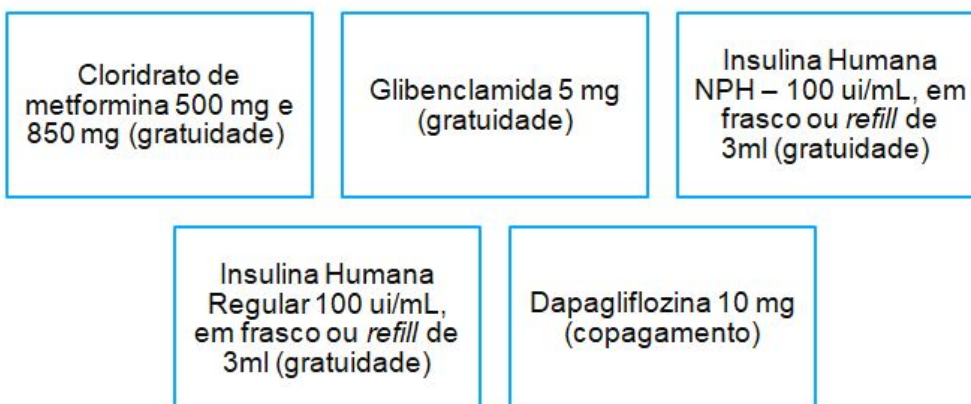
O acesso aos medicamentos do CEAF se dá através de solicitação nas **Farmácias Dispensadoras Especializadas**. O pedido deverá conter laudo para solicitação de medicamentos do componente especializado (LME) adequadamente preenchido (completo, legível, sem rasuras e sem abreviaturas), exames médicos específicos para uso de cada medicamento (exames para abertura de processos e de manutenção), prescrição médica atualizada e de acordo com o preconizado, termo de esclarecimento e responsabilidade assinados pelo médico e paciente (TER) documentos pessoais (RG e CPF), cartão nacional de saúde, comprovante de residência com CEP (código de endereçamento postal). Após o deferimento, o usuário passa a receber o medicamento mensalmente e a cada seis meses o processo deve ser renovado.

# ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

## Programa da Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

Outra forma de acesso a medicamentos se dá por meio do **Programa Farmácia Popular**, instituído pelo Decreto nº 5.090/2004, que adota o sistema gratuito e de copagamento subsidiados pelo MS.

### Medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para Diabetes Mellitus:



O acesso aos medicamentos do PFPB se dá nas **farmácias e drogarias da rede privada credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”**. O usuário deverá apresentar seu CPF, receita médica de prescritor da rede pública ou privada.



# AÇÕES ESTRATÉGICAS

## **ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) PARA GARANTIR O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO, A EFETIVIDADE DO CUIDADO, A ADESÃO AOS PROTOCOLOS E A AUTONOMIA DO USUÁRIO**

- ❖ Oferecer cuidado a todos os usuários, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa;
- ❖ Encorajar relação entre usuário e equipe de saúde, com participação ativa na consulta;
- ❖ Criar oportunidades para que o usuário expresse suas dúvidas e preocupações, respeitando o papel central que o usuário tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que possam prejudicar ou facilitar o cuidado;
- ❖ Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu autocuidado tenham sido abordados;
- ❖ Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, respeitando as crenças e atitudes dos usuários, explicitando os objetivos e abordando as implicações de um tratamento longo e continuado;
- ❖ Negociar com o usuário um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do usuário;
- ❖ Discutir e explicar o plano de cuidado do usuário com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente;
- ❖ Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para usuários vivendo com DM e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia para autocuidado. Lembrar que educar não é só informar;
- ❖ Estimular que os usuários se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros;
- ❖ Envolver os usuários nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder de decisão sobre suas próprias condições;
- ❖ Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado;

Continua

# AÇÕES ESTRATÉGICAS

## **ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) PARA GARANTIR O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO, A EFETIVIDADE DO CUIDADO, A ADESÃO AOS PROTOCOLOS E A AUTONOMIA DO USUÁRIO**

- ❖ Definir dentro da equipe de saúde formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os usuários sobre a forma de prestação desse cuidado continuado;
- ❖ Agendar revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos, Providenciando, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendadas;
- ❖ Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências;
- ❖ Cadastrar todos os usuários a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos;
- ❖ Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos usuários para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde.

## **ESTRATÉGIAS ESTADUAIS PARA MANEJO DO DIABETES MELLITUS**

- ❖ Implementação do Projeto de Planificação da Atenção Primária à Saúde (denominado Movimenta APS).
- ❖ Elaboração e implementação da linha de cuidado em Diabetes.
- ❖ Fortalecimento da Rede de Atenção às pessoas vivendo com Diabetes:
  - Fortalecimento das Policlínicas Estaduais e do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) como pontos de atenção da rede direcionado à linha de cuidado às pessoas vivendo com Diabetes;
  - Articulação para que haja comunicação efetiva entre os pontos da rede;
- ❖ Implantar plano de educação permanente com foco na Diabetes e na estratificação de risco em prol de direcionar para o manejo das complicações.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS Nº 48, de 28 de julho de 2004**. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências. DF. MS, 2004. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0048\\_28\\_07\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0048_28_07_2004.html)>. Acesso em: 17 de novembro de 2023.

Brasil. Presidência da República. **Decreto Nº 5.090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. DF. Casa Civil, 2004. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm)>. Acesso em: 17 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus\\_cab16.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf). Acesso em: 08 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 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. DF. MS, 2007. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583\\_10\\_10\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html)>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde. Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/diabetes/>>. Acesso em 08 novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 36 p. : il. ISBN 978-85-334-1981-0  
Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_amputada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf). Acesso em: 20 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 62 p. : il. ISBN 978-85-334-2361-9.  
Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMzNQ>. Acesso em: 20 de novembro de 2023.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-contr-ole-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>. Acesso em: 02 dezembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS Nº7, de 28 de fevereiro de 2024**. Torna pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Mellito Tipo 2. DF. MS, 2024. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-7-de-28-de-fevereiro-de-2024-546033672>>. Acesso em: 06 de março de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAES/MS Nº17, de 12 de novembro de 2019**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 1. DF. MS, 2019. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/poc0017\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/poc0017_13_11_2019.html)>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SCTIE/MS Nº54, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2. DF. MS, 2020. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2020/prt0054\\_13\\_11\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2020/prt0054_13_11_2020.html)>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. 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: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020a. 88 p. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-pessoa-com-diabetes-mellitus-e-hipertensao-arterial-sistematica/>. Acesso em 08 de dezembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellito Tipo 2. Brasília. Ministério da Saúde, 2020 . Disponível em:

[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivo/s/2020/20201113\\_pcdt\\_diabete\\_melito\\_tipo\\_2\\_29\\_10\\_2020\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivo/s/2020/20201113_pcdt_diabete_melito_tipo_2_29_10_2020_final.pdf).

Acesso em 08 dezembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]/ Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Disponível em:

[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view)

Acesso em 08 novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020. DF. MS, 2021. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435\\_09\\_12\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435_09_12_2021.html)>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. Planificasus: Manual para organização da oficina de estratificação de risco das condições crônicas. São Paulo. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=cf3cad5ee5e46843cbeb0485900902f99e22cb2b&t=1666037734&type=biblioteca>. Acesso em 16 novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Assuntos. Saúde de A a Z. Diabetes (diabetes mellitus)/ Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>

Acesso em 08 novembro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_centros\\_referencia\\_imunobiologicos\\_6ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_referencia_imunobiologicos_6ed.pdf)

f. Acesso em: 14 de novembro de 2023.

Brasil. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023. Rolim L, *et al.* Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-14, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-neuropatia-periferica-diabetica/#citacao>.

Acesso em: 11 de dezembro de 2023.

Brasil. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023. Sacco, ICN *et al.* Diagnóstico e prevenção de úlceras no pé diabético. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/5238993.2023-4, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em:

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

Acesso em: 11 de dezembro de 2023.

Burihan, Marcelo Calil; Júnior, Walter Campos. Consenso no Tratamento e Prevenção do Pé Diabético. 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 76 p. Disponível em:

<https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2021/03/consenso-pe-diabetico-24112020.pdf>

Acesso em 05 de janeiro 2024

Duncan, B. B. *et al.* Medicina Ambulatorial, Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 12 edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

Luccia, N.; Silva, ES. Aspectos técnicos de Amputações de Membros Inferiores. In: Pitta, G. (Ed.). Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Disponível em:

<https://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/aspectos-tecnicos-da-amputacao.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2023.



## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Melo, RC *et al.* Estratégias de adesão ao tratamento de longo prazo para pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2 na APS. Brasília; Fiocruz Brasília; Instituto de Saúde de São Paulo; 28 jan. 2021. 19 p. Disponível em:

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358445/08\\_sre\\_depros\\_dm\\_adesao.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358445/08_sre_depros_dm_adesao.pdf).

Acesso em: 20 de novembro de 2023.

Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf).

Acesso em: 02 de dezembro de 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS lança novo pacto global para acelerar ações de combate à diabetes, 2021. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/15-4-2021-oms-lanca-novo-pacto-global-para-acelerar-acoes-combate-diabetes>. Acesso em 08 de novembro de 2023.

Terra, B.; Goulart, R.; Bavaresco, C. S. O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. **Rev. atenção primária à saúde**. Juiz de Fora, v. 14, n. 2, p. 149-161, abr/jun 2011. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14697>

Acesso em 13 de dezembro de 2023.

The International Working Group on the Diabetic Foot. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease IWGDF 2023 update. IWGDF Guidelines. 349p. Disponível em:

<https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>

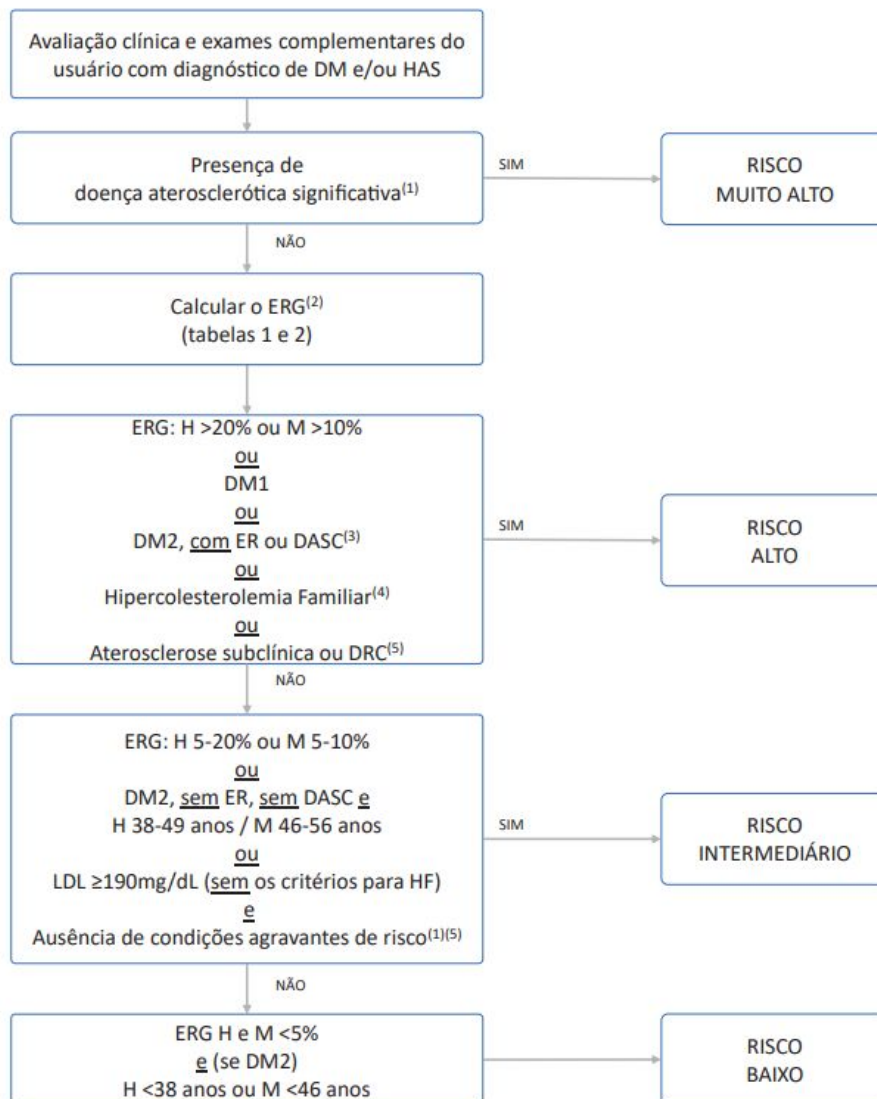
Acesso em 05 de janeiro de 2024.

Williamson H.M, Bartlett M, Desai M. A aceleração sistólica máxima derivada do ultrassom duplex pode ser uma alternativa confiável e rápida aos índices de pressão tornozelo-braquial para a população diabética com doença arterial dos membros inferiores; um estudo de coorte prospectivo e observacional. *Doença Cardiovascular JRSM* . 2022; 11. doi: 10.1177/20480040211070481. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20480040211070481>.

Acesso em 09 de janeiro de 2024.

## ANEXO I - Estratificação de Risco para DM e/ou HAS



### (1) DOENÇA ATEROSCLERÓTICA SIGNIFICATIVA:

- doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica, com ou sem eventos clínicos
- OU
- obstrução ≥ 50% em qualquer território arterial

### (2) ESCORE DE RISCO GLOBAL (Framingham revisado):

Para cálculo do ERG utilizar:

- Tabelas 1 e 2 com critérios para pontuação e cálculo do risco cardiovascular
- OU
- utilizar a Calculadora de Risco Cardiovascular do Telessaúde RS/UFRGS disponível em aplicativos para celular <https://www.ufrgs.br/telessaunders/aplicativos/>

### (3) Para usuários com DIABETES:

#### ESTRATIFICADORES DE RISCO:

- H>49 anos de idade
- M>56 anos de idade
- Diabetes há mais de 10 anos
- História Familiar de DAC prematura
- Tabagismo
- Hipertensão Arterial
- Síndrome Metabólica
- TFG <60ml/minuto/1,73m<sup>2</sup>
- Albuminúria >30mg/g
- LDL-c ≥190mg/dL

#### DOENÇA ATEROSCLERÓTICA SUBCLÍNICA:

- Escore de CAC >10 U Agatston
- Placa na carótida
- Angiotomo com placa
- ITB <0,9

### (4) HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR:

- LDL-c 190-309mg/dL + 2 condições de alto risco
- OU
- LDL-c 310-399mg/dL + 1 condição de alto risco
- OU
- LDL-c >400mg/dL, com ou sem condições de alto risco

#### Condições de alto risco:

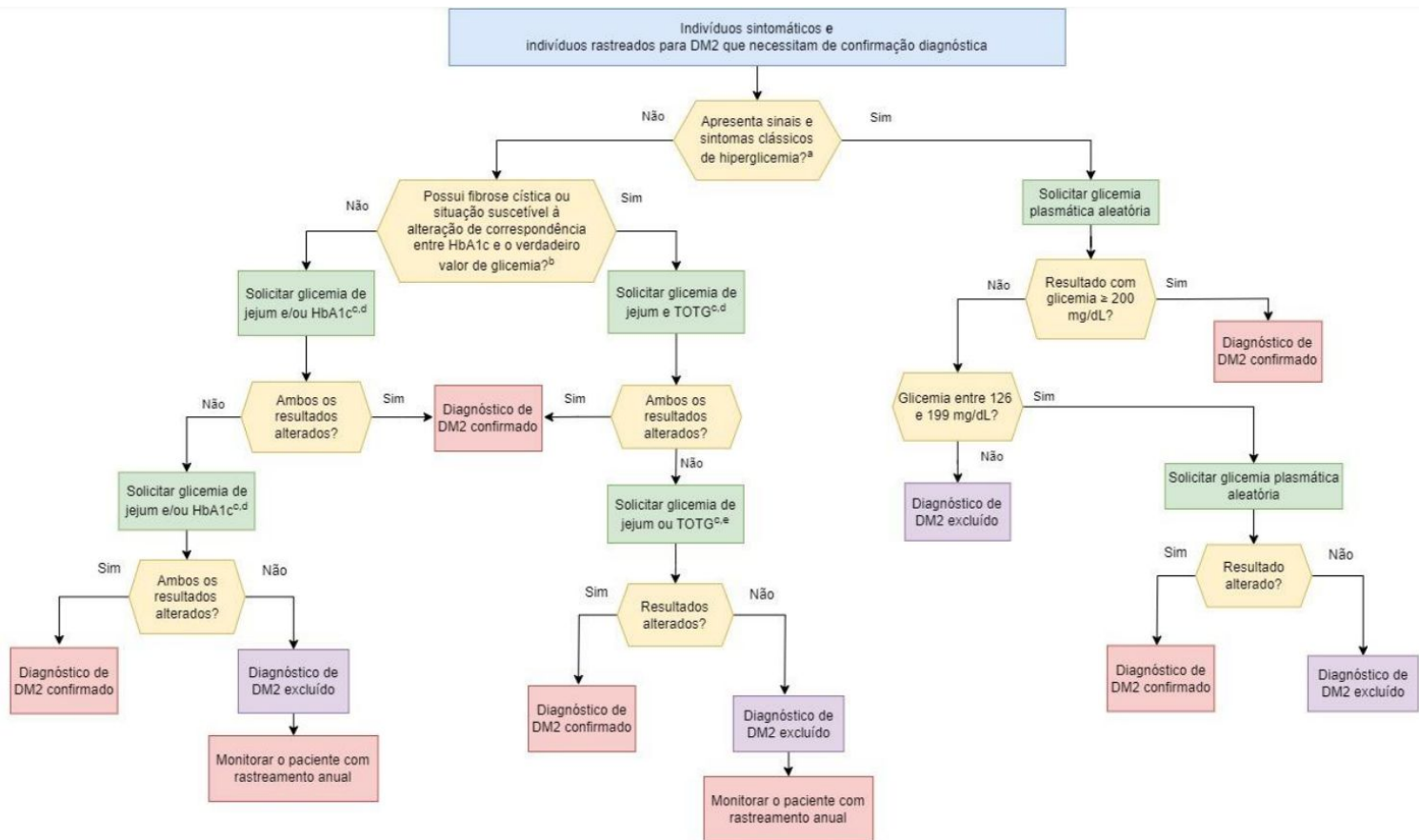
- H>49 anos de idade
- Idade >40 anos e sem tratamento
- Sexo masculino
- Hipertensão arterial
- Diabetes *mellitus*
- IMC >30kg/m<sup>2</sup>
- Lp(a) >50mg/dL ( ou >75nmol/L)
- HDL-c <40mg/dL
- Tabagismo
- Doença renal crônica, com TFG <60mL/minuto/1,73m<sup>2</sup>
- História familiar de DAC prematura em usuários de 1º grau [H <55 anos e M <60 anos]

### (5) ATEROSCLEROSE SUBCLÍNICA ou DRC:

- Aterosclerose subclínica documentada por:
  - Ultrassonografia de carótidas com presença de placa
  - ITB <0,9
  - Escore de CAC >100 U Agatston
  - Placas ateroscleróticas na angiotomografia coronária
  - Aneurisma de aorta abdominal
- TFG <60mL/minuto/1,73m<sup>2</sup>, em fase não dialítica

# ANEXOS

## ANEXO II - Fluxo para confirmação diagnóstica dos casos de indivíduos sintomáticos e indivíduos rastreados para DM2 que necessitam de confirmação diagnóstica



### Notas:

a - Poliúria, polidipsia, perda ponderal, noctúria, polifagia.

b - Condições: anemia aguda, hemoglobinopatias, variantes de hemoglobina, transfusões sanguíneas, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, uso de alfaopetina, uso de antirretrovirais, hemodiálise, gestação (2º e 3º trimestres) e puerpério.

c - Ver texto para a indicação, preparo e cuidados para a realização de cada um desses exames.

d - Os exames podem ser feitos com a mesma amostra ou com das amostras diferentes.

### Legenda:

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

HbA1c: hemoglobina glicada.

TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose.

Fonte: BRASIL, 2024. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024, que atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabete Melito Tipo 2.



**CEARÁ**  
**GOVERNO DO ESTADO**  
SECRETARIA DA SAÚDE