

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 1 de 26

LINHA DE CUIDADO EM DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ADULTO

Documento de referência da rede — alinhado ao elenco efetivamente disponível no SUS

Campo	Conteúdo
Código do documento	LC-DM2-01
Tipo	Documento matricial — referência da rede para prática assistencial e regulação
Versão	Versão 2.1 — agosto/2026
Substitui	Linha de Cuidado em Diabetes na APS, versão 2.0 (agosto/2026), e o anexo “Atualizações DRC e DM” (agosto/2025)
Documento estruturante	MAN-DM-01 — Manual da Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus, versão 1.1
Perfil de acesso	Componente Básico: metformina, glibenclamida, gliclazida, insulina NPH e insulina regular. Componente Especializado: dapagliflozina e insulinas análogas, tratados no capítulo 10.
Base normativa principal	PCDT Diabetes Mellitus tipo 2 — Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21/02/2026
Regra de desempate	Na dúvida, prevalece o PCDT do Ministério da Saúde (Manual, item 5.2)
Revisão programada	Anual, ou extraordinária conforme os gatilhos do Manual, item 6.2

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 2 de 26

1. Identificação e base normativa

Esta Linha de Cuidado é documento matricial: descreve o diabetes mellitus tipo 2 no adulto em toda a sua extensão — da detecção ao seguimento longitudinal — e a organização da atenção em rede. Os processos administrativos correspondentes estão nos protocolos próprios: PRT-REG-01, de garantia de acesso e regulação, e PRT-GES-01, de gestão do cuidado.

Nível	Fonte aplicada neste documento
1	Lei nº 15.439, de 26/06/2026 — direitos das pessoas com diabetes mellitus tipo 1 (aplicável por analogia às garantias de porte e uso de dispositivos)
2	PCDT Diabetes Mellito tipo 2 — Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21/02/2026; PCDT Estratégias para Atenuar a Progressão da DRC — Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 11, de 16/09/2024; PCDT Retinopatia Diabética — Portaria Conjunta nº 17, de 01/10/2021
3	RENAME 2024, 2ª edição; Portaria GM/MS nº 2.583, de 10/10/2007; portarias de incorporação da CONITEC
4	Portaria GM/MS nº 3.493, de 10/04/2024 — cofinanciamento da APS e indicador C4
5	Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, Ed. 2025; posicionamento SBN/SBPC-ML, 2024
6	ADA Standards of Care in Diabetes 2026; KDIGO 2024; IWGDF 2023

Regra de desempate. Havendo conflito entre o PCDT do Ministério da Saúde e recomendação de sociedade científica, brasileira ou internacional, **prevalece o PCDT**, ainda que defasado. A recomendação divergente é registrada no capítulo 17 para reavaliação futura. Silêncio do PCDT não é conflito: aplica-se a fonte de nível imediatamente inferior, com a origem declarada.

2. Objetivos

- Padronizar a detecção, o diagnóstico, a estratificação de risco, o tratamento e o seguimento do diabetes mellitus tipo 2 no adulto.
- Prevenir as complicações que determinam mortalidade e incapacidade: doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, retinopatia e pé diabético.
- Assegurar que toda prescrição tenha via de acesso definida na rede, evitando abandono de tratamento e judicialização.
- Garantir o cumprimento da jornada mínima esperada de 12 meses e o registro que a torna verificável.
- Definir critérios objetivos de referência e contrarreferência com a atenção especializada.

3. População-alvo e exclusões

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 3 de 26

3.1 População-alvo

- Adultos e idosos com diabetes mellitus tipo 2, diagnosticados ou em investigação.
- Adultos com pré-diabetes, para prevenção da progressão.
- Gestantes com diabetes tipo 2 pré-gestacional — contempladas pelo PCDT DM2 2026, com substituição imediata do tratamento não insulínico por insulinoterapia e referenciamento ao pré-natal de alto risco. O seguimento segue a **LC-DMG-01**.

3.2 Exclusões — documento matricial próprio

Situação	Documento aplicável
Diabetes mellitus tipo 1 e suspeita de LADA	LC-DM1-01
Diabetes mellitus gestacional e hiperglicemia detectada na gestação	LC-DMG-01
Diabetes em pessoas com menos de 18 anos	LC-PED-01
Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar	Protocolo de urgência — excluídos expressamente pelo PCDT DM2 2026
Hipoglicemia grave	Protocolo de urgência
Pé diabético com infecção grave, isquemia crítica ou necrose	Protocolo de urgência e PRT-REG-01

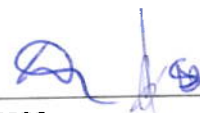
4. Definição e magnitude

O diabetes mellitus tipo 2 resulta da combinação de resistência à insulina com falência progressiva da célula beta. Responde pela grande maioria dos casos de diabetes em adultos e costuma ser assintomático por anos — razão pela qual o rastreamento ativo, e não a espera pelo sintoma, é a porta de entrada desta Linha de Cuidado.

A hiperglicemia sustentada produz lesão microvascular na retina, no glomérulo e no nervo periférico, e acelera a aterosclerose. Disso decorre o padrão característico de complicações, e disso decorre também a lógica deste documento: a conduta se organiza em torno de quatro eixos de risco — cardiovascular, renal, ocular e podal —, e não apenas em torno do valor da hemoglobina glicada.

4.1 Três consequências práticas

1. **A estratificação de risco define o medicamento, não apenas a meta.** A presença de doença cardiovascular estabelecida, insuficiência cardíaca ou doença renal com albuminúria muda a escolha terapêutica independentemente da hemoglobina glicada — e, no SUS, é o que abre elegibilidade à dapagliflozina.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 4 de 26

2. A maior parte do dano é prevenível por ações de baixo custo. Aferição de pressão, exame dos pés com monofilamento, dosagem de albuminúria e rastreo ocular previnem amputação, diálise e cegueira. São, historicamente, as ações mais sub-registradas.
3. O diabetes raramente vem só. A coexistência com hipertensão, obesidade, dislipidemia e doença renal exige articulação entre linhas de cuidado, conforme o item 4.4 do Manual.

Cerca de 7% das pessoas com diabetes tipo 2 já apresentam albuminúria aumentada no momento do diagnóstico. Pelo mesmo motivo, o PCDT de Retinopatia Diabética determina fundo de olho imediatamente após o diagnóstico no DM2. No tipo 2 não existe janela de carência: o rastreo de complicações começa junto com o diagnóstico.

Fontes: Diretriz SBD, capítulo de doença renal do diabetes, revisão de 04/07/2024; PCDT Retinopatia Diabética, Portaria Conjunta nº 17, de 01/10/2021.

5. Rastreamento

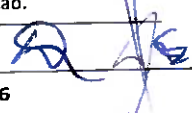
5.1 Quem rastrear

- Todos os adultos a partir de 35 anos, independentemente do peso.
- Antes dos 35 anos, em qualquer idade, se houver sobrepeso ou obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ em pessoas de ascendência asiática) com pelo menos um fator de risco.

Categoria	Fatores de risco que antecipam o rastreamento
História familiar e obstétrica	Parente de primeiro grau com diabetes; diabetes gestacional prévio; parto de recém-nascido macrossômico
Cardiometabólicos	Hipertensão arterial ($PA \geq 140/90 \text{ mmHg}$ ou em uso de anti-hipertensivo); $HDL < 35 \text{ mg/dL}$ e/ou triglicerídeos $> 250 \text{ mg/dL}$; doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida
Resistência à insulina	Acantose nigricans; obesidade central; esteatose hepática metabólica; síndrome dos ovários policísticos
Comportamentais	Atividade física insuficiente
Medicamentosos	Glicocorticoides; antipsicóticos atípicos; inibidores de mTOR e de PI3K; inibidores de checkpoint imunológico
Populacionais	Grupos de maior risco conforme o perfil epidemiológico do território

5.2 Com que exame rastrear

Exame	Quando preferir	Limitações
Hemoglobina glicada	Rastreo e diagnóstico em não gestantes. Dispensa jejum, boa estabilidade pré-analítica, logística simples.	Não confiável em variantes de hemoglobina, anemias e hemólise, transfusão recente, uso de eritropoetina, hemodiálise, DRC avançada, gestação e infecção por HIV. Não usar no diagnóstico durante a gestação.



	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto			Página 5 de 26

Exame	Quando preferir	Limitações
Glicemia de jejum	Alternativa equivalente. Preferir quando a HbA1c for inadequada.	Pode não detectar alterações predominantemente pós-prandiais. Exige 8 horas de jejum.
TOTG 75 g	Discordância entre clínica e laboratório; forte suspeita com resultados limítrofes; necessidade de detectar hiperglicemia pós-prandial; reclassificação puerperal.	Menor praticidade e maior custo operacional. Exige coleta em 1 e 2 horas — ver item 6.

5.3 Periodicidade

Resultado	Repetir em
Normal, com menos de 3 fatores de risco	A cada 3 anos
Normal, com 3 ou mais fatores de risco	Anualmente
Pré-diabetes	Anualmente
Um único teste alterado, sem confirmação	Repetir em até 6 meses
Novo fator de risco ou mudança clínica relevante — ganho ponderal, início de corticoterapia ou de inibidor de mTOR/PI3K	Antecipar, independentemente do intervalo previsto

Fontes: Diretriz SBD, cap. Diagnóstico, revisão de 05/07/2024; ADA Standards of Care 2026, Seção 2.

6. Critérios diagnósticos

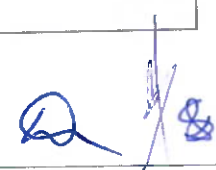
Na ausência de hiperglicemia inequívoca com sintomas clássicos, **confirmar em duas ocasiões** — repetindo o mesmo exame ou realizando um segundo exame diferente.

Exame	Normal	Pré-diabetes	Diabetes mellitus
Glicemia de jejum (mg/dL)	< 100	100 – 125	≥ 126
Hemoglobina glicada (%)	< 5,7	5,7 – 6,4	≥ 6,5
TOTG 75 g — 1 hora (mg/dL)	< 155	155 – 208	≥ 209
TOTG 75 g — 2 horas (mg/dL)	< 140	140 – 199	≥ 200
Glicemia aleatória (mg/dL)	—	—	≥ 200 com sintomas clássicos

Fonte: PCDT Diabetes Mellito tipo 2, Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21/02/2026, Quadro 4. A Diretriz SBD adota os mesmos valores.

Impacto operacional

O TOTG desta rede exige coleta em 1 hora além da coleta em 2 horas, porque o ponto de 1 hora é critério diagnóstico do PCDT vigente. Isso tem consequência operacional direta: pedido e laudo do laboratório de referência precisam estar configurados para reportar os dois tempos. A ADA 2026 não adotou esse critério — divergência registrada em D1, resolvida pela regra de desempate a favor do PCDT.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 6 de 26

6.1 Classificação e diagnóstico diferencial

Definir o tipo de diabetes sempre que possível. Suspeitar de **diabetes tipo 1 ou LADA** diante de perda ponderal involuntária, cetose, início em pessoa magra, instalação rápida dos sintomas, história pessoal ou familiar de outras doenças autoimunes, ou falha precoce e acentuada da terapia oral. Nesses casos, aplicar a **LC-DM1-01** e encaminhar conforme o capítulo 13.

Considerar **hiperglicemia induzida por medicamentos** — glicocorticoides, inibidores de checkpoint imunológico, inibidores de PI3K e de mTOR —, situação que exige monitorização própria. Em caso de dúvida diagnóstica, especialmente em adolescentes, o PCDT DM2 2026 indica encaminhamento ao endocrinologista.

7. Estratificação de risco e perfis clínicos

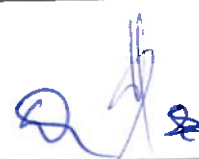
A estratificação orienta três decisões distintas: a meta a perseguir, o medicamento a escolher e a frequência do seguimento. Refazer ao menos anualmente e sempre que houver evento clínico relevante. Os padrões abaixo são comuns a toda a Linha de Cuidado e reproduzem o capítulo 8 do Manual.

7.1 Risco renal — matriz KDIGO 2024

Categoria de TFGe (mL/min/1,73 m ²)	A1 — RAC < 30 mg/g	A2 — RAC 30–300 mg/g	A3 — RAC > 300 mg/g
G1 — ≥ 90	Baixo	Moderado	Alto
G2 — 60–89	Baixo	Moderado	Alto
G3a — 45–59	Moderado	Alto	Muito alto
G3b — 30–44	Alto	Muito alto	Muito alto
G4 — 15–29	Muito alto	Muito alto	Muito alto
G5 — < 15	Muito alto	Muito alto	Muito alto

Faixa	Conduta na APS
Baixo	Seguimento anual. Manter rastreio de TFGe e RAC e controle de pressão e glicemia.
Moderado	Reavaliar em 6 meses. Intensificar controle pressórico e glicêmico. Revisar prescrição quanto a nefrotoxicidade. Iniciar ou otimizar IECA ou BRA se houver albuminúria.
Alto	Reavaliar a cada 3 a 4 meses. Manejo compartilhado. Avaliar critérios de encaminhamento (capítulo 13) e elegibilidade à dapagliflozina pelo PCDT da DRC.
Muito alto	Encaminhar à Nefrologia. Manter seguimento conjunto na APS, com revisão de prescrição e controle pressórico.

Albuminúria persistente: 2 amostras alteradas entre 3, colhidas em até 6 meses.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 7 de 26

7.2 Risco podal — IWGDF 2023

Categoria	Risco	Características	Reavaliação
0	Muito baixo	Sem perda da sensibilidade protetora e sem doença arterial periférica	Anual
1	Baixo	Perda da sensibilidade protetora ou doença arterial periférica	A cada 6 a 12 meses
2	Moderado	Perda da sensibilidade protetora com doença arterial periférica, ou qualquer uma delas com deformidade	A cada 3 a 6 meses
3	Alto	Qualquer uma das anteriores associada a história de úlcera, amputação prévia ou doença renal em estágio terminal	A cada 1 a 3 meses

- **Perda da sensibilidade protetora:** incapacidade de perceber estímulo tátil, vibratório ou de pressão. Avaliar com monofilamento de 10 g, diapasão de 128 Hz ou toque leve.
- **Doença arterial periférica:** pulsos ausentes, ondas Doppler anormais, índice tornozelo-braquial fora de 0,9 a 1,3, ou índice hálux-braquial < 0,70.

7.3 Risco cardiovascular

Categoria	Critério	Meta de LDL-c	Não-HDL-c
Baixo	Homem < 38 anos ou mulher < 46 anos, sem estratificador	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL
Intermediário	Homem de 38 a 49 anos ou mulher de 46 a 56 anos, sem estratificador	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL
Alto	Homem ≥ 50 anos ou mulher ≥ 56 anos; ou até 2 estratificadores de alto risco	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL
Muito alto	Qualquer idade com estratificador de muito alto risco	< 50 mg/dL	< 80 mg/dL

Estratificadores	Itens
Alto risco	DM2 com mais de 10 anos de duração; história familiar de doença coronariana prematura; síndrome metabólica; hipertensão arterial; tabagismo ativo; LDL-c > 190 mg/dL; TFGe 30–59; placa carotídea; escore de cálcio coronário > 10; índice tornozelo-braquial < 0,9.
Muito alto risco	Três ou mais estratificadores de alto risco; DM1 com mais de 20 anos; estenose maior que 50% em qualquer território; hipercolesterolemia familiar confirmada; TFGe ≤ 45 com RAC de 30 a 300 mg/g; TFGe ≤ 30; ou prevenção secundária — síndrome coronariana aguda, infarto ou angina prévios, AVC aterotrombótico ou ataque isquêmico transitório, revascularização.

Fonte: Diretriz SBD, Ed. 2025, capítulo de manejo do risco cardiovascular. O PCDT federal de Dislipidemia (Portaria Conjunta nº 8, de 30/07/2019) é silente quanto a metas numéricas de LDL e adota estratégia de tratamento por risco — não há conflito a desempatar. Ver D7.

7.4 Perfis clínicos que determinam a escolha terapêutica



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 8 de 26

Perfil	Como identificar	O que determina
Doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida	Infarto prévio, revascularização miocárdica, angioplastia coronariana, angina estável ou instável, AVC isquêmico ou ataque isquêmico transitório prévios, insuficiência cardíaca com fração de ejeção < 40%	Prioridade a fármacos com benefício cardiovascular comprovado. No SUS, é o perfil que abre elegibilidade à dapagliflozina a partir dos 40 anos.
Alto risco cardiovascular sem doença estabelecida	Homem ≥ 55 anos ou mulher ≥ 60 anos com hipertensão, dislipidemia ou tabagismo	Segundo critério de elegibilidade à dapagliflozina no PCDT DM2 2026.
Insuficiência cardíaca	Diagnóstico clínico e ecocardiográfico, com fração reduzida ou preservada	Prioridade a iSGLT2. Evitar pioglitazona.
Doença renal crônica com albuminúria	RAC ≥ 30 mg/g persistente e/ou TFG < 60 mL/min/1,73 m²	Proteção cardiorrenal como objetivo primário: IECA ou BRA em dose máxima tolerada, e dapagliflozina pelo PCDT da DRC quando a TFG estiver entre 25 e 75.
Obesidade ou necessidade de perda ponderal	IMC ≥ 30 kg/m², ou ≥ 27 com comorbidade; circunferência abdominal aumentada	Evitar fármacos que promovem ganho de peso — sulfonilureia, pioglitazona e excesso de insulina.
Alto risco de hipoglicemia	Idoso; doença renal crônica; hipoglicemia prévia; turnos irregulares; ocupação de risco como dirigir ou operar máquinas; morar sozinho; insegurança alimentar	Evitar sulfonilureias e esquemas insulínicos intensivos. Simplificar o regime e reavaliar a meta.
Esteatose hepática metabólica	FIB-4 calculado a partir de idade, AST, ALT e plaquetas — exames de rotina	FIB-4 ≥ 1,3 indica avaliação adicional; > 2,67 indica manejo por hepatologista. Ver D8.
Catabolismo ou hiperglicemia grave	Perda ponderal involuntária, poliúria e polidipsia intensas, cetose, HbA1c muito elevada com sintomas	Insulinização imediata, independentemente da linha de tratamento prévia.

8. Metas terapêuticas

8.1 Controle glicêmico

Perfil clínico	Meta de HbA1c	Observações
Adulto com DM2, sem comorbidade limitante	< 7,0%	Meta geral do PCDT DM2 2026. Perseguir sem hipoglicemias.
Idoso saudável — funcionalidade preservada, poucas comorbidades	< 7,5%	Reavaliar anualmente a manutenção da funcionalidade.
Idoso comprometido — multimorbidade, dependência parcial, comprometimento cognitivo leve	< 8,0%	Priorizar segurança e simplificação do esquema.
Idoso muito comprometido — doença terminal, dependência grave, demência avançada	Sem alvo numérico	Evitar sintomas de hiperglicemia e, sobretudo, de hipoglicemia. Considerar desprescrição.
Gestante com DM2 pré-gestacional	Conforme a LC-DMG-01	Substituir imediatamente o tratamento não insulínico por insulinoterapia e referenciar ao pré-natal de alto risco.

Fonte: PCDT Diabetes Mellitus tipo 2, Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21/02/2026, Quadro 6.

Assinatura

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 9 de 26

8.2 Pressão arterial e lipídeos

Parâmetro	Meta	Observação
Pressão arterial — regra geral	< 130 × 80 mmHg, quando tolerado	Meta única da rede, por deliberação D5. Aferir com técnica padronizada.
Pressão arterial — idoso frágil ou expectativa de vida limitada	< 140 × 90 mmHg	Menos intensivo diante de fragilidade, risco de queda ou ortostatismo sintomático.
LDL-colesterol	Conforme a categoria de risco do item 7.3	Meta de monitoramento, de origem SBD 2025. A base normativa da prescrição e do acesso é o PCDT de Dislipidemia.
Terapia hipolipemiante	Estatina conforme a categoria de risco	Não associar fibrato, niacina ou suplementos dietéticos à estatina (ADA 2026, rec. 10.32). Na farmácia básica, o hipolipemiante disponível é a sinvastatina; atorvastatina e fibratos são do Componente Especializado.

8.3 Padronização laboratorial

- **TFGe pela equação CKD-EPI 2021, sem qualquer fator de correção por raça.** Creatinina em mg/dL com duas casas decimais; TFGe arredondada ao inteiro; valor abaixo de 60 relatado como “diminuído”; equação explicitada no laudo.
- **Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina, em mg/g, com valores de referência.** Dispensa urina de 24 horas.
- **TOTG 75 g com coletas em jejum, 1 hora e 2 horas.**
- **FIB-4 calculado a partir de idade, AST, ALT e plaquetas.**

Fonte: posicionamento consensual SBN/SBPC-ML, J Bras Nefrol, abril de 2024. O relato automático da TFGe em todo exame de creatinina é pactuação local desta rede, e não recomendação formal do consenso — ver D4.

9. Tratamento não farmacológico

Aplica-se a todas as pessoas, em todas as fases, independentemente do tratamento medicamentoso.

Domínio	Recomendação operacional	Registro
Alimentação	Plano alimentar individualizado, com fracionamento, controle de porções e redução de bebidas açucaradas e ultraprocessados. Encaminhar à nutrição quando disponível.	Tópico abordado e material entregue
Atividade física	Pelo menos 150 minutos por semana de atividade aeróbica moderada, com progressão gradual; treino resistido 2 a 3 vezes por semana quando possível.	Prescrição e meta semanal pactuada
Peso corporal	Perda de 5% a 10% quando houver sobrepeso ou obesidade, com acompanhamento longitudinal.	Peso, IMC e circunferência abdominal
Tabagismo	Intervenção breve em toda consulta e oferta de tratamento para cessação.	Status e intervenção realizada
Álcool	Orientar redução; alertar para hipoglicemia tardia, sobretudo em uso de sulfonilureia ou insulina.	Padrão de consumo

[Assinatura]

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto			Página 10 de 26

Domínio	Recomendação operacional	Registro
Sono e saúde mental	Rastrear insônia, apneia do sono, sintomas depressivos e sofrimento relacionado ao diabetes. O PCDT DM2 2026 determina que a avaliação psicossocial integre o atendimento de rotina.	Rastreio e encaminhamentos
Imunização	Revisar e atualizar influenza, pneumocócica, hepatites e dupla adulto conforme os calendários vigentes.	Situação vacinal e doses
Saúde bucal	Avaliar doença periodontal, que piora o controle glicêmico, e encaminhar à odontologia.	Avaliação e encaminhamento

10. Tratamento farmacológico e acesso

10.1 Elenco do Componente Básico — dispensado na Unidade Básica de Saúde

Fármaco	Apresentação	↓ HbA1c	Peso	Preferir quando	Evitar / cautela
Metformina	500 mg e 850 mg comprimido	1,0 a 1,5%	Neutro a ↓ leve	Primeira linha para praticamente todos. Início com 500–850 mg/dia; máximo 2.550 mg/dia, fracionada e titulada lentamente para tolerância digestiva.	Contraindicada com TFG < 30. Não iniciar com TFG entre 30 e 45. Acidose láctica prévia, insuficiência hepática grave, hipóxia, etilismo. Suspender antes de contraste iodado e em doença aguda grave.
Gliclazida	30, 60 e 80 mg comprimido	1,0 a 1,5%	Aumento	Segunda linha de menor custo, quando é necessária potência glicêmica imediata. Preferida à glibenclamida por menor risco de hipoglicemia.	Idoso e doença renal crônica: risco de hipoglicemia. Ajustar dose. Cautela em ocupação de risco e turnos irregulares.
Glibenclamida	5 mg comprimido	1,0 a 1,5%	Aumento	Alternativa quando a gliclazida não estiver disponível.	Evitar acima de 65 anos e na doença renal crônica — hipoglicemia prolongada e grave mais frequente que com a gliclazida.
Insulina NPH	100 UI/mL suspensão injetável	Potente, sem teto	Aumento	Insulinização basal — protocolo detalhado no item 10.3.	Hipoglicemia, sobretudo noturna. Exige educação, técnica de aplicação e automonitorização.
Insulina regular	100 UI/mL solução injetável	Potente, sem teto	Aumento	Controle pós-prandial quando a glicemia de jejum já está na meta e a HbA1c permanece acima. Também usada em urgência.	Maior risco de hipoglicemia e ganho de peso. Exige treinamento e automonitorização estruturada.

Limite explícito do elenco

Não estão incorporados ao SUS, em nenhum componente, e portanto **não devem ser prescritos como conduta padrão**: empagliflozina; análogos do receptor de GLP-1 (liraglutida, semaglutida, dulaglutida); agonista duplo GIP/GLP-1 (tirzepatida); e finerenona, cuja não incorporação foi mantida por despacho publicado no Diário Oficial da União em 19/02/2026.

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 11 de 26

Quando o perfil clínico indicar um desses fármacos, registrar a indicação no prontuário e acionar o fluxo institucional próprio, informando a pessoa com clareza sobre a via disponível. Prescrever sem via de acesso definida produz abandono de tratamento e judicialização. O que a melhor evidência indicaria nesses casos está descrito na LC-DM2-02.

10.2 Algoritmo de intensificação

- 4. Primeira linha:** metformina em monoterapia, salvo contraindicação ou intolerância, associada às medidas do capítulo 9.
- 5. Segunda linha,** se a HbA1c permanecer acima da meta após 3 meses de dose otimizada: associar sulfonilureia, preferindo gliclazida. **Verificar simultaneamente a elegibilidade à dapagliflozina** e, havendo, abrir o processo no Componente Especializado — item 10.4.
- 6. Terceira linha:** iniciar insulina NPH noturna, mantendo a metformina. Reavaliar a sulfonilureia, com redução ou suspensão para mitigar hipoglicemia.
- 7. Intensificação:** com a glicemia de jejum na meta e a HbA1c ainda acima, acrescentar insulina regular antes da maior refeição.
- 8. Insulinização imediata,** sem seguir a escala acima, diante de HbA1c muito elevada com sintomas, catabolismo, cetose ou diagnóstico de DM1.

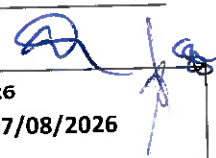
10.3 Insulinização na Atenção Primária

Quando indicar

- Hemoglobina glicada muito elevada com sintomas de hiperglicemia.
- Sinais de catabolismo — perda ponderal involuntária, cetose.
- Falha da terapia oral otimizada.
- Suspeita de diabetes tipo 1 ou LADA — ver LC-DM1-01.
- Gestação — substituir imediatamente o tratamento não insulínico e referenciar ao pré-natal de alto risco.
- Situações agudas intercorrentes: infecção grave, corticoterapia em dose alta, perioperatório.

Esquema inicial e titulação

Passo	Conduta
1. Dose inicial	Insulina NPH ao deitar, 0,1 a 0,2 UI/kg/dia. Quando o cálculo não for viável, iniciar com dose fixa de 10 UI.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 12 de 26

Passo	Conduta
2. Ajuste da terapia prévia	Manter metformina sempre que possível. Reduzir ou suspender a sulfonilureia. Revisar todos os fármacos que aumentam o risco de hipoglicemia.
3. Alvo	Glicemia capilar de jejum entre 80 e 130 mg/dL, individualizando conforme fragilidade e risco de hipoglicemia.
4. Titulação	Aumentar 1 a 2 UI a cada 3 a 4 dias até atingir o alvo de jejum.
5. Correção para baixo	Reduzir 2 a 4 UI se a glicemia de jejum for inferior a 80 mg/dL ou se houver hipoglicemia noturna.
6. Escalada mais rápida	Se a glicemia de jejum permanecer acima de 180 mg/dL, considerar incrementos maiores e antecipar o contato com a equipe.
7. Intensificação prandial	Com a glicemia de jejum na meta e a HbA1c ainda acima, acrescentar insulina regular antes da maior refeição, titulando pela glicemia pós-prandial.
8. Reavaliação	Reavaliar em 2 a 4 semanas, ou antes conforme o risco. Registrar indicação, dose inicial, plano de titulação, metas, educação fornecida e data do retorno.

Educação obrigatória no início da insulina

- Técnica de preparo e aplicação, locais e rodízio, conservação e descarte de perfurocortantes.
- Plano escrito de hipoglicemia — **regra 15–15**: ingerir 15 g de carboidrato de ação rápida, reavaliar em 15 minutos, repetir até normalizar. Definir quando procurar a urgência.
- Automonitorização domiciliar com registro dos valores e orientação para os dias de doença.
- Dispensação e registro dos insumos: seringas ou agulhas, tiras reagentes, lancetas e glicosímetro.

10.4 Medicamentos do SUS não dispensados na UBS — Componente Especializado

Estes medicamentos **existem no SUS e não são dispensados na Unidade Básica de Saúde**. O acesso se dá pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, mediante processo administrativo com Laudo para Solicitação de Medicamentos, na farmácia especializada de referência. Identificar a elegibilidade e iniciar o processo é atribuição da equipe da APS. O fluxo operacional está no **PRT-REG-01**.

Medicamento	Critérios de elegibilidade	Protocolo de referência
Dapagliflozina 10 mg — via PCDT do DM2	Necessidade de segunda intensificação de tratamento e um dos seguintes: (a) idade ≥ 40 anos com doença cardiovascular estabelecida — infarto prévio, revascularização, angioplastia coronariana, angina estável ou instável, AVC isquêmico, ataque isquêmico transitório, ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção $< 40\%$; ou (b) homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 60 anos com hipertensão, dislipidemia ou tabagismo. Não indicada com TFG < 25 mL/min/1,73 m ² .	PCDT Diabetes Mellito tipo 2 — Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21/02/2026

(Assinatura)

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 13 de 26

Medicamento	Critérios de elegibilidade	Protocolo de referência
Dapagliflozina 10 mg — via PCDT da DRC	TFG entre 25 e 75 mL/min/1,73 m ² em pessoa com diabetes tipo 2 já em terapia padrão com IECA ou BRA.	PCDT Estratégias para Atenuar a Progressão da DRC — Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 11, de 16/09/2024
Insulina análoga de ação prolongada (glargina, degludeca)	Populações priorizadas: maior risco de hipoglicemia noturna e grave; IMC < 30 kg/m ² ; idosos; grande variabilidade glicêmica; redução das funções renal e hepática; gestantes com DM2; dificuldade para múltiplas doses diárias.	PCDT DM2 2026; incorporação pela Portaria SECTICS/MS nº 59, de 28/11/2024
Insulina análoga de ação rápida	Populações priorizadas: hipoglicemias graves ou assintomáticas; idosos; IMC < 30 kg/m ² ; redução das funções renal e hepática; controle pós-prandial inadequado; grande variabilidade glicêmica; gestantes com DM2.	PCDT DM2 2026; incorporação pela Portaria SECTICS/MS nº 58, de 28/11/2024
IECA, BRA e espironolactona	IECA ou BRA: pessoa com diabetes e DRC estágios 1 a 5 com RAC ≥ 30 mg/g. Espironolactona: DRC estágios 1 a 4 com RAC > 300 mg/g, ou hipertrofia ventricular esquerda ou insuficiência cardíaca. *(Captopril, enalapril, losartana e espironolactona também constam do Componente Básico.)*	PCDT Estratégias para Atenuar a Progressão da DRC, 2024

Enquadramento da dapagliflozina (D2). A faixa de função renal difere entre os dois protocolos federais. Regra operacional: pessoa com DM2 e TFG ≥ 75 sem DRC estabelecida entra pelo PCDT do DM2; TFG entre 25 e 75 pode entrar por qualquer um dos dois, optando-se pelo que a farmácia especializada de referência operar com menor atrito. **Confirmar o entendimento com a Assistência Farmacêutica municipal.**

Insulinas análogas (D16). Há transição em curso no fluxo de dispensação entre o Componente Especializado e o Componente Básico, com disponibilização gradual. Confirmar o fluxo local vigente antes de orientar a pessoa, para não gerar expectativa de acesso que a rede ainda não opera.

10.5 Proteção renal e cardiovascular

A prevenção da progressão da doença renal é ação da Atenção Primária, não da Nefrologia. O PCDT federal da DRC enfatiza expressamente o rastreamento e o diagnóstico precoce na APS, especialmente em pessoas com hipertensão e diabetes.

Rastreamento renal

Exame	Quando iniciar	Periodicidade	Confirmação
Creatinina com TFGe pela CKD-EPI 2021, sem raça	Ao diagnóstico do DM2	Anual, no mínimo. De 2 a 4 vezes ao ano conforme a faixa de risco da matriz KDIGO	Declínio rápido exige reavaliação em 3 meses
Relação albumina/creatinina em amostra isolada	Ao diagnóstico do DM2	Anual, no mínimo. De 2 a 4 vezes ao ano conforme a faixa de risco	2 amostras alteradas entre 3, colhidas em até 6 meses
Exame comum de urina	Na avaliação inicial	Conforme indicação clínica	Sedimento alterado sugere nefropatia não diabética — investigar

[Assinatura]

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 14 de 26

Exame	Quando iniciar	Periodicidade	Confirmação
Potássio sérico	Antes e após início ou ajuste de IECA, BRA ou espironolactona	Reavaliar em 1 a 2 semanas após cada ajuste	Hiperpotassemia recorrente é critério de encaminhamento

Conduas de nefroproteção

- **IECA ou BRA** para toda pessoa com diabetes e RAC ≥ 30 mg/g, titulando até a dose máxima tolerada — critério expresso do PCDT da DRC. Monitorar creatinina e potássio após início e após cada ajuste.
- **Controle pressórico** conforme o item 8.2, com técnica de aferição padronizada.
- **Dapagliflozina** quando houver elegibilidade por um dos dois PCDT — abrir processo no Componente Especializado (item 10.4). É o único iSGLT2 disponível no SUS.
- **Estatina** para pessoas com 50 anos ou mais e TFG < 60 , e para pessoas de 18 a 49 anos com diabetes, conforme a KDIGO 2024. Na farmácia básica, a opção é a sinvastatina.

Prescrição segura na doença renal crônica

Situação	Conduta
Anti-inflamatórios não esteroidais	Evitar com TFG < 60 ou albuminúria persistente. Oferecer alternativa analgésica segura e registrar a orientação, inclusive quanto à automedicação.
Metformina	Não iniciar com TFG entre 30 e 45; reduzir dose se já em uso. Contraindicada com TFG < 30 .
Sulfonilureias	Reduzir dose. Preferir gliclazida. Evitar glibenclamida na DRC e acima de 65 anos.
Antimicrobianos e demais fármacos de eliminação renal	Ajustar dose pela TFG. Conferir a cada prescrição.
Contraste iodado	Suspender metformina antes do exame e reavaliar a função renal antes de reintroduzir. Hidratar conforme o protocolo do serviço de imagem.
Doença aguda, vômitos, diarreia, jejum prolongado	Regra dos dias de doença: suspender temporariamente metformina, IECA ou BRA, diurético e iSGLT2. Orientar por escrito e reavaliar precocemente.

11. Jornada mínima esperada

Define o mínimo que toda pessoa com DM2 acompanhada nesta rede deve receber em 12 meses. Cumpre duas funções simultâneas: garantir o cuidado clinicamente necessário e produzir o registro que sustenta o indicador C4. A operacionalização — agenda, checklist e ficha — está no PRT-GES-01.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 15 de 26

Ponto de atenção	Quem executa	Quando	Entregável verificável
Identificação e vinculação	ACS, recepção, enfermagem	Na captação	Cadastro individual com a condição registrada e equipe de referência definida
Consulta de ingresso	Médico e enfermeiro	Em até 30 dias do diagnóstico	Tipo de diabetes, CID ou CIAP, metas individualizadas e plano terapêutico registrados
Exames de estratificação inicial — HbA1c, creatinina com TFG, RAC, perfil lipídico, AST, ALT e plaquetas	Médico solicita; laboratório executa	Em até 30 dias do ingresso	Resultados vinculados ao pedido, com data e valores no prontuário
Exame dos pés completo — inspeção, monofilamento de 10 g, pulsos, classificação IWGDF	Médico ou enfermeiro	No ingresso e ao menos anualmente	Categoria de risco podal registrada e periodicidade definida
Rastreio ocular	Médico solicita; oftalmologia ou teleoftalmologia executa	Imediatamente após o diagnóstico; depois anual	Laudo com grau de retinopatia e intervalo de reavaliação
Consulta de seguimento	Médico ou enfermeiro	A cada 4 a 12 semanas se fora da meta; ao menos semestral se estável	Consulta registrada nos últimos 6 meses (20 pontos no C4)
Aferição de pressão arterial	Enfermagem ou técnico	Toda consulta; ao menos a cada 6 meses	PA registrada nos últimos 6 meses (15 pontos no C4)
Antropometria — peso e altura	Enfermagem ou técnico	Toda consulta; ao menos anual	Peso e altura registrados simultaneamente (15 pontos no C4)
Visita domiciliar	ACS ou técnico de ACS	Duas em 12 meses, com intervalo ≥ 30 dias	Duas visitas registradas (20 pontos no C4)
Hemoglobina glicada	Médico solicita; equipe avalia	Semestral; trimestral se fora da meta	HbA1c solicitada e avaliada nos últimos 12 meses (15 pontos no C4)
Avaliação dos pés registrada	Médico ou enfermeiro	Ao menos anual	Avaliação registrada (15 pontos no C4)
Reavaliação renal	Médico	Anual; 2 a 4 vezes ao ano conforme faixa KDIGO	TFG e RAC do último ano, com faixa de risco definida
Educação em saúde estruturada	Equipe multiprofissional	Toda consulta; ciclo de grupo ao menos anual	Checklist educacional preenchido e plano escrito de hipoglicemia entregue
Revisão de imunização	Enfermagem	Anual	Situação vacinal atualizada
Revisão de prescrição e insumos	Médico e farmácia	Toda consulta	Prescrição por nome genérico, com dose, via e horário; insumos registrados

Como a jornada se converte em resultado

As seis linhas assinaladas somam **100 pontos** no indicador C4. Historicamente, as duas práticas que mais derrubam a pontuação são o **exame dos pés** e as **visitas domiciliares** — ambas de execução simples, sem dependência de laboratório ou insumo caro, e de alto impacto na prevenção de amputação.

(Handwritten signature and initials)

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 16 de 26

12. Seguimento programado

Item	Periodicidade mínima	Observações
Consulta clínica	Semestral; trimestral se fora da meta ou após ajuste relevante	Compõe o C4 — 20 pontos
Hemoglobina glicada	Semestral; trimestral se fora da meta	Solicitar e avaliar. Compõe o C4 — 15 pontos
Pressão arterial	Toda consulta	Técnica padronizada. Compõe o C4 — 15 pontos
Peso, altura, IMC e circunferência abdominal	Toda consulta; mínimo anual para peso e altura	Compõe o C4 — 15 pontos
Visita domiciliar	Duas em 12 meses, intervalo ≥ 30 dias	Compõe o C4 — 20 pontos
Exame dos pés	Anual, ou conforme categoria IWGDF	Compõe o C4 — 15 pontos
TFGe e relação albumina/creatinina	Anual; 2 a 4 vezes ao ano conforme faixa de risco	Confirmar alteração com 2 de 3 amostras em até 6 meses
Perfil lipídico	Anual	Estatina conforme categoria de risco
FIB-4	Anual	Rastreio de esteatose hepática — recomendação de fonte internacional, ver D8
Rastreio de retinopatia	Ao diagnóstico e depois anual; menor intervalo conforme o estágio	PCDT Retinopatia Diabética, Portaria Conjunta nº 17, de 01/10/2021
Potássio e creatinina após IECA, BRA ou espironolactona	1 a 2 semanas após início e após cada ajuste	Suspender e reavaliar se houver hiperpotassemia
Revisão de imunização	Anual	Influenza, pneumocócica, hepatites, dupla adulto
Rastreio psicossocial	Anual e sempre que houver piora inexplicada	O PCDT DM2 2026 determina que a avaliação psicossocial integre a rotina
Avaliação odontológica	Anual	Doença periodontal piora o controle glicêmico

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto			Página 17 de 26

13. Critérios de referência e contrarreferência

Os critérios abaixo são clínicos e pertencem a este documento matricial. O processo operacional — fluxo, prazos de regulação, devolutiva e monitoramento de fila — está no **PRT-REG-01**. Encaminhamento sem critério objetivo registrado é devolvido pela regulação.

13.1 Nefrologia

Critério	Prioridade
TFGe < 30 mL/min/1,73 m ² de forma consistente (G4 e G5)	Prioritária — até 30 dias
RAC > 300 mg/g persistente (A3), em qualquer categoria de G1 a G4	Prioritária — até 30 dias
TFGe < 45 mL/min/1,73 m ² (G3b) associada a albuminúria	Prioritária — até 30 dias
Declínio rápido: queda acima de 20% em exame subsequente, ou acima de 30% após início de IECA, BRA ou iSGLT2, ou perda superior a 4 a 5 mL/min/1,73 m ² ao ano	Prioritária — até 30 dias
Duplicação da RAC em exame subsequente	Prioritária
Hiperpotassemia recorrente ou refratária ao manejo na APS	Prioritária — até 30 dias
Suspeita de nefropatia não diabética: hematuria glomerular, sedimento alterado, cilindros, macroalbuminúria sem retinopatia, proteinúria nefrótica acima de 3,5 g/dia, piora abrupta sem causa aparente	Prioritária — até 30 dias
TFGe entre 45 e 59 (G3a) com RAC entre 30 e 300 (A2), estável e sem sinais de alerta	Programada — manejo compartilhado, com seguimento principal na APS
Potássio ≥ 6,0 mEq/L, ou alteração eletrocardiográfica associada	Emergência — remoção imediata

13.2 Oftalmologia

Critério	Prioridade	Contrarreferência esperada
Rastreio imediatamente após o diagnóstico do DM2	Programada	Laudo com grau de retinopatia e periodicidade de reavaliação
Qualquer retinopatia identificada no rastreio	Prioritária — até 30 dias	Grau, conduta e intervalo de seguimento
Queixa visual de instalação súbita ou suspeita de edema macular	Prioritária — até 30 dias	Diagnóstico, tratamento realizado e plano
Gestante com diabetes	Prioritária — avaliação trimestral	Plano de seguimento durante a gestação
Perda visual abrupta, dor ocular intensa, suspeita de descolamento de retina	Emergência	Sumário de atendimento e retorno programado

Periodicidades conforme o PCDT de Retinopatia Diabética, Portaria Conjunta nº 17, de 01/10/2021. A teleoftalmologia com retinografia e laudo à distância é reconhecida conceitualmente pelo PCDT como via de ampliação de acesso; não há norma federal específica que a regule como procedimento de rastreamento, de modo que sua adoção depende de pactuação local.

13.3 Endocrinologia e Cardiologia

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto			Página 18 de 26

Critério	Prioridade
HbA1c acima de 9% após 3 meses ou mais de tratamento otimizado, com adesão verificada	Prioritária — até 30 dias
HbA1c $\geq$ 10% a qualquer tempo	Prioritária — até 30 dias
Hipoglicemias recorrentes (2 ou mais por mês) ou qualquer hipoglicemia grave	Prioritária — até 30 dias
Suspeita de DM1 ou LADA	Prioritária — até 30 dias; aplicar a LC-DM1-01
Dúvida diagnóstica, especialmente em adolescentes — critério expresso do PCDT DM2 2026	Prioritária
Uso de insulina em dose superior a 1 UI/kg/dia sem controle	Prioritária
Necessidade de esquema insulínico complexo ou de tecnologia indisponível na APS	Prioritária
Planejamento de gestação ou gestação em pessoa com diabetes pré-gestacional	Prioritária — referenciar também ao pré-natal de alto risco
Doença cardiovascular estabelecida ou insuficiência cardíaca, para otimização terapêutica	Prioritária
Dor torácica, dispneia aguda, sinais de AVC, insuficiência cardíaca descompensada	Emergência — remoção imediata

13.4 Pé diabético

Critério	Prioridade
Infecção grave, sepse, necrose extensa, isquemia crítica com dor em repouso	Emergência — remoção imediata
Úlcera ativa sem sinais sistêmicos; suspeita de osteomielite; infecção moderada	Urgente — até 7 dias
Isquemia sem sinais sistêmicos: pulsos ausentes, índice tornozelo-braquial $< 0,9$ ou $> 1,3$, índice hálux-braquial $< 0,70$	Urgente — até 7 dias
Suspeita de neuroartropatia de Charcot — pé quente, edemaciado, eritematoso, sem porta de entrada	Urgente — até 7 dias, com descarga imediata do membro
Risco podal categoria 3 do IWGDF	Prioritária — até 30 dias
Risco podal categoria 2, ou deformidade que exija órtese ou calçado especial	Programada

13.5 Urgência e emergência — remoção imediata

- Hipoglicemia grave — necessidade de auxílio de terceiros ou rebaixamento do nível de consciência.
- Cetoacidose diabética ou estado hiperglicêmico hiperosmolar: alteração do nível de consciência, vômitos persistentes, desidratação importante, respiração de Kussmaul, cetonas positivas com hiperglicemia.
- Sepse, ou febre com foco em pé diabético.
- Dor torácica, dispneia aguda, sinais de acidente vascular cerebral.
- Potássio $\geq 6,0$ mEq/L ou com alteração eletrocardiográfica.
- Desidratação grave.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 19 de 26

13.6 Contrarreferência — conteúdo obrigatório

9. Diagnóstico final e problema principal atual.
10. Achados relevantes do exame clínico e dos exames complementares.
11. Procedimentos e condutas realizados no serviço especializado.
12. Prescrição completa, por nome genérico, com dose, via e horários, e as precauções relevantes.
13. Exames pendentes ou de seguimento, com prazos definidos.
14. Metas clínicas pactuadas — HbA1c, pressão arterial e LDL.
15. Divisão explícita de tarefas entre a APS e o serviço especializado.
16. Sinais de alerta e orientação sobre quando procurar a urgência.
17. Próximo retorno: data, local e finalidade.

Ao receber a pessoa de volta, a equipe da APS deve, na mesma semana: registrar o conteúdo da contrarreferência, atualizar o plano e as metas, conferir a disponibilidade dos medicamentos prescritos no elenco acessível, e agendar o retorno programado. Após alta hospitalar ou de urgência, o primeiro contato ocorre em até 7 dias.



Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 20 de 26

14. Organização por nível de atenção

Nível	Competência nesta Linha de Cuidado
Atenção Primária	Rastrear, diagnosticar, classificar, estratificar, tratar com o elenco disponível, insulinar e titular, acompanhar a jornada mínima, educar, dispensar o Componente Básico, instruir o processo do Componente Especializado, encaminhar com critério e coordenar o caso permanentemente.
Atenção Ambulatorial Especializada	Casos complexos e refratários conforme o capítulo 13; confirmação diagnóstica em dúvida; otimização com recursos indisponíveis na APS; acompanhamento dos casos do Componente Especializado; contrarreferência obrigatória.
Urgência, emergência e hospital	Descompensações agudas; pé diabético grave; hiperglicemia do paciente internado e perioperatória; alta com sumário e comunicação à equipe de APS de referência.
Reabilitação e retorno à APS	Após alta ou estabilização, retorno para continuidade longitudinal. Havendo sequela — amputação, perda visual, doença renal avançada, evento cardiovascular —, incorporar reabilitação e reavaliar a periodicidade do seguimento.
Assistência Farmacêutica	Disponibilidade do elenco; operação do Componente Especializado; orientação da equipe sobre o fluxo vigente de cada item; comunicação tempestiva de alteração que afete conduta protocolada.
Apoio diagnóstico	Exames da jornada mínima; padronização dos laudos conforme o item 8.3; viabilização do TOTG com coletas em 1 e 2 horas.

Encaminhamento não transfere a responsabilidade pelo caso — compartilha. A pessoa encaminhada continua vinculada à sua equipe de APS, que deve saber em que ponto do percurso ela está. Caso encaminhado e perdido de vista é falha de coordenação, não do usuário.

15. Registro e indicadores

15.1 Registro obrigatório no e-SUS APS

Campo	O que registrar	Periodicidade
Identificação da condição	Diabetes mellitus, com CID-10 (E11 para tipo 2) e/ou CIAP-2 (T89 ou T90)	Toda consulta
Consulta	Atendimento presencial ou remoto por médico ou enfermeiro	Ao menos semestral
Pressão arterial	Valor em mmHg, com técnica padronizada; braço e manguito quando possível	Toda consulta
Antropometria	Peso em kg e altura em cm registrados simultaneamente; IMC; circunferência abdominal	Toda consulta; mínimo anual
Visita domiciliar	Duas em 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias	Conforme risco
Hemoglobina glicada	Solicitação e, sobretudo, o resultado com data — o registro da avaliação é o que garante a pontuação	Semestral
Avaliação dos pés	Inspeção, monofilamento de 10 g, pulsos, categoria IWGDF	Anual, no mínimo
Resultados de exames	TFGe, RAC, perfil lipídico, AST, ALT, plaquetas, potássio — valores, data e laboratório, vinculados ao pedido	Conforme capítulo 12
Avaliação ocular	Retinografia ou fundo de olho, data, grau de retinopatia e conduta	Conforme capítulo 12
Medicamentos em uso	Nome genérico, dose, via, frequência, data de início e de alteração	Toda consulta

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 21 de 26

Campo	O que registrar	Periodicidade
Insulina	Tipo, dose em UI, horário, técnica e plano de titulação	Toda consulta
Insumos dispensados	Tiras, lancetas, seringas ou agulhas, insulina, glicosímetro	Quando houver
Processos no Componente Especializado	Abertura, número, status e data de dispensação	Quando houver
Educação e autocuidado	Tópicos abordados, material entregue, plano escrito de hipoglicemia	Toda consulta
Metas clínicas	HbA1c alvo, pressão arterial alvo, LDL alvo	Definir e atualizar
Plano terapêutico e ajustes	Início, ajuste ou suspensão de fármacos, com justificativa	Toda consulta
Encaminhamentos	Serviço, critério objetivo, prioridade e prazo sugerido	Quando houver
Contrarreferência	Documento recebido, resumo da conduta e tarefas atribuídas à APS	Ao retorno
Próximo retorno	Data, modalidade e finalidade	Toda consulta
Vacinação e estilo de vida	Situação vacinal; tabagismo com intervenção breve; álcool; atividade física	Toda consulta / revisão anual

15.2 Indicador federal C4

Boa prática	Janela	Pontos
(A) Consulta presencial ou remota com médico ou enfermeiro	Últimos 6 meses	20
(B) Aferição de pressão arterial	Últimos 6 meses	15
(C) Peso e altura registrados simultaneamente	Últimos 12 meses	15
(D) Duas visitas domiciliares por ACS ou técnico, intervalo ≥ 30 dias	Últimos 12 meses	20
(E) Hemoglobina glicada solicitada e avaliada	Últimos 12 meses	15
(F) Avaliação dos pés	Últimos 12 meses	15
Total por pessoa		100

Classificação da equipe: Ótimo acima de 75 e até 100; Bom acima de 50 e até 75; Suficiente acima de 25 e até 50; Regular igual ou inferior a 25. Fonte: Portaria GM/MS nº 3.493, de 10/04/2024, e nota metodológica do indicador C4. O Previne Brasil foi revogado. O detalhamento de apuração está no PRT-GES-01.

16. Educação em saúde e autocuidado

16.1 Conteúdo mínimo em toda consulta

- Explicar, em linguagem simples, o que é o diabetes e qual é o plano de cuidado atual.
- Plano alimentar: porções, horários, qualidade dos alimentos, redução de bebidas açucaradas e ultraprocessados.
- Atividade física: pelo menos 150 minutos por semana, com progressão e sinais de alerta para interromper.
- Uso correto das medicações: nome genérico, dose, horário, e o que fazer se esquecer uma dose.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 22 de 26

- **Plano escrito para hipoglicemia** — regra 15–15 — e critérios claros para procurar a urgência.
- Cuidados com os pés: inspeção diária, higiene e hidratação, corte das unhas, calçado adequado, quando buscar atendimento.
- **Regra dos dias de doença:** quais medicamentos suspender temporariamente em vômitos, diarreia, febre ou jejum.
- Saúde mental e sono: estresse, ansiedade, sintomas depressivos e sofrimento relacionado ao diabetes.
- Cessação do tabagismo: intervenção breve e oferta de tratamento.
- Metas pactuadas e data do próximo retorno; material educativo entregue e registrado.

16.2 Rotina domiciliar — folha para a pessoa

- Inspeccionar os pés todos os dias, inclusive a sola, entre os dedos e o calcanhar. Secar bem e hidratar, sem passar creme entre os dedos.
- Usar calçado fechado e confortável, com meias sem costura. Nunca andar descalço.
- Tomar as medicações nos horários corretos. Não partir nem triturar comprimidos sem orientação.
- Fazer a atividade física combinada e manter a alimentação planejada.
- Se indicado, medir a glicose nos horários combinados e anotar os valores para levar à consulta.
- **Hipoglicemia** — tremor, suor frio, tontura, fome súbita, visão turva: seguir o plano 15–15. Se houver perda de consciência, acionar a urgência.
- **Sinais de alerta nos pés** — ferida, vermelhidão, inchaço, dor, calor local, secreção ou mudança de cor: procurar a Unidade Básica de Saúde no mesmo dia.

16.3 Programa estruturado de educa o

Módulo	Tema	Dura�o	Responsável
1	Compreendendo o diabetes: a doença, os riscos e o plano de cuidado	40–60 min	Enfermagem e médico
2	Alimenta�o na prática: montar pratos, ler rótulos, fracionar refei�es	40–60 min	Nutri�o e enfermagem
3	Atividade física segura: prescri�o, metas semanais, preven�o de lesões	30–45 min	Educa�o física e enfermagem
4	Medica�es e monitoriza�o: como tomar, efeitos, sinais de alerta	40–60 min	Enfermagem e médico
5	Cuidado com os p�s: rotina diária, calçado, quando procurar ajuda	30–45 min	Enfermagem
6	S�de mental e hábitos: estresse, sono e apoio familiar	30–45 min	Psicologia e enfermagem

Frequência sugerida: encontros semanais ou quinzenais por 6 a 8 semanas, com reforços trimestrais.

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finaliza�o: 07/08/2026 Atualiza�o: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 23 de 26

17. Divergências e pendências

Registro das divergências entre fontes que afetam este documento. A numeração é a do Capítulo 11 do Manual, que consolida as deliberações de toda a Linha de Cuidado.

#	Tema	Divergência	Adotado	Situação
D1	TOTG de 1 hora	PCDT DM2 2026 e SBD adotam o ponto de 1 hora; ADA 2026 não adotou.	Critério do PCDT, por regra de desempate.	Deliberado
D2	TOTG de dois tempos e faixa de TFG para dapagliflozina	O laboratório precisa reportar 1 e 2 horas. O PCDT do DM2 e o da DRC divergem na faixa de TFG.	Regra operacional do item 10.4, a confirmar com o SADT e a Assistência Farmacêutica.	Pendência operacional
D3	Equação KFRE na Nefrologia	KDIGO 2024 recomenda; PCDT da DRC e SBD não adotam.	Não adotar. Critérios clínicos e laboratoriais diretos do capítulo 13.	Deliberado
D4	Versão da CKD-EPI	SBN e SBPC-ML admitem três equações sem raça; o PCDT não especifica versão. O relato automático não é recomendação formal.	CKD-EPI 2021 sem raça. Relato automático como pactuação local declarada.	Deliberado
D5	Meta de pressão arterial	ADA 2026 e KDIGO 2024 recomendam PAS < 120 no alto risco; sem norma brasileira equivalente.	< 130 x 80 como meta única da rede.	Deliberado
D6	Rastreamento de retinopatia	Dúvida entre anual e bienal.	PCDT Retinopatia Diabética, Portaria Conjunta nº 17/2021: ao diagnóstico no DM2, depois anual; trimestral na gestante.	Resolvido por hierarquia
D7	Metas de LDL	O PCDT federal de Dislipidemia é silente quanto a metas; SBC 2025 e SBD 2025 usam arquiteturas diferentes.	Silêncio não é conflito. Base normativa da prescrição: PCDT. Meta de monitoramento: estratificação SBD 2025.	Deliberado
D8	FIB-4	Recomendação da ADA 2026 sem equivalente brasileiro.	Avaliação anual, sinalizada como fonte internacional; usa exames de rotina.	Deliberado
D9	Diretrizes em atualização	KDIGO 2026 e capítulos SBD 2026 não publicados.	Nenhum conteúdo de rascunho incorporado como recomendação.	Em monitoramento
D16	Fluxo das insulinas análogas	Transição em curso entre Componente Especializado e Básico.	Descrever o fluxo local vigente, confirmado com a Assistência Farmacêutica.	Pendência operacional

Declaração de verificação

Nenhuma afirmação deste documento foi derivada de rascunho de diretriz não publicada. Itens marcados [pendente de validação] exigem conferência antes de gerar conduta obrigatória. Neste documento não restam itens nessa condição.

18. Referências

18.1 Normas federais

- BRASIL. Ministério da Saúde. **PCDT Diabetes Mellito tipo 2**. Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21 de fevereiro de 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PCDT Estratégias para Atenuar a Progressão da Doença Renal Crônica**. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 11, de 16 de setembro de 2024.

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 24 de 26

- BRASIL. Ministério da Saúde. **PCDT Retinopatia Diabética**. Portaria Conjunta nº 17, de 1º de outubro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PCDT Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite**. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 8, de 30 de julho de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **RENAME 2024**, 2ª edição. Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024** — cofinanciamento federal da APS; revoga as Portarias GM/MS nº 2.979 e 2.983, de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de outubro de 2007** — medicamentos e insumos para o diabetes no SUS.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. **Portarias SECTICS/MS nº 58 e nº 59, de 28 de novembro de 2024; Portaria SECTICS/MS nº 9, de 4 de abril de 2023.**
- BRASIL. **Lei nº 15.439, de 26 de junho de 2026** — direitos das pessoas com diabetes mellitus tipo 1.

18.2 Diretrizes e consensos

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes — Ed. 2025**. Capítulos citados com suas datas próprias.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose — 2025**.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SBPC/ML. **Posicionamento consensual sobre a estimativa da taxa de filtração glomerular**. J Bras Nefrol, abril de 2024.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Care in Diabetes — 2026**. Diabetes Care, v. 49, Supl. 1.
- KDIGO. **KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease**.
- KDIGO. **KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease**.
- INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **IWGDF Guidelines 2023**.

19. Anexos técnicos

Anexo A — Checklist da primeira consulta

- ☐ Ausência de sinais de gravidade. Se presentes, regular imediatamente para a urgência.
- ☐ Diagnóstico confirmado (duas amostras quando assintomático) e tipo definido quando possível.
- ☐ Meta individualizada de HbA1c registrada.
- ☐ Pressão arterial com técnica padronizada; peso e altura simultâneos; IMC e circunferência abdominal.
- ☐ Exame completo dos pés com monofilamento de 10 g e pulsos; categoria IWGDF registrada.
- ☐ Exames iniciais solicitados: HbA1c, glicemia de jejum, creatinina com TFGe, RAC, perfil lipídico, AST, ALT e plaquetas.
- ☐ Rastreio ocular solicitado — **imediatamente após o diagnóstico**.

Assinatura

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto

Emissão: agosto de 2026
Revisão e Finalização: 07/08/2026
Atualização: Anual

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 25 de 26

- ☐ Metformina iniciada, salvo contraindicação.
- ☐ Elegibilidade ao Componente Especializado verificada; processo iniciado se aplicável.
- ☐ Plano escrito de hipoglicemia e orientação de cuidados com os pés entregues.
- ☐ Situação vacinal revisada.
- ☐ Retorno agendado: 4 a 12 semanas se fora da meta; semestral se estável.
- ☐ Tudo registrado no e-SUS APS.

Anexo B — Checklist da consulta de seguimento

- ☐ Intercorrências, hipoglicemias, internações, idas à urgência e mudanças de medicação.
- ☐ Adesão avaliada e barreiras identificadas — acesso, custo, efeitos adversos, compreensão.
- ☐ Pressão arterial; peso, IMC e circunferência abdominal.
- ☐ Exame dos pés conforme a periodicidade da categoria IWGDF.
- ☐ Técnica de automonitorização e de aplicação de insulina revista, quando aplicável.
- ☐ HbA1c revisada; TFG e RAC revisados; posição na matriz KDIGO atualizada.
- ☐ Perfil lipídico e FIB-4 revistos conforme periodicidade.
- ☐ Prescrição revisada quanto a função renal, risco de hipoglicemia e uso de anti-inflamatórios.
- ☐ Situação do rastreio ocular verificada.
- ☐ Educação reforçada; metas e plano atualizados.
- ☐ Retorno agendado; prescrições e insumos renovados; exames solicitados com data prevista.

Anexo C — Checklist do início de insulina

- ☐ Indicação presente e registrada; glicemias atuais e risco de hipoglicemia avaliados.
- ☐ Sulfonilureia reduzida ou suspensa; metformina mantida quando possível.
- ☐ Capacidade de autoaplicação, suporte familiar e condições de conservação verificados.
- ☐ Dose inicial de 0,1 a 0,2 UI/kg ao deitar, ou 10 UI quando o cálculo não for viável.
- ☐ Alvo de glicemia de jejum definido e individualizado.
- ☐ Técnica de preparo, aplicação, rodízio, conservação e descarte demonstrados.
- ☐ Plano escrito de hipoglicemia (regra 15–15) e regra dos dias de doença entregues.
- ☐ Insumos fornecidos e quantidades registradas.
- ☐ Reavaliação agendada em 2 a 4 semanas.

[Assinatura]

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0009	Emissão: 07/08/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto		Página 26 de 26

Elaboração e ciência:

Elaborado por:	Função	Assinatura
Jaqueline G. Silva	Coordenadora de Enfermagem APS	Jaqueline Gomes da Silva Coord. de Enfermagem COREN-SP 403936
Antônio Victor S. Pepe	Coordenador Médico APS	Dr. Antonio Victor Silva Pepe Coordenador Médico da APS CRM-SP 167714

Aprovado:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário de Saúde	Daniel Freitas Secretário Municipal de Saúde Cajamar SP

Procedimento Operacional Padrão - Linha de Cuidado em Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto	Emissão: agosto de 2026 Revisão e Finalização: 07/08/2026 Atualização: Anual
--	--