

Fluxo do Manejo de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Rede de Atenção à Saúde

Management Flow of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Healthcare Network

Flujo de Manejo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Red de Atención Médica

RESUMO

Objetivo: Descrever a organização do cuidado ao Diabetes Mellitus tipo 2 na Rede de Atenção à Saúde em Manaus, com ênfase na integração entre os níveis primário, secundário e terciário. **Método:** Acadêmicos do curso de Medicina realizaram visitas observacionais entre março e julho de 2025 a unidades básicas de saúde, ambulatorios especializados e órgãos de gestão municipal e estadual, utilizando roteiro estruturado. **Resultado:** Foram identificadas ações articuladas entre os três níveis de atenção, com destaque para o papel da atenção primária no diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento. Observou-se integração funcional com serviços especializados e setores intersetoriais, como o Conselho de Segurança Alimentar. **Conclusão:** A experiência evidenciou um fluxo organizado de cuidado ao Diabetes Mellitus tipo 2, com interconexão entre os níveis assistenciais e valorização da atenção primária como coordenadora do cuidado, fortalecendo práticas contínuas de acompanhamento e promoção da saúde.

DESCRIPTORES: Serviços de Saúde; Atenção à Saúde; Diabetes Mellitus Tipo 2; Gerenciamento clínico; Administração dos cuidados ao paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the organization of care for type 2 Diabetes Mellitus within the Health Care Network in Manaus, with emphasis on the integration among primary, secondary, and tertiary levels. **Method:** Medical students conducted observational visits between March and July 2025 to basic health units, specialized outpatient clinics, and municipal and state management bodies, using a structured guide. **Result:** Articulated actions were identified across the three levels of care, highlighting the role of primary care in diagnosis, follow-up, and referral. Functional integration with specialized services and intersectoral bodies, such as the Food Security Council, was observed. **Conclusion:** The experience revealed an organized flow of care for type 2 Diabetes Mellitus, with interconnection between the levels of care and a strengthened role of primary care as the coordinator of services, promoting continuous monitoring and health promotion practices.

DESCRIPTORS: Health Services; Health Care; Type 2 Diabetes Mellitus; Clinical Management; Patient Care Administration.

RESUMEN

Objetivo: Describir la organización de la atención al Diabetes Mellitus tipo 2 en la Red de Atención a la Salud en Manaus, con énfasis en la integración entre los niveles primario, secundario y terciario. **Método:** Estudiantes de Medicina realizaron visitas observacionales entre marzo y julio de 2025 a unidades básicas de salud, ambulatorios especializados y órganos de gestión municipal y estado, utilizando una guía estructurada. **Resultado:** Se identificaron acciones articuladas entre los tres niveles de atención, destacando el papel de la atención primaria en el diagnóstico, seguimiento y derivación. Se observó una integración funcional con servicios especializados y sectores intersectoriales, como el Consejo de Seguridad Alimentaria. **Conclusión:** La experiencia reveló un flujo organizado de atención al Diabetes Mellitus tipo 2, con interconexión entre los niveles asistenciales y valorización de la atención primaria como coordinadora del cuidado, fortaleciendo el seguimiento continuo y las prácticas de promoción de la salud.

DESCRIPTORES: Servicios de Salud; Atención Médica; Diabetes Mellitus Tipo 2; Gestión Clínica; Administración de la Atención al Paciente.

RECEBIDO EM: 17/10/2025 APROVADO EM: 05/11/2025

Como citar este artigo: Silva ARC, Nogueira AF, Pires AN, Costa GM, Passos VCR, Pereira RCM, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM. Fluxo do Manejo de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Rede de Atenção à Saúde. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(104):19126-19143. Disponível em: DOI: 10.36489/saude-coletiva.2026v17i104p19126-19143

ID Adriano Rafael Candido Silva
Graduando em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7204-789X>

ID André Ferreira Nogueira
Graduando em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5887-5765>

ID Ashley Nadyne Neves Pires
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4377-4897>

ID Gabrielle Maranhão da Costa
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5913-9946>

ID Vitória Calina Ribeiro Passos
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5184-7408>

ID Rian Carlos de Moraes Pereira
Graduando em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0111-1368>

ID Julia Evan Mendes Perez
Graduanda em Medicina, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7064-1272>

ID Luiz Henrique Gonçalves Maciel
Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas, Universidade Federal do Amazonas. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-8255>

ID Fabiana Mânica Martins
Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4440-2680>

ID Jucyette da Silva Gomes Evaristo
Mestra em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6935-9652>

ID Celsa da Silva Moura Souza
Doutora em Saúde Baseada em Evidência, Universidade Federal de São Paulo. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Amazonas
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1669-1462>

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) é uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando um grande desafio para os sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de adultos com diabetes quadruplicou nos últimos 30 anos, atingindo proporções epidêmicas. No Brasil,

estima-se que cerca de 16 milhões de pessoas convivam com a doença, com tendência de crescimento associada ao sedentarismo, obesidade e envelhecimento populacional¹. Considerando sua elevada prevalência, caráter progressivo e alto custo social e econômico, o DM2 exige um modelo de cuidado que vá além da abordagem centrada em episódios agudos e hospitalares. É necessário um acompanhamento contínuo, com foco na promoção da saúde, prevenção de complicações, adesão ao tratamento

e apoio ao autocuidado.

A incorporação de práticas educativas e de autocuidado na Atenção Primária à Saúde tem se mostrado essencial no manejo do DM2. Conforme destaca Oliveira², a integração entre alimentação saudável, atividade física, ações educativas e apoio multiprofissional fortalece o cuidado centrado no paciente e contribui para a melhoria da adesão terapêutica, refletindo a importância do trabalho em equipe e da comunicação efetiva no cotidiano da atenção

Relato de Experiência

Silva ARC, Nogueira AF, Pires AN, Costa GM, Passos VCR, Pereira RCM, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM
Fluxo do Manejo de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Rede de Atenção à Saúde

básica. Nesse cenário, os sistemas públicos de saúde têm buscado implementar redes assistenciais capazes de oferecer cuidado integral, com foco na coordenação da atenção e na resolutividade da Atenção Primária. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 (art. 198) e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, organiza-se com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Dentro dessa estrutura, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) propõe a integração dos serviços de saúde por meio de um modelo de cuidado contínuo, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na coordenação do cuidado³.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo relatar, com base na experiência vivenciada em campo, como se estrutura o fluxo de manejo do paciente com Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Manaus, evidenciando a atuação dos diferentes níveis de atenção e os principais desafios enfrentados na busca pela integralidade do cuidado. A proposta é contribuir para a compreensão das práticas desenvolvidas no território, destacando aspectos que favorecem ou dificultam a continuidade e a efetividade da atenção ao paciente com DM2 na rede pública de saúde.

MÉTODO

Este trabalho configura-se como um relato de experiência pedagógica realizado por acadêmicos do segundo período do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no âmbito da disciplina de Saúde Coletiva II, durante o período de 17 de março a 18 de julho de 2025. O foco do estudo foi a linha de cuidado referente ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), uma doença crônica não transmissível que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é caracterizada por uma condição de longa duração que pode ser

controlada, mas não curada, e exige um manejo contínuo. A escolha do tema justifica-se pela elevada prevalência do DM2 no Brasil e seu impacto clínico, social e econômico, exigindo uma abordagem integrada e articulada nos diferentes níveis de atenção.

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, estruturada a partir de um diagnóstico situacional, com visitas observacionais realizadas em cinco locais de saúde em Manaus, Amazonas, representando diferentes níveis de complexidade do SUS: Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Japiim, Distrito de Saúde Sul, Ambulatório de Estomaterapia do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Atendimento especializado em Endocrinologia do HUGV. Esses locais foram escolhidos por representarem o cuidado ao paciente com DM2 no contexto do SUS. Durante as visitas, os acadêmicos aplicaram um questionário estruturado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, abordando a integralidade do cuidado, o acesso contínuo, o apoio ao autocuidado, a articulação entre os níveis de atenção, e o acompanhamento multiprofissional.

A questão norteadora da pesquisa foi: "Como é estruturado o fluxo de manejo do paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 na Rede de Atenção à Saúde do SUS?" A análise foi apoiada em diários

de campo, nos quais as experiências vivenciadas foram registradas e discutidas em rodas de conversa na Faculdade de Medicina. Essas discussões permitiram uma análise crítica dos dados obtidos nas visitas. A condução das visitas e a análise das experiências seguiram os princípios estabelecidos pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, que normatiza a organização e integração dos serviços no âmbito do SUS. Também foram consideradas as diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Diabetes Mellitus tipo 2, com o objetivo de comparar a prática observada com os parâmetros técnicos preconizados. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) foi utilizada para fundamentar a análise crítica entre a teoria e a prática dos serviços de saúde observados.

A pesquisa visou compreender como ocorre o atendimento a pacientes com DM2 em cada nível de atenção, analisando o fluxo de manejo do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde, identificando lacunas, desafios e oportunidades para melhorar a assistência. Os resultados serão apresentados por meio de quadros e fluxograma representativos do percurso assistencial, mediante análise crítica e integrada dos dados coletados.

RESULTADOS

UBS JAPIIM

Quadro 1 – Perguntas e Respostas concluídas durante observação sobre a UBS JAPIIM

Pergunta Norteadora	Resposta concluída
1. Como identificam e confirmam novos casos de diabetes tipo 2 na UBS, quais os protocolos para diagnóstico e como o programa HIPERDIA impacta nesse processo?	Na UBS Japiim, novos casos são identificados por escuta qualificada e triagem de sintomas e fatores de risco, com encaminhamento para testes rápidos e confirmação laboratorial. O Prontuário Eletrônico PEC facilita o registro e acompanhamento, com atualização bimestral da lista de pacientes. O programa HIPERDIA apoia o cadastramento, monitoramento e estratificação de risco, auxiliando no planejamento do cuidado ao DM2.

2. Após o diagnóstico, quais são os principais passos do acolhimento e do plano terapêutico inicial — quem faz o quê e em quanto tempo e quais estratégias de acompanhamento contínuo (consultas, grupos, visitas domiciliares, teleatendimento) utilizam para monitorar o controle glicêmico e as complicações?	Após o diagnóstico, a equipe de enfermagem acolhe o paciente e o encaminha para consulta médica. O plano inicial inclui orientações nutricionais, prescrição de antidiabéticos orais (quando disponíveis) e exames de controle, como hemoglobina glicada. A equipe envolve enfermeira, médico e nutricionista, com acompanhamento regular trimestral ou semestral, visitas domiciliares em casos complexos e reavaliações pelo prontuário eletrônico. O tempo de atendimento varia conforme demanda e disponibilidade profissional.
3. Quando e como o paciente com DM2 é encaminhado para níveis secundário ou terciário e que dificuldades logísticas e/ou burocráticas enfrentam nesse processo de referência e contrarreferência?	O encaminhamento é feito em casos de complicações (nefropatia, retinopatia, pé diabético), falha terapêutica ou diabetes gestacional de alto risco, geralmente para o PAN da Codajás ou serviços secundários. As dificuldades incluem burocracia do SISREG, longas esperas, falta de especialistas, baixa adesão dos pacientes e ausência de farmácia na unidade devido à falta de farmacêutico.
4. Que recursos de prevenção e promoção em saúde e apoio ao autocuidado e mudança de vida estão disponíveis na unidade e quais são os principais desafios que a equipe enfrenta atualmente para manter o acompanhamento regular dos pacientes com DM 2?	A promoção de saúde inclui orientações na escuta qualificada, atuação do nutricionista, uso do prontuário eletrônico, curativos e orientações domiciliares como autocuidado. Os principais desafios são a falta de medicação, baixa adesão dos pacientes e ausência de ferramentas digitais padronizadas para o autocuidado.
5. Como a UBS está estruturada em recursos humanos, materiais e tecnológicos para o tratamento do diabetes, e de que forma a equipe multiprofissional se articula com os Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade para identificar pacientes em risco, realizar buscas ativas e reforçar o autocuidado?	A equipe é composta por enfermeiros, médicos especialistas e nutricionista. A UBS utiliza o PEC, realiza coletas laboratoriais e prescreve glicosímetros, tiras reagentes e medicamentos, embora haja falta de farmacêutico e medicamentos. Há articulação multiprofissional para rastreamento e avaliação da saúde dos pacientes do território.

Fonte: Elaboração própria pelos autores. Manaus, 2025.

DISTRITO DE SAÚDE SUL (DISA-SUL)

Quadro 2 – Perguntas e Respostas concluídas durante observação no DISA-SUL	
Pergunta norteadora	Resposta concluída
1. Quais indicadores são monitorados regularmente em relação ao diabetes tipo 2 (ex: taxa de diagnóstico, controle glicêmico, complicações)?	Os principais dados registrados nas UBS incluem taxa de diagnóstico, prevalência de casos cadastrados, controle glicêmico via HbA1c no e-SUS AB, frequência de complicações (internações, amputações, insuficiência renal) e adesão ao tratamento, avaliada pela retirada de medicamentos e comparecimento às consultas.
2. Existe algum protocolo de análise ou monitoramento desses dados para acompanhar a evolução dos pacientes com diabetes tipo 2?	Idealmente, os dados sobre DM2 são atualizados e monitorados conforme protocolos do Previner Brasil, registrados no e-SUS AB e SISAB, com avaliações mensais, trimestrais e anuais para planejamento. Relatórios são enviados à coordenação e discutidos com as equipes para decisões baseadas em dados. Contudo, durante observação, notou-se desconhecimento desses processos pela equipe.
3. Como é feita a comunicação e o compartilhamento dessas informações entre os serviços de atenção básica?	A comunicação entre equipes da atenção básica ocorre por meio dos sistemas integrados e-SUS AB e SISAB, além de reuniões periódicas para discutir casos e estratégias. Contudo, os dados não são divulgados ao público e, no Amazonas, há fragilidade na integração entre unidades ribeirinhas e urbanas, dificultando a continuidade do cuidado.
4. De que forma os dados coletados orientam ações ou estratégias específicas no território, como campanhas, capacitações ou mudanças no fluxo de atendimento?	Os dados coletados pelos distritos são essenciais para planejar campanhas de educação, capacitar profissionais, prevenir complicações, melhorar o acompanhamento de exames e reorganizar fluxos nas UBS, além de melhorar o serviço na rede. Também ajudam a direcionar recursos e reforçar estoques de medicamentos e insumos para o controle do DM2.
5. Os dados coletados nos serviços de saúde são utilizados para alimentar sistemas de informação em saúde em nível municipal ou estadual? Os dados são públicos ou não e por que?	Os dados das unidades de saúde alimentam sistemas como SISAB, e-SUS APS e SIVEP. Embora existam dashboards públicos com dados agregados (ex.: TABNET/DATASUS), informações individualizadas e clínicas não são acessíveis ao público por sigilo e proteção de dados, ficando restrito aos gestores, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Fonte: Elaboração própria pelos autores. Manaus, 2025.

Relato de Experiência

Silva ARC, Nogueira AF, Pires AN, Costa GM, Passos VCR, Pereira RCM, Perez JEM, Maciel LHG, Martins FM, Evaristo JSG, Souza CSM
Fluxo do Manejo de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 na Rede de Atenção à Saúde

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA)

Quadro 3 – Perguntas e Respostas concluídas durante observação no CONSEA

Pergunta Norteadora	Resposta concluída
1. De que forma o Consea participa da supervisão e normatização dos alimentos destinados a pacientes com DM2, especialmente em relação à oferta alimentar em serviços públicos de saúde ou assistência social?	O Consea não define dietas específicas para DM2, mas influencia políticas alimentares que afetam a qualidade da alimentação nos serviços de saúde e assistência social. Atua por meio de políticas intersetoriais e articulação com ministérios, contribuindo para o direito à alimentação adequada e promovendo ambientes mais saudáveis, o que beneficia pessoas com doenças crônicas como o DM2.
2. Como ocorre a articulação entre o Consea e a Rede de Atenção à Saúde para garantir o cuidado integral ao paciente com DM2, considerando tanto os aspectos clínicos quanto nutricionais?	A articulação intersetorial ocorre principalmente por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e de espaços participativos como conselhos, conferências e comissões. O Consea contribui ao inserir pautas alimentares nos planejamentos da RAS, fortalecendo estratégias de promoção da saúde, prevenção do DM2 e atenção clínica e nutricional.
3. Existem iniciativas específicas do Consea voltadas à promoção de hábitos alimentares saudáveis e à educação nutricional de pacientes com DM2, especialmente em regiões de vulnerabilidade social?	Embora não tenha programas específicos para DM2, o Consea promove ações estruturantes que beneficiam pessoas com doenças crônicas, como hortas comunitárias, cozinhas solidárias, bancos de alimentos e apoio à agricultura familiar, ampliando o acesso a alimentos saudáveis em regiões vulneráveis. Também incentiva a educação alimentar em políticas escolares, comunitárias e territoriais, contribuindo para a prevenção e o controle do DM2.
4. Há mecanismos de monitoramento dos fatores de risco alimentares e ambientais associados ao DM2 no Amazonas, e como essas informações orientam ações de prevenção e cuidado?	Os principais mecanismos de monitoramento são o Vigitel, Sisvan e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que acompanham obesidade, consumo alimentar, sedentarismo e prevalência do DM2. Esses sistemas fornecem dados essenciais para políticas públicas e estratégias de prevenção e cuidado na Atenção Primária e nos conselhos de segurança alimentar em níveis estadual e municipal, como no Amazonas.
5. Como são definidas as diretrizes nutricionais nos serviços públicos de saúde para pacientes com DM2 e qual o papel da vigilância sanitária nesse processo?	As diretrizes nutricionais para pacientes com DM2 no SUS baseiam-se nos PCDT, no Guia Alimentar para a População Brasileira e na PNAN. A vigilância sanitária complementa essas ações ao fiscalizar a qualidade dos alimentos em unidades de saúde e programas sociais, incluindo cardápios hospitalares e rotulagem de alimentos industrializados, com foco no controle de açúcares adicionados — essencial no manejo do DM2.

Fonte: Elaboração própria pelos autores. Manaus, 2025.

AMBULATÓRIO DE ESTOMATERAPIA

Quadro 4 – Perguntas e Respostas concluídas durante observação no ambulatório

Pergunta norteadora	Resposta concluída
1. Existe alguma estratégia de apoio ao autocuidado voltada aos pacientes com diabetes tipo 2? Como essas ações são implementadas?	As estratégias incluem curativos, orientações para prevenção do pé diabético, educação em saúde e estímulo ao autocuidado e à adesão ao tratamento. São conduzidas pela equipe de enfermagem com apoio de estomaterapeutas. No entanto, há escassez de materiais essenciais, como o UrgoClean, no ambulatório.
2. Como é feito o acompanhamento dos pacientes com diabetes tipo 2 no ambulatório, incluindo frequência das consultas, atendimento domiciliar, ações de profilaxia e articulação com o SAMU em casos de urgência?	O acompanhamento é realizado por meio de consultas regulares na USF e no ambulatório, curativos 2–3 vezes por semana no ambulatório ou em domicílio, e reavaliações quinzenais por enfermeira especializada em estomaterapia. Quando necessário, o paciente é referenciado para outros especialistas. A profilaxia inclui educação em saúde em cada consulta, com orientações sobre higiene dos pés e rastreamento precoce de complicações. O SAMU é acionado em casos graves de infecção no pé diabético.
3. De que forma ocorre o manejo dos casos graves de pé diabético, e como funciona o encaminhamento dos pacientes com diabetes tipo 2 entre a atenção primária, secundária e terciária?	Inicialmente é avaliada a gravidade da lesão e iniciados curativos especializados (com prata ou PHMB). Em casos graves ou com necrose, o paciente é referenciado para atendimento hospitalar, podendo haver amputação se houver risco de infecção generalizada. Após a alta, o cuidado é retomado na USF e no ambulatório.
4. Como é feita a avaliação de risco dos pacientes com diabetes tipo 2 no ambulatório, incluindo os critérios de gravidade para pé diabético e sua relação com o encaminhamento na rede de atenção?	São considerados o histórico de lesões, amputações e controle glicêmico, além da avaliação clínica da ferida e do estado geral do paciente. Casos leves são acompanhados na atenção básica ou ambulatório; casos graves são referenciados para atendimento hospitalar em nível secundário ou terciário.

5. Há ações específicas voltadas para grupos minoritários, como idosos, populações ribeirinhas ou indígenas, dentro do cuidado ambulatorial ao diabetes tipo 2?	Pacientes com mobilidade reduzida recebem curativos domiciliares, atendimento humanizado e adaptado, acesso prioritário para idosos e pessoas com deficiência, educação em saúde personalizada e atendimento conforme a vulnerabilidade do caso.
---	--

Fonte: Elaboração própria pelos autores. Manaus, 2025.

ATENÇÃO DE SAÚDE ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE (HUGV ENDOCRINOLOGIA).

Quadro 5 – Perguntas e Respostas concluídas durante observação no HUGV	
Pergunta norteadora	Resposta concluída
1. Quais complicações graves do DM2 (como nefropatia, retinopatia ou pé diabético) são mais prevalentes entre os pacientes que chegam à alta complexidade?	As complicações mais comuns em centros de alta complexidade são os pés diabéticos. Dentre outras, a retinopatia diabética também é frequente nas UBS, porém geralmente em estágios avançados e irreversíveis.
2. Como a questão logística e as desigualdades sociais influenciam no agravamento do DM2 e no acesso tardio aos cuidados especializados?	Desafios logísticos e desigualdades sociais dificultam o acompanhamento contínuo do Diabetes tipo 2, especialmente para populações em áreas periféricas e no interior do Amazonas, onde o acesso depende de vias fluviais. A falta de recursos financeiros dificulta o deslocamento até unidades de saúde, comprometendo o tratamento.
3. Como é feita a interação e a integração entre a endocrinologia e outras especialidades (nefrologia, cardiologia, angiologia, oftalmologia) nos casos graves de DM2 no HUGV-UFAM ou em outros centros de referência?	Nos casos graves de DM2 no HUGV-UFAM e centros de referência, a integração entre endocrinologia e outras especialidades (nefrologia, cardiologia, angiologia, oftalmologia) ocorre via interconsultas hospitalares. No ambulatório, os encaminhamentos são segmentados e auxiliados pelo prontuário eletrônico. Destaca-se também o papel das equipes multiprofissionais no cuidado de feridas, descompensações metabólicas e baixa adesão ao tratamento.
4. Quais exames ou recursos terapêuticos essenciais no tratamento do DM2 avançado ainda são de difícil acesso nos serviços de alta complexidade em Manaus?	Apesar de insumos básicos disponíveis, há limitações no acesso a exames especializados, tecnologias avançadas e serviços multidisciplinares integrados, dificultando o cuidado integral de pacientes com DM2 avançado e afetando o controle das complicações e a qualidade de vida.
5. Quanto tempo, em média, um paciente com pé diabético precisa esperar para conseguir o procedimento cirúrgico de amputação e qual o protocolo para encaminhar para esse procedimento?	O tempo para indicação de amputação varia conforme a gravidade da lesão e a resposta ao tratamento conservador na atenção primária e secundária. Em casos menos complexos, a prevenção é priorizada com intervenções contínuas e monitoramento, que podem durar semanas ou meses. A decisão pela amputação é multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais.

Fonte: Elaboração própria pelos autores. Manaus, 2025.

DISCUSSÃO

UBS JAPIIM (ATENÇÃO PRIMÁRIA)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Japiim, referência no manejo do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em Manaus, enfrenta importantes desafios estruturais e administrativos. A ausência de farmacêutico inviabiliza o funcionamento da farmácia, enquanto a burocracia do SISREG, a escassez de especialistas e a descontinuidade no fornecimento de medicamentos pela prefeitura comprometem a efetividade terapêutica. Além disso, a adesão limitada dos pacientes, sobretudo entre populações vulneráveis, dificulta o seguimento e o sucesso do tratamento. Apesar das fragilidades,

a UBS oferece alguns recursos voltados à prevenção e ao autocuidado, como orientações durante consultas, apoio nutricional e o acompanhamento via PEC⁴. Contudo, a falta de ferramentas digitais padronizadas e a irregularidade no fornecimento de medicamentos dificultam a sustentabilidade das mudanças de estilo de vida, impactando negativamente a autonomia dos pacientes no controle da doença. Segundo Mendes⁵, a precariedade da infraestrutura e a alta demanda reduzem a capacidade da APS em realizar ações preventivas eficazes, resultando em um cuidado fragmentado e em desfechos de saúde abaixo do esperado, contrariando os princípios do SUS. A situação da UBS Japiim reflete a fragilidade das Unidades de Saúde da Família (USF) em cumprir integral-

mente suas funções. A escassez de recursos humanos e materiais sobrecarrega as equipes, prejudicando o atendimento integral, resolutivo e contínuo⁶. Essas limitações comprometem o papel central da Atenção Primária à Saúde (APS) como promotora de saúde e organizadora do cuidado.

DISTRITO DE SAÚDE SUL (GESTÃO)

No Distrito Sul de Manaus, a ausência de protocolos clínicos padronizados e a fragmentação dos registros de saúde evidenciam a fragilidade no acompanhamento do DM2. A inexistência de monitoramento sistemático de exames essenciais — como hemoglobina glicada, glicemia de jejum e função renal — compromete a avaliação adequada do controle glicêmico e a prevenção de

complicações graves. Essa deficiência descumpra diretrizes nacionais e impeça o planejamento estratégico baseado em dados epidemiológicos consistentes⁷. Além disso, a limitação no acesso a dados em nome da proteção de privacidade, embora legalmente respaldada pela LGPD⁸, dificulta o controle social e a atuação de pesquisadores. Ferramentas como o TABNET e o DATASUS oferecem informações pouco detalhadas para análises locais⁹. Diante disso, torna-se urgente fortalecer a APS com protocolos clínicos claros, sistemas informatizados funcionais e políticas que conciliem transparência e proteção de dados para garantir um cuidado mais efetivo ao paciente com DM2.

CONSEA

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) exerce um papel essencial na prevenção e controle do DM2 por meio da influência em políticas públicas de alimentação. Sua atuação se reflete na qualidade dos alimentos distribuídos em escolas e equipamentos públicos do SUAS, contribuindo diretamente para a saúde de populações vulneráveis¹⁰. A integração com programas como o PNAE amplia o acesso a refeições nutricionalmente adequadas, reduzindo os riscos associados à má alimentação. A atuação do Consea na Rede de Atenção à Saúde se dá por meio da articulação com políticas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a presença de equipes multiprofissionais como o NASF. Essa intersetorialidade permite que as necessidades alimentares específicas de pessoas com DM2 sejam consideradas no planejamento do cuidado, reforçando a importância da prevenção e da educação alimentar como estratégias de saúde pública¹¹. Embora não tenha programas específicos para o DM2, o Consea promove ações estruturantes como hortas comunitárias e cozinhas solidárias, que impactam positivamente na alimentação de pessoas com doenças crônicas, especialmente em áreas com

insegurança alimentar como a Amazônia. O monitoramento de fatores de risco é feito por sistemas como o Sisvan, Vigitel e PNS, que orientam políticas e estratégias locais. Assim, o Consea contribui de forma ampla para a construção de ambientes saudáveis e integrados ao cuidado em saúde.

AMBULATÓRIO DE ESTOMATERAPIA (ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE)

O atendimento ambulatorial especializado em estomaterapia é fundamental para a prevenção de complicações como o pé diabético. A atuação dos enfermeiros estomaterapeutas é central nesse processo, por meio da realização de curativos, orientações em saúde e apoio contínuo ao autocuidado¹². A rotina de atendimento é composta por consultas regulares, curativos frequentes e reavaliações periódicas, com fluxos definidos para casos graves. Em situações de urgência, há encaminhamento para o SAMU e posterior hospitalização, com retorno programado à atenção básica após a alta. Essa organização permite um ciclo de cuidado contínuo e eficaz, ainda que sujeito a limitações materiais e logísticas. Entretanto, desafios como a falta de insumos (ex: UrgoClean), a sobrecarga de atendimentos e as dificuldades de acesso físico e financeiro dos pacientes às unidades impactam negativamente na qualidade da assistência. Muitos pacientes faltam às consultas, e os profissionais enfrentam jornadas excessivas, com tempo reduzido por atendimento. Apesar dessas dificuldades, os resultados físicos e psicossociais são significativos, reforçando a necessidade de investir na estrutura e nos recursos humanos do serviço.

ALTA COMPLEXIDADE

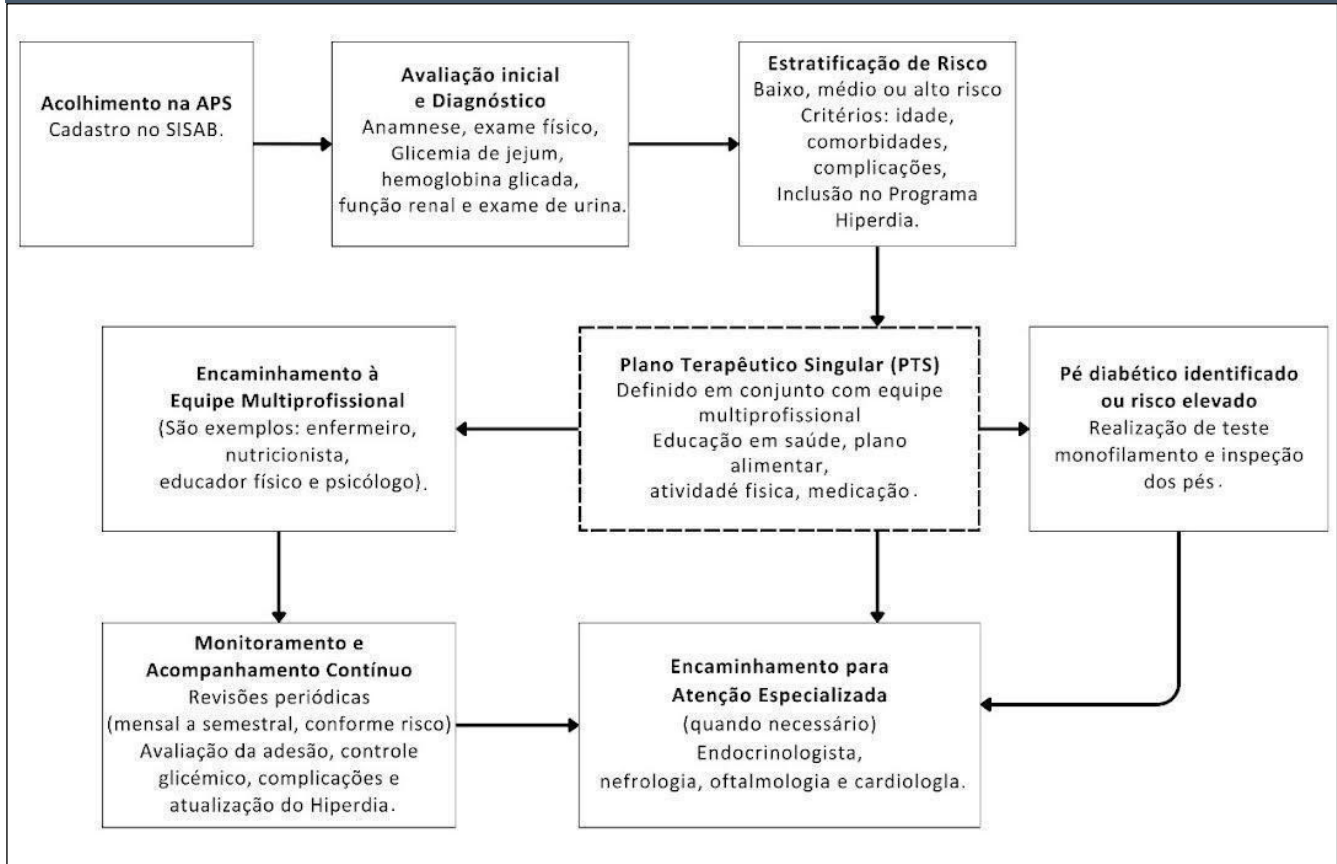
O cenário da alta complexidade em Manaus evidencia que muitos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 chegam aos serviços especializados com complicações avançadas, como o pé diabético, frequentemente levando à amputação.

Essa realidade reflete falhas persistentes na Atenção Primária à Saúde (APS), que não realiza adequadamente a detecção precoce de neuropatias e vasculopatias, comprometendo o princípio da integralidade do SUS e resultando em desfechos evitáveis¹³. Além disso, barreiras geográficas e socioeconômicas, especialmente entre populações ribeirinhas e periféricas, dificultam o acesso regular aos serviços de saúde e ao fornecimento de medicamentos, agravando a fragmentação do cuidado e acelerando a progressão das complicações¹⁴. Nos serviços de alta complexidade, a atuação das especialidades ocorre de forma reativa, voltada principalmente para os casos graves, enquanto as equipes multiprofissionais enfrentam limitações de recursos diagnósticos e terapêuticos¹⁵. Nesse contexto, torna-se imprescindível uma resposta intersetorial que fortaleça a APS, melhore o acesso a áreas remotas por meio de transporte adequado e promova a integração efetiva entre os níveis de atenção. Essas ações são essenciais para garantir um cuidado preventivo, coordenado e humanizado aos pacientes com DM2, reduzindo complicações e otimizando os recursos do sistema de saúde.

FLUXOGRAMA

O cuidado à pessoa com diabetes mellitus, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), exige uma abordagem integral, contínua e multiprofissional, com foco na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida. O fluxograma (figura 1) apresentado organiza e orienta o percurso assistencial, desde o primeiro contato com o serviço de saúde até os encaminhamentos especializados, assegurando um cuidado coordenado, centrado na pessoa e baseado nas diretrizes da atenção às condições crônicas.

Figura 1 - Fluxograma do paciente portador de DM2 no SUS em Manaus/AM



Fonte: Elaboração própria pelos autores. Manaus, 2025.

O percurso do cuidado à pessoa com diabetes na Atenção Primária à Saúde (APS), iniciando-se com o acolhimento e cadastro no SISAB. A seguir, realiza-se uma avaliação inicial com anamnese, exame físico e exames laboratoriais, como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, função renal e urina. Com base nesses dados, procede-se à estratificação de risco (baixo, médio ou alto), considerando idade, comorbidades e complicações. Pacientes com risco elevado ou com pé diabético identificado são submetidos à inspeção dos pés e teste do monofilamento.

A partir da estratificação, é construído um Plano Terapêutico Singular (PTS), elaborado em conjunto com a equipe multiprofissional, incluindo ações de educação em saúde, plano ali-

mentar, atividade física e prescrição medicamentosa. Conforme a necessidade, o paciente pode ser encaminhado para especialistas como endocrinologista, nefrologista, oftalmologista ou cardiologista. O cuidado inclui ainda encaminhamento à equipe multiprofissional (como enfermeiro, nutricionista, psicólogo e educador físico) e um monitoramento contínuo, com revisões periódicas, avaliação de adesão ao tratamento e atualização no sistema Hiperdia, promovendo um cuidado integral e longitudinal ao paciente diabético.

CONCLUSÃO

A investigação revelou a complexidade do cuidado a pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em Manaus, destacando o papel crucial da Atenção Primária na prevenção, acompanhamento e promo-

ção do autocuidado. No entanto, sua eficácia é limitada por problemas estruturais, como falta de insumos, profissionais e sistemas integrados. Nas unidades de média e alta complexidade, predominam casos com complicações graves, reflexo de falhas no rastreamento e encaminhamento. A integração entre os níveis de atenção ainda é fragmentada, e fatores sociais, econômicos e geográficos dificultam o acesso e a continuidade do cuidado. Há carência de protocolos padronizados, gestão de dados e tecnologias de suporte ao paciente. Conclui-se que é necessário fortalecer a Atenção Primária, investir em infraestrutura e recursos humanos, melhorar a articulação entre os serviços e formular políticas públicas adaptadas à realidade amazônica.

REFERÊNCIAS

1. SILVA. D.C.L, MAGALHÃES. H.M.F. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). *Saúde Debate*. 2015;39(spe):268-282. doi:10.1590/0103-11042015S021.
2. OLIVEIRA, L. M. L.; BARBOSA, L. M.; NEGREIROS, J. H. C.; PENTEADO, L. A. M.; SILVA SANTANA LIMA, V. V. R. Cuidado integrado do paciente periodontal diabético tipo 2 na Atenção Básica: revisão scoping. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300327, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300327.
3. MENDES. E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária — Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 04 jun. 2025.
5. Silva, P. R., & Souza, L. M. (2018). Infraestrutura e recursos na Atenção Primária à Saúde: influência na qualidade do cuidado. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 789-800. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018171248>
6. Pinto, D. A., Carvalho, M. S., & Costa, M. F. (2020). Sobrecarga e adoecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: um desafio para a integralidade do cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 14, e244123. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v14i244123p>
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024. São Paulo: SBD, 2023.
8. BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 9 jun. 2025.
9. PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. de; FIGUEIREDO, A. W. S. A. Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB): seus desafios e potencialidades enquanto instrumento de gestão e pesquisa. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 99-105, 2018.
10. LEÃO, M. O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 945-954, 2013.
11. SANTOS, J. B.; LIMA, L. L. de; MENEZES, E. L. C. Atuação do profissional de educação física no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 3, e6446, 2021.
12. HERMENECISIA AGUIAR COSTA et al. Atuação do enfermeiro estomaterapeuta no cuidado à pessoa com doença do pé relacionada ao diabetes. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cbe/article/view/605>.
13. GIRÃO, F. B. G. et al. Prevalência de complicações crônicas em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 64, n. 3, p. 241-248, 2018.
14. GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, 2018.
15. VIANNA, C. M. M. et al. Desafios para a avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, suppl. 2, e00085417, 2018.