

## Fluxo de Acesso - Diabete Melito Tipo 2

### PORTARIA SCTIE/MS Nº 13, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2026

#### MEDICAMENTOS

- DAPAGLIFLOZINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

#### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável pelo paciente).
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. ([LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018](#); [PORTARIA 344, de 1998](#); [RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011](#) e outros).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; Preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Formulário de Acesso ao Medicamento, preenchido e assinado pelo médico e assinado pelo paciente do paciente.

### EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

#### **Exames Solicitados para Todos os Casos:**

- Glicemia\* em jejum maior ou igual a 126 em duas ocasiões diferentes **OU**
- Glicemia\* aleatória maior ou igual a 200 mg/dl **OU**
- Glicemia\* de 2 horas pós sobrecarga de 75 g glicose maior ou igual a 200 **OU**
- HbA1 maior ou igual a 6,5% em duas ocasiões diferentes (em pelo menos, uma das ocasiões, validade 3 meses)
- Taxa de Filtração Glomerular TFG, **OU** Creatinina Sérica (validade 3 meses)
- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade um mês)

#### **OBSERVAÇÃO:**

O paciente pode trazer, **por exemplo**, uma Hba1c maior ou igual a 6,5% e uma Glicemia de Jejum maior ou igual a 126 na mesma amostra de sangue (**da mesma data**) **OU** por exemplo, duas Hba1cs maiores ou iguais a 6,5% em dias de coletas diferentes **OU** 2 Glicemias de Jejum com valor maior ou igual a 126 realizadas em dias de coleta diferentes.

#### **Exames complementares de acordo com a condição clínica do(a) paciente:**

**Para pacientes com idade de 40 anos com** (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%).

**Apresentar um dos exames que comprove a doença, além desses exames, caso o paciente tenha um outro exame que comprove a doença será considerado.**

- Cintilografia com laudo, **OU** (validade indeterminada)
- Ecocardiograma com doppler com Laudo, **OU** (validade indeterminada)
- Eletrocardiograma com Laudo, **OU** (validade indeterminada)
- Holter com Laudo, **OU** (validade indeterminada)
- Ressonância magnética cardíaca com Laudo **OU** (validade indeterminada)
- Tomografia Cardíaca com Laudo, **OU** (validade indeterminada)
- Teste Ergométrico com Laudo, **OU** (validade indeterminada)

**Para pacientes com idade de 55 anos ou mais (no caso de homens) ou ter 60 anos ou mais (no caso de mulheres) e alto risco de desenvolver doença cardiovascular.**

- Colesterol total (CT) ( validade 6 meses )
- Lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) ( validade 6 meses )
- Lipoproteína de alta densidades (HDL-c) ( validade 6 meses )
- Triglicérides (TG) ( validade 6 meses )
- Creatinina Sérica ( validade 6 meses )

### EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemoglobina Glicada, Taxa de Filtração Glomerular TFG **Ou** Creatinina Sérica, **Periodicidade:** a cada 6 meses na renovação do LME.

## UNIDADES DE REFERÊNCIA

### Capital e Região Metropolitana

#### **CEDEBA- Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia**

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/Ba.

Tel: da Farmácia: 3103-6069 / 6040

Horário: 8h às 17h

E-mail: [cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br)

#### **CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia**

Parque Solar Boa vista

End: Av. Laurindo Régis, s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40250-240

Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645

Horário: 7h às 18h

E-mail: [cimeb@saude.ba.gov.br](mailto:cimeb@saude.ba.gov.br)

### CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

**OBS. (Serão atendidos no CREASI apenas os pacientes cadastrados e com atendimento médico na Unidade CREASI).**

End: Av. Antônio Carlos Magalhães, s/nº, Edf. Professor José Maria de Magalhães Netto. Salvador/ Bahia, 41820-000.

Tel: da Farmácia: (71) 3103-6139

Horário: 7h às 19h

E-mail: [creasi.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:creasi.farmacia@saude.ba.gov.br)

### Interior

**Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)**

## CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- E11 - Diabetes melito não insulino-dependente -
- E11.2 - Diabetes melito não insulino-dependente, com complicações renais -
- E11.3 - Diabetes melito não insulino-dependente, com complicações oftálmicas -
- E11.4 - Diabetes melito não insulino-dependente, com complicações neurológicas -
- E11.5 - Diabetes melito não insulino-dependente, com complicações circulatórias periféricas -
- E11.6 - Diabetes melito não insulino-dependente, com outras complicações especificadas -
- E11.7 - Diabetes melito não insulino-dependente, com complicações múltiplas -
- E11.8 - Diabetes melito não insulino-dependente, com complicações não especificadas -
- E11.9 - Diabetes melito não insulino-dependente, sem complicações.

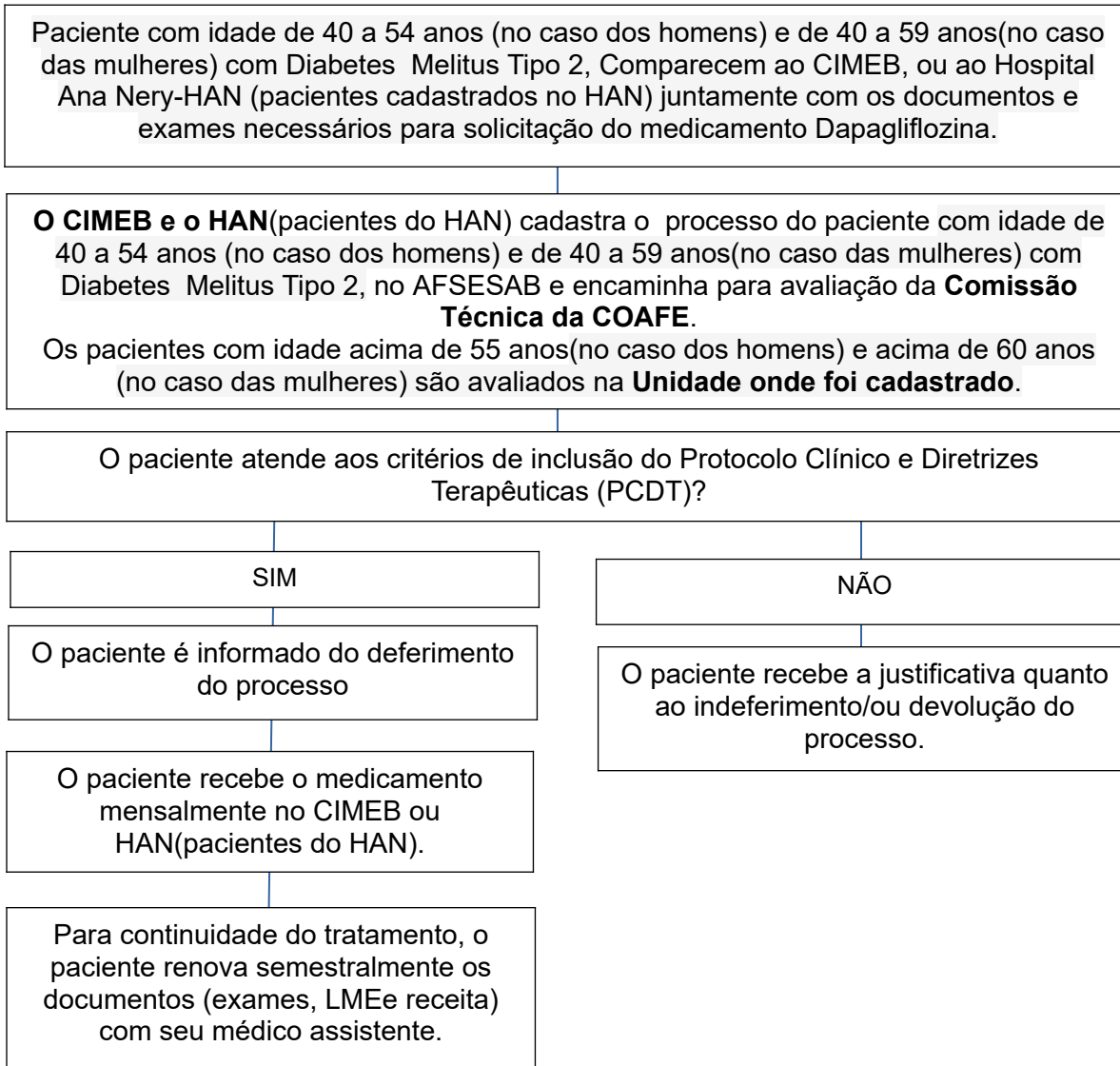
Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

### OBSERVAÇÕES

- Outros exames complementares poderão ser solicitados, dependendo da situação clínica do paciente.
- A Dapagliflozina é contra - indicada na gravidez e lactação e para pacientes com TFG abaixo de 25 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> , destacando que a eficácia deste medicamento é menor em pacientes com insuficiência renal moderada a grave (taxa de filtração glomerular menor do que 45 mL/min/1,73m<sup>2</sup> ) ou com falência renal.
- Para que o paciente seja elegível ao tratamento com dapagliflozina requer-se o diagnóstico de DM2, com necessidade de segunda intensificação de tratamento e um dos seguintes critérios:
- Ter 40 anos ou mais e doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%), ou;
- Ter 55 anos ou mais (no caso de homens) ou ter 60 anos ou mais (no caso de mulheres) e alto risco de desenvolver doença cardiovascular, definido como ao menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo.
- **\*HAN** - Pacientes cadastrados no HAN com indicação do uso da Dapagliflozina, poderão dar entrada dos documentos e exames necessários para solicitação deste medicamento para **Diabete Melito Tipo 2** no próprio hospital, o hospital cadastra o medicamento no AFSESAB e avalia o processo do paciente **com idade superior a 55 anos(no caso dos homens e 60 anos (no caso de mulheres), conforme PCDT da doença.**
- **CREASI** - Pacientes cadastrados no CREASI e com atendimento médico no CREASI, com indicação do uso da Dapagliflozina, poderão dar entrada dos documentos e exames necessários para solicitação do medicamento para **Diabete Melito Tipo 2 na própria Unidade, o CREASI cadastra o medicamento no AFSESAB e avalia o processo dos pacientes com idades superiores a 60 anos.**
- **Especialidade Médica** - Endocrinologista (preferencialmente); ou Médico clínico com experiência no tratamento de DM.

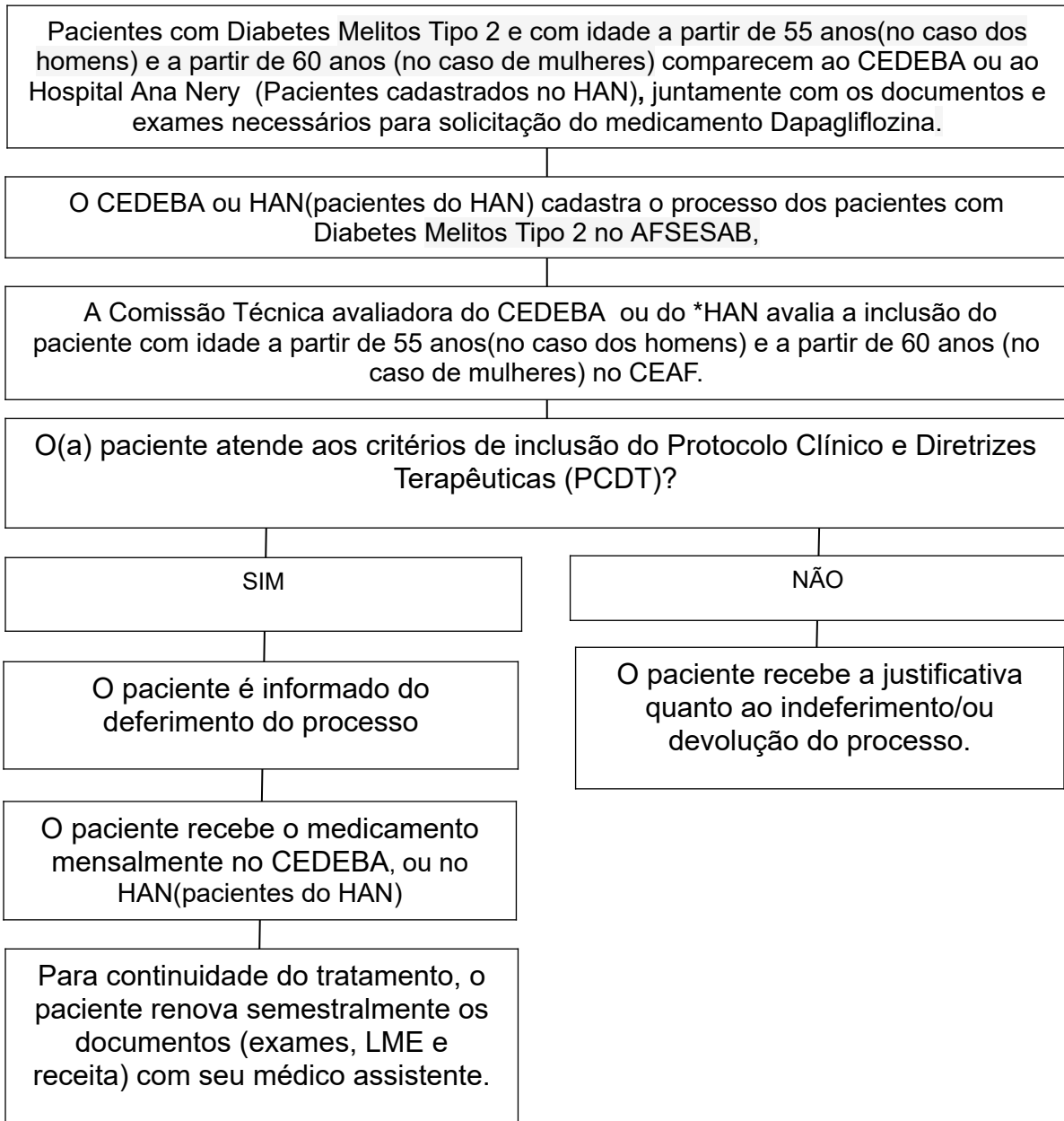
## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA CAPITAL E REGIÃO METROPOLITANA

### CIMEB



## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA CAPITAL E REGIÃO METROPOLITANA

### CEDEBA



## FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)

