

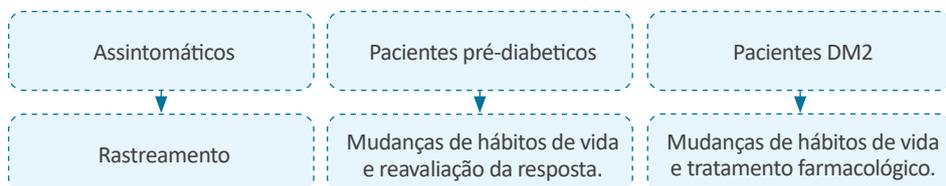
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO DIABETE MELITO TIPO 2

PORTARIA SCTIE/MS
Nº 54, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020

DIAGNÓSTICO

O DM2 costuma ter evolução insidiosa, podendo permanecer assintomático por vários anos. O diagnóstico compreende a identificação de três importantes grupos para respectivas recomendações de prevenção, monitoramento ou tratamento:



1. RASTREAMENTO: O RASTREAMENTO EM INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS ESTÁ INDICADO EM TODOS OS ADULTOS A PARTIR DOS 45 ANOS OU NAQUELES COM SOBREPESO (IMC ≥ 25 kg/m²) E MAIS UM FATOR DE RISCO PARA DM2

Critérios para o rastreamento de DM2 em indivíduos assintomáticos

1. O rastreamento deve ser realizado em todos os indivíduos com sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²*) e com fatores de risco adicionais:

Sedentarismo

Familiar em primeiro grau com DM

Mulheres com gestação prévia com feto com ≥ 4 kg ou com diagnóstico de DM gestacional

Hipertensão arterial sistêmica ($\geq 140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivo)

Colesterol HDL ≤ 35 mg/dL e/ou triglicerídeos ≥ 250 mg/dL

Mulheres com síndrome dos ovários policísticos

Outras condições clínicas associadas a resistência insulínica (ex.: obesidade III, acantose nigricante)

História de doença cardiovascular

2. Na ausência dos critérios acima, o rastreamento do DM2 deve ser iniciado a partir dos 45 anos.

3. Se os resultados forem normais, o rastreamento deve ser repetido a cada 3 anos, considerando maior frequência dependendo dos fatores de risco iniciais.

4. Em pacientes com pré-diabete (HbA1c entre 5,7% e 6,5%, TDG ou GJA em exame prévio) os exames devem ser repetidos anualmente.

DM: diabetes mellito; GJA: glicemia de jejum alterada; HbA1c: hemoglobina glicada; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; TDG: tolerância diminuída à glicose.

* O IMC de risco pode ser menor em alguns grupos étnicos.

Os indivíduos com maior risco de desenvolvimento de DM2 são os que apresentam obesidade (sobretudo abdominal), histórico familiar em parentes de primeiro grau, dislipidemia, mulheres com diabetes gestacional prévio, hipertensão arterial, idade acima de 45 anos e outras condições clínicas associadas à resistência à insulina.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellito (DM) pode ser definido como um conjunto de alterações metabólicas caracterizada por níveis sustentadamente elevados de glicemia, decorrentes de deficiência na produção de insulina ou de sua ação, levando a complicações de longo prazo. O termo “tipo 2” é usado para designar um tipo de diabetes que tem como denominador comum uma relativa e progressiva deficiência de secreção de insulina associada a uma resistência à ação de insulina. O DM tipo 2 (DM2) representa de 90 a 95% dos casos e caracteriza-se como uma doença de etiologia multifatorial, associada à predisposição genética, idade avançada, excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis.

CID-10

E11 Diabetes mellito não insulino-dependente

E11.2 Diabetes mellito não insulino-dependente com complicações renais

E11.3 Diabetes mellito não insulino-dependente com complicações oftálmicas

E11.4 Diabetes mellito não insulino-dependente com complicações neurológicas

E11.5 Diabetes mellito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas

E11.6 Diabetes mellito não insulino-dependente com outras complicações especificadas

E11.7 Diabetes mellito não insulino-dependente com complicações múltiplas

E11.8 Diabetes mellito não insulino-dependente com complicações não especificadas

E11.9 Diabetes mellito não insulino-dependente sem complicações

2 PACIENTES PRÉ-DIABÉTICOS

O diagnóstico de pré-diabete e de DM baseia-se na detecção da hiperglicemia definidos como:

Glicemia de Jejum Alterada (glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL)

Tolerância Diminuída à Glicose (TDG) (duas horas pós-sobrecarga de 140 mg/dL a 199 mg/dL)

Níveis de hemoglobina glicada entre 5,7 e 6,4% e especialmente aqueles com as diferentes condições combinadas.

Estes pacientes devem ser orientados a prevenção do DM para melhorar hábitos de vida.

3 PACIENTES DM2 - IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS SUSPEITOS É FUNDAMENTAL PARA UM DIAGNÓSTICO PRECOCE DO DM2

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS QUE LEVANTAM A SUSPEITA DE DM

Sinais e sintomas clássicos (mais comum em DM1 ou DM descompensada):

- poliúria;
- polidipsia;
- perda ponderal;
- polifagia.

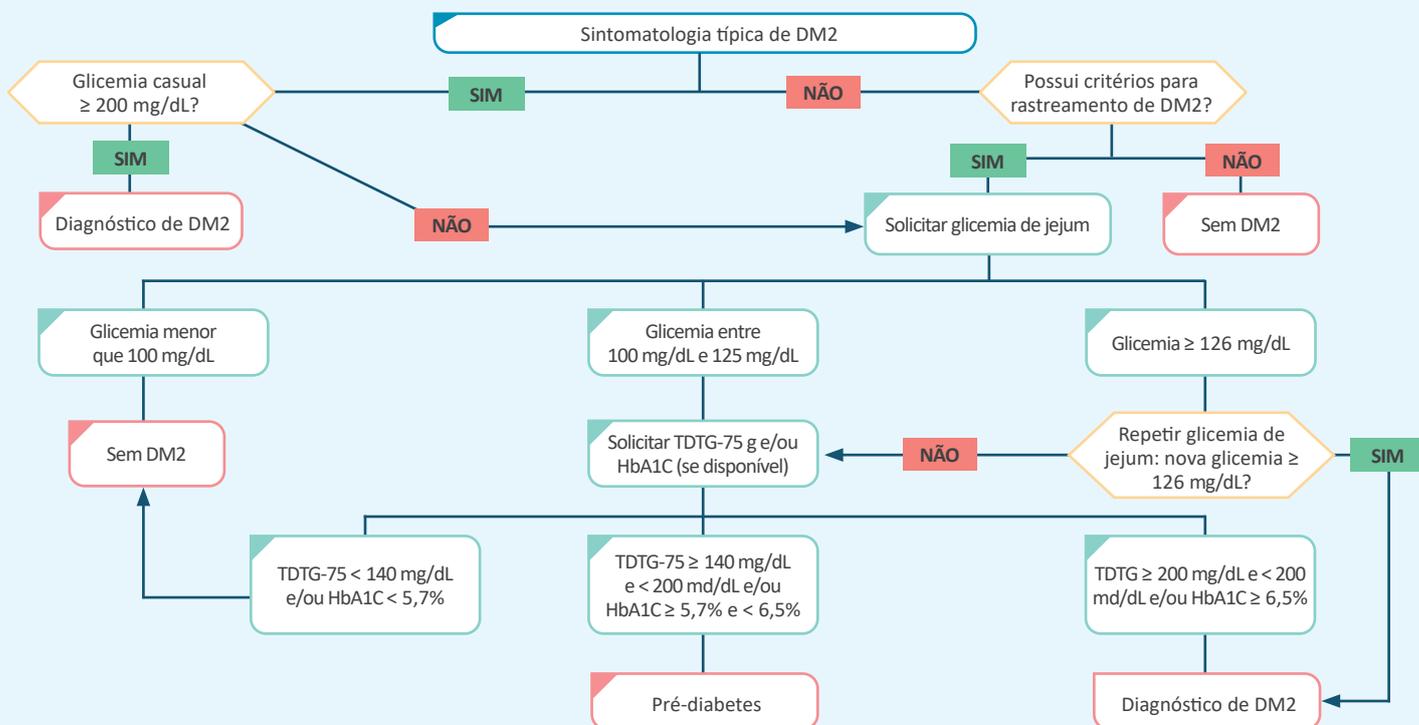
Sintomas menos específicos:

- fadiga, fraqueza e letargia;
- visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
- prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.

Complicações crônicas/doenças intercorrentes:

- doença renal crônica (albuminúria, perda de função renal e evolução para insuficiência renal terminal);
- neuropatia (parestesias e/ou dor nos membros inferiores, formigamento, câimbras);
- retinopatia;
- catarata;
- doença aterosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
- infecções de repetição.

Fluxo de rastreamento e diagnóstico para o DM2



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos, neste PCDT, pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de DM2, com ou sem complicações microvasculares ou macrovasculares.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos desse protocolo:

pacientes com DM2 em cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar;

diagnóstico de DM1;

pré-diabete;

DM gestacional;

E

contraindicações absolutas a algum dos tratamentos farmacológicos propostos (conforme "Item 8. Fármacos e esquema de administração", seção contraindicações para cada medicamento usado para tratamento da DM2).

MONITORIZAÇÃO

Acompanhamento multidisciplinar incluindo promoção da saúde, controle de comorbidades e imunizações;

Apoio e educação do paciente oferecendo suporte para pacientes com dificuldade para o autocuidado;

Automonitoramento da glicemia capilar em pacientes que fazem o uso de insulina;

Acompanhamento ambulatorial (Atenção Primária à Saúde) e encaminhamento para endocrinologista em condições clínicas específicas.

PERIODICIDADE DE EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM DM2

Avaliações e exames	Glicemia em jejum, HbA1c.	Colesterol total, triglicérides, HDL colesterol, LDL colesterol, creatinina sérica, albuminúria e creatininúria.	Fundoscopia.	Avaliação dos pés com monofilamento.	Dosagem de vitamina B12.
Frequência	Ao menos 2 vezes ao ano.	No diagnóstico e anual ou a critério clínico.	Anualmente a partir do diagnóstico.	No diagnóstico e anual. Se exame alterado, conforme critérios clínicos.	Quando possível, deve ser realizada anualmente a partir do diagnóstico.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

A mudança nos hábitos de vida é um dos pilares para prevenção (paciente pré-diabéticos) e tratamento do DM2.

Hábitos alimentares saudáveis;

Cessação do tabagismo;

Redução da ingestão de bebidas alcoólicas;

Redução de peso;

Incentivo à atividade física (150 minutos de exercício aeróbico por semana);

Redução de estresse.

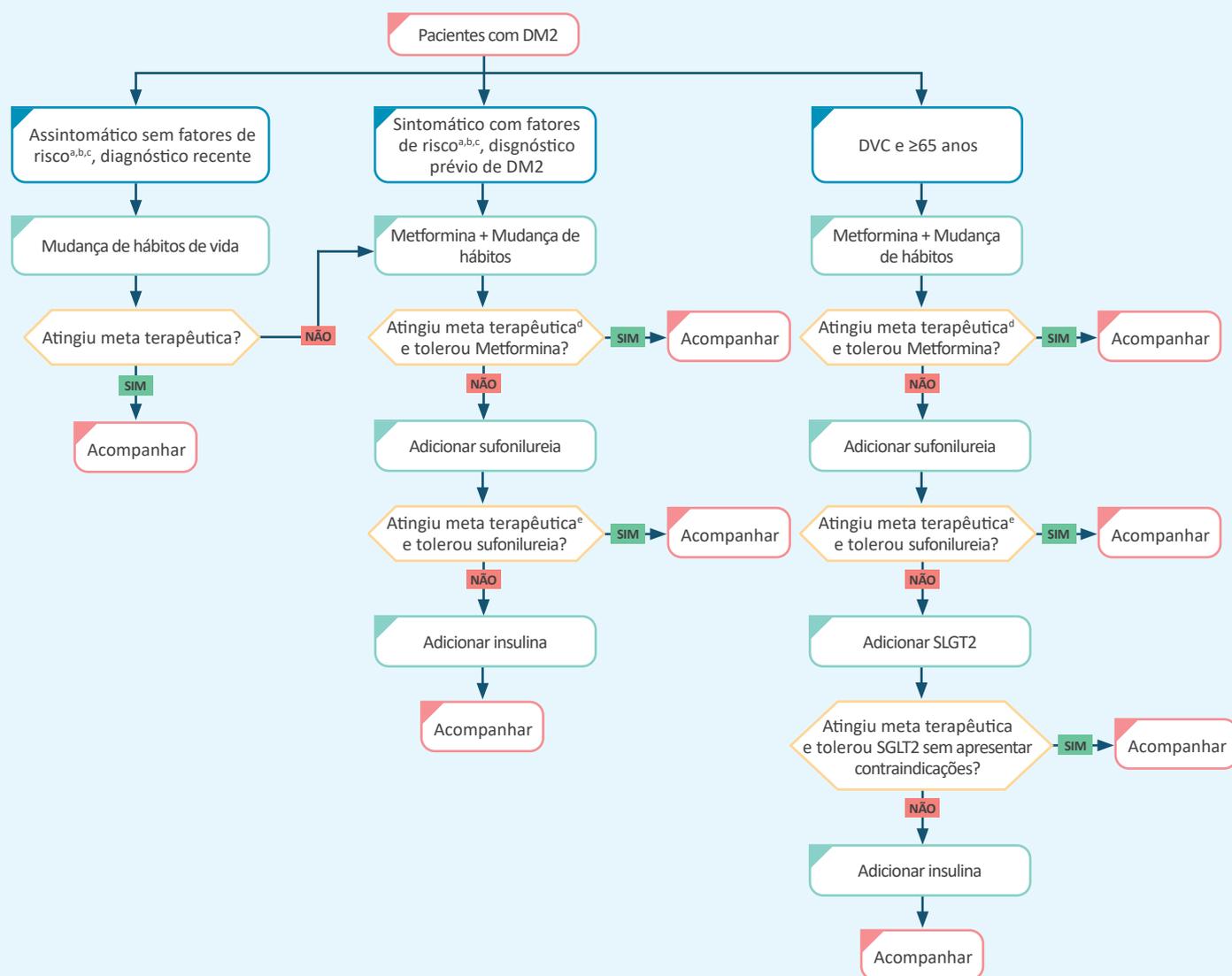
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A modificação de hábitos de vida é fundamental nessa população, mas para um controle glic mico adequado, geralmente faz-se necessário o uso de farmacoterapia.

Classes	Medicamentos	Via administração	Posologia	Contraindicações
Biguanidas	Cloridrato de Metformina 500 mg e 850 mg comprimido	Oral	500 a 850 mg, 1 a 3x/dia	gravidez; insuficiência renal com TFG <30 ml/min/1,73 m ² , hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pr� e p�s-operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.
Sulfonilureias	Glibenclamida 5mg comprimido	Oral	2,5 mg a 20 mg/dia	gravidez, insuficiência renal ou hepática.
	Gliclazida 30 mg e 60 mg comprimido	Oral	30 a 120 mg/dia	
Insulinas	Insulina NPH 100 U/mL suspensão injetável;	Subcutânea	Conforme sugerido em esquema de insulinização*	Não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação.
	Insulina regular 100 U/mL solução injetável;	Subcutânea		
SGLT2i	Dapagliflozina 10 mg comprimido	Oral	10 mg, 1x/dia	gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 45 ml/min/1,73 m ²).

*Orienta es para elaboração do esquema de insulinização e administração da insulina podem ser consultadas na Portaria SCTIE/MS n  54, de 11 de Novembro de 2020.

Fluxo de tratamento



^a Fatores de risco: sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²), sedentarismo, familiar em primeiro grau com DM, mulheres com gestação prévia com feto com ≥ 4 kg ou com diagnóstico de DM gestacional, hipertensão arterial sistêmica ($\geq 140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivo), colesterol HDL ≤ 35 mg/dL e/ou triglicérides ≥ 250 mg/dL, mulheres com síndrome dos ovários policísticos, outras condições clínicas associadas a resistência insulínica, história de doença cardiovascular.

^b DCV: Como doença cardiovascular estabelecida, entende-se: 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%.

^c Caso paciente possua glicemia > 300 mg/dL, iniciar insulina.

^d Caso paciente não seja tolerante, substituir metformina por sulfonilureia.

^e Caso paciente não seja tolerante, substituir sulfonilureia por insulina. Metas terapêuticas: HbA1c $< 10\%$ ou glicemia jejum ≥ 300 , sintomas de hiperglicemia aguda (poliúria, polidipsia, perda ponderal) ou na presença de intercorrências médicas e internações hospitalares devem iniciar insulinoterapia.

★ REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

O encaminhamento ao serviço especializado deve ser realizada diante de: (a) difícil controle glicêmico utilizando mais de 1 U/kg/dia de insulina; (b) casos que requerem esquemas mais complexos, como aqueles com doses fracionadas e com misturas de insulina (duas a quatro injeções ao dia); (c) paciente com insuficiência renal crônica, apresentando TFG ≤ 30 ml/min/1,73m². Nesses casos, devesse suspender metformina e manter insulinoterapia exclusiva até a consulta com endocrinologista. É importante lembrar que a principal causa de descompensação da DM é a má adesão ao tratamento, situação na qual a atenção primária em saúde tem mais instrumentos para ajudar o paciente.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. Portaria SCTIE/MS nº 54, de 11 de Novembro de 2020. E pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal