

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIABETE MELITO TIPO 2

PORTARIA SECTICS/MS
Nº 7, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2024

INTRODUÇÃO

Diabete Melito Tipo 2 (DM2): condição clínica caracterizada por hiperglicemia crônica. Corresponde a 90 - 95% de todos os casos de Diabete Melito (DM).

Mundo: prevalência → 5,89 %; taxa de incidência → 280 casos por 100.000 habitantes.

Brasil: prevalência → 5,8 %; taxa de incidência → 304,5 casos por 100.000 habitantes.

DIAGNÓSTICO

Comumente assintomática, contudo, sinais e sintomas podem ocorrer principalmente após os 40 anos.

Sinais e sintomas clássicos: Poliúria; Polidipsia; Perda ponderal; Noctúria; Polifagia.

Sintomas e condições menos específicos: Fadiga, fraqueza e letargia; Visão turva; Prurido vulvar ou cutâneo; balanopostite; Doença renal crônica (albuminúria, perda de função renal e evolução para insuficiência renal terminal); Neuropatia (parestesias ou dor nos membros inferiores, formigamento, câimbras); Retinopatia; Catarata; Doença aterosclerótica (infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVC), doença vascular periférica); Infecções de repetição.

Diagnóstico laboratorial → baseia-se na detecção de hiperglicemia, por meio dos testes de glicemia plasmática de jejum, glicemia plasmática aleatória, o TOTG e a HbA1c (Quadro I).

Quadro I - Critérios laboratoriais para DM2 em indivíduos com idade > 18 anos

Exames	Valores de referência		
	Normal	pré-DM2	DM2
Glicemia plasmática de jejum (mg/dL) ^{a,b}	< 100	100 a < 126	≥ 126
TOTG (mg/dL) ^{a,b}	< 140	140 a < 200	≥ 200
HbA1c (%) ^b	< 5,7	5,7 a < 6,5	≥ 6,5
Glicemia aleatória ^c	< 200	-	≥ 200

Legenda: TOTG: teste oral de tolerância à glicose de 2 horas com carga oral equivalente a 75 g de glicose anidra diluída em água; HbA1c: hemoglobina glicada; DM2: diabete melito tipo 2. **Notas:** ^a jejum de pelo menos 8h; ^b na ausência de sintomas clássicos de DM2, o diagnóstico definitivo exige dois resultados alterados do mesmo exame em amostras diferentes ou de dois resultados alterados, de exames diferentes avaliados com a mesma amostra de sangue; ^c em paciente com sintomas de hiperglicemia.

Pacientes assintomáticos: se os valores de glicemia de jejum ou HbA1c, numa mesma amostra de sangue, estiverem alterados (Quadro I), o diagnóstico de DM2 é estabelecido; se ambos os valores forem normais, o diagnóstico de DM2 é afastado. Ainda, se apenas um deles estiver superior aos valores de referência normais, os testes devem ser repetidos e o diagnóstico dessa doença é descartado caso os resultados se mantenham. Contudo, o paciente deve permanecer em acompanhamento, sendo novamente rastreado em um ano (conforme Figura I na página 4).

Pacientes sintomáticos: diagnóstico seja realizado por meio de glicemia plasmática aleatória ≥ 200 mg/dL, visando a não postergar o início do tratamento. Em caso de obtenção de valores entre 126 mg/dL e 199 mg/dL, um segundo teste de diagnóstico deve ser realizado visando a confirmação do resultado (Figura II na página 4).

Diagnóstico de crianças e adolescentes: deve ser suspeito, sobretudo quando com sobrepeso ou obesidade e com pelo menos um fator de risco para detecção de DM2 como: histórico de DM materno, histórico familiar de parente de 1º ou 2º grau com DM2, etnia negra, indígena, hispânico ou latina e asiática, sinais de resistência à insulina, *acantose nigricans*, HAS, dislipidemia, SOP, baixo peso ao nascimento e apresentando hiperglicemia em exame de rotina. Diferenciar indivíduos com DM2 e DM1 (estes mais comumente com sintomas clássicos).

Avaliação clínica e laboratorial para a estimativa de risco cardiovascular: a maior causa de morbimortalidade em pacientes com DM2 são as doenças cardiovasculares ateroscleróticas. Considerar:

1. Anamnese: Sexo; Idade; Tabagismo; História prévia de doença cardiovascular (coronariana, cerebrovascular ou vascular periférica).
2. Exame físico: Pressão arterial (PA); Peso; Altura.
3. Exames complementares: Colesterol total (CT); Lipoproteína de baixa densidade (LDL-c); Lipoproteína de alta densidades (HDL-c); Triglicerídeos (TG); Creatinina; Relação albumina/creatinina em amostra urinária; Exame comum de urina; Eletrocardiograma.

Além da avaliação clínica e laboratorial é recomendado uso da calculadora HEARTS/OPAS/OMS, disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>

Consultar item 5 do PCDT Diabete Melito Tipo 2 PT nº 7, de 28/02/2024 (PCDT DM2)

CID 10

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

RASTREAMENTO

Deve ser realizado pela glicemia de jejum e, em caso de necessidade de confirmação diagnóstica → hemoglobina glicada (HbA1c) ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) para indivíduos elegíveis ao rastreamento. A Figura I, na página 4 deste documento, apresenta o fluxograma de rastreamento de DM2.

Indicações de rastreamento em indivíduos assintomáticos, não gestantes, sem diagnóstico prévio da doença:

- Idade ≥ 45 anos
- Indivíduos de qualquer idade com sobrepeso ou obesidade e pelo menos um dos seguintes fatores de risco: etnia negra, hispânico ou latina, asiática ou indígena; história familiar de DM (parente 1º grau); hipertensão arterial sistêmica (HAS); doença cardiovascular; lipoproteína de alta densidade HDL-c < 35 mg/dL; triglicerídeos > 250 mg/dL; síndrome de ovários policísticos (SOP); sedentarismo; história de diabete melito gestacional (DMG); pré-diabete; presença de *acantose nigricans*; apneia obstrutiva do sono; HIV/Aids (Antes de início de terapia antirretroviral (TARV) ou 3 a 6 meses após TARV); indivíduos com fibrose cística (com TTOG); indivíduos que realizaram transplante de órgão (quando o indivíduo estiver estável em regime imunossupressor e na ausência de infecção aguda pode-se utilizar TTOG quando >18anos, mas glicemia de jejum ou HbA1c são mais convenientes).
- Outras condições associadas à resistência insulínica, como obesidade grave e *acantose nigricans*.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Devem ser incluídos nesse PCDT todos os indivíduos com idade ≥ 18 anos e com diagnóstico confirmado de DM2, com ou sem complicações microvasculares ou macrovasculares. Para a realização do rastreamento e confirmação diagnóstica, devem ser incluídos os indivíduos que apresentarem os respectivos critérios de rastreamento e diagnóstico.

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 (IAM prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável AVC 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: HAS, dislipidemia e tabagismo.

Gestantes com DM2 pré-gestacional também são contempladas por este Protocolo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que inicialmente foram rastreados para DM2, mas que não obtiveram confirmação diagnóstica, devem ser excluídos do tratamento e monitoramento previstos neste protocolo. Adicionalmente, serão excluídos desse Protocolo pacientes com DM2 em cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar, uma vez que o manejo destes pacientes deve ser conduzido de acordo com protocolos de urgência. Pacientes que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a qualquer procedimento preconizado por este Protocolo, estão excluídos do uso do respectivo medicamento ou procedimento.

Pacientes com DM gestacional não estão incluídas neste Protocolo.

TRATAMENTO

OBJETIVO: melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações da doença.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

- A modificação de hábitos de vida, como perda de peso, é fundamental.
- Abordagem nutricional com estratégia individualizada e adaptada à realidade socioeconômica e cultural.
- O consumo de bebida alcoólica deve ser contraindicado e o tabagismo cessado.
- Prática de atividade física, bem como a promoção de hábitos de sono saudáveis devem ser incentivadas.
- As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), sempre que disponíveis nos serviços de saúde, devem compor o rol de ações e intervenções, complementando o tratamento da equipe multiprofissional.
- Realizar abordagem, individual ou coletiva, envolvendo a família, com ações educativas sobre a condição clínica, com suporte ao autocuidado (autocuidado apoiado).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Deve ser individualizado conforme a Figura III na página 5 deste documento.

- Pacientes com diagnóstico há < 3 meses e sem fator de risco \rightarrow iniciar o tratamento exclusivamente com mudanças de estilo de vida, incluindo controle de peso, alimentação adequada e saudável e prática de atividade física, e avaliar a resposta terapêutica em 3 meses \rightarrow se não houver resposta adequada, deve-se iniciar cloridrato de metformina em monoterapia.
- Pacientes diagnosticados a 3 meses ou mais ou com fatores de risco \rightarrow tratamento medicamentoso associado a mudanças de estilo de vida deve ser iniciado precocemente.
- **A estratégia inicial \rightarrow metformina em monoterapia.**
- HbA1c $> 7,5\%$ ao diagnóstico de DM2 \rightarrow considerar combinação; sendo sugerido como tratamento de segunda linha as sulfonilureias, seguidas de inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) ou insulina.
- **Gestantes com DM2 pré-gestacional** \rightarrow interromper tratamento não insulínico antes ou logo após o início da gestação, quando estiver garantida a imediata substituição pela insulinoterapia.

- Sulfonilureias (glibenclamida e a gliclazida) \rightarrow geralmente indicada como associação a outros agentes hipoglicemiantes.
- iSGLT2 \rightarrow indicada em associação à metformina ou a outros hipoglicemiantes. Dapagliflozina é recomendado para DM2, em indivíduos com necessidade de segunda intensificação de tratamento com idade ≥ 40 anos e doença cardiovascular estabelecida ou; homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 60 anos com alto risco de desenvolver doença cardiovascular.
- Insulina NPH e insulina regular humana \rightarrow indicada para o tratamento da hiperglicemia quando houver falha no controle glicêmico com hipoglicemiantes orais disponíveis, podendo ser prescrita como parte de esquema combinado ao longo do tratamento
- **Em crianças e adolescentes** \rightarrow o tratamento deve priorizar a mudança do estilo de vida, com o objetivo de promover redução e controle de peso. Metformina (dose de 500 a 2.000 mg/dia) é segura como 1ª opção. Caso não seja suficiente como monoterapia, sugere-se a adição de insulina (prandial e de ação prolongada) ao tratamento. O DM2 nessa faixa etária é mais agressivo para o desenvolvimento de complicações.
- **Complicações** \rightarrow As complicações agudas da DM2 podem ser a hipoglicemia, glicemia aleatória < 70 mg/dL ou a descompensação hiperglicêmica aguda, que pode resultar em complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica.
 - **Hipoglicemia** \rightarrow é aconselhado o treinamento para a identificação de sintomas dos leves e moderados (tremor, palpitação e fome) aos graves (mudanças de comportamento, confusão mental, convulsões e coma).
 - **A longo prazo** \rightarrow complicações crônicas microvasculares (doença renal do diabete (DRD), neuropatia diabética e retinopatia diabética) e macrovasculares (IAM, AVC e doença vascular periférica).
 - **Úlcera do pé diabético** \rightarrow recomenda-se o autocuidado com os pés. Pacientes com úlcera do pé devem ser encaminhados a um nível mais especializado para avaliação complementar se necessário.

Consultar item 8 do PCDT DM2

Quadro II - Valores para a meta terapêutica

Exame	Indivíduos com DM2	Idoso saudável ^a	Idoso comprometido ^b	Idoso muito comprometido ^c	Criança e adolescente
HbA1c %	$< 7,0$	$< 7,5$	$< 8,0$	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	$< 7,0$
Glicemia de jejum(mg/dL)	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
Glicemia 2h pós-prandial(mg/dL)	< 180	< 180	< 180	-	< 180
Glicemia ao deitar(mg/dL)	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150

Nota: ^a Idoso (≥ 60 anos) com poucas comorbidades crônicas, estado funcional e cognitivo preservado; ^b Idoso (≥ 60 anos) com múltiplas comorbidades crônicas, comprometimento funcional leve a moderado, comprometimento cognitivo moderado; ^c Idoso (≥ 60 anos) com doenças terminal como câncer metastático, insuficiência cardíaca (NYHA) classe IV, doença pulmonar crônica demandando oxigenioterapia, pacientes em diálise; comprometimento funcional e cognitivo grave

MONITORIZAÇÃO

O paciente com DM2 deve ter acompanhamento multiprofissional e biopsicossocial, com reavaliação regular, a cada 3 a 6 meses no máximo, para ajustar o tratamento, se necessário, evitando a inércia terapêutica. Pacientes com DM2 e dificuldade para o autocuidado precisam de maior suporte até que consigam ampliar seus conhecimentos e habilidades sobre a doença. O apoio e educação do paciente deverá ser realizado inicialmente pela equipe de saúde e pode ser compartilhado com pessoas de contato próximo do paciente com DM2, como familiares, amigos e cuidadores. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde é fundamental para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento seja efetivo. A fim de promover ações integradas de educação em saúde, minimizar os eventos adversos do tratamento e garantir a adesão do paciente às medidas terapêuticas, o automonitoramento da glicemia capilar nos pacientes que utilizam insulina é uma ferramenta importante. Não existem evidências científicas suficientes de que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes com DM2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo-efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe de saúde, conforme protocolo instituído. Esse tipo de monitoramento deve ser oferecido de forma continuada aos indivíduos selecionados, de acordo com as circunstâncias pessoais e o quadro clínico.

Dessa forma, para pacientes com DM2, a frequência do automonitoramento da glicemia capilar deve ser determinada individualmente, dependendo da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de adequar seu tratamento medicamentoso a partir das informações disponíveis.

Quanto aos exames complementares, deve-se monitorar glicemia em jejum, HbA1c, perfil lipídico, creatinina sérica, proteinúria e fundoscopia. A avaliação da proteinúria pode ser realizada com albuminúria isolada, albuminúria dividida por creatinúria ou proteinúria dividida por creatinúria; todos os exames podem ser realizados em amostra de urina isolada, desde que se confirmem valores alterados. Também devem ser solicitados exames para avaliação de cardiopatia isquêmica, conforme suspeita clínica na avaliação do paciente.

O risco cardiovascular deve ser estimado na avaliação inicial e periodicamente (pelo menos uma vez ao ano) em pacientes com DM2, para implementar as intervenções preventivas necessárias para reduzir esses desfechos e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

O monitoramento do peso, a estratificação do risco cardiovascular e a mensuração da PA devem ser avaliados em cada consulta. A avaliação do pé diabético (monofilamento e pulsos podais), de dislipidemia (colesterol total, triglicérides, HDL-c, LDL-c), de nefropatia (creatinina sérica, albuminúria) e de retinopatia (fundoscopia) devem ser realizadas ao diagnóstico e anualmente. A avaliação da glicemia plasmática de jejum e HbA1c será no diagnóstico e a cada 6 meses.

Por fim, o suporte de médico endocrinologista, seja por meio de consulta após o encaminhamento pela Atenção Primária à Saúde (APS), consulta compartilhada, teleinterconsulta ou teleconsultoria, é benéfico, especialmente em casos mais graves, dificuldade em atingir metas terapêuticas, necessidade de insulina ou de ajuste das doses dos medicamentos.

REGULAÇÃO E CONTROLE

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes deste Protocolo, a duração e o monitoramento do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso dos medicamentos. Deve-se verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo. Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s).

O tratamento do paciente com DM2 deve ser multidisciplinar, incluindo promoção e prevenção da saúde, controle de comorbidades e imunizações. Na maioria dos casos, a apresentação clínica não é grave, sendo o acompanhamento realizado, preferencialmente, no âmbito da APS. Nesse contexto, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e tem como enfoque prioritário a realização de um direito humano básico, que proporcione a realização de práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente.

Ainda, como parte da rede de APS, o Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos, voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros.

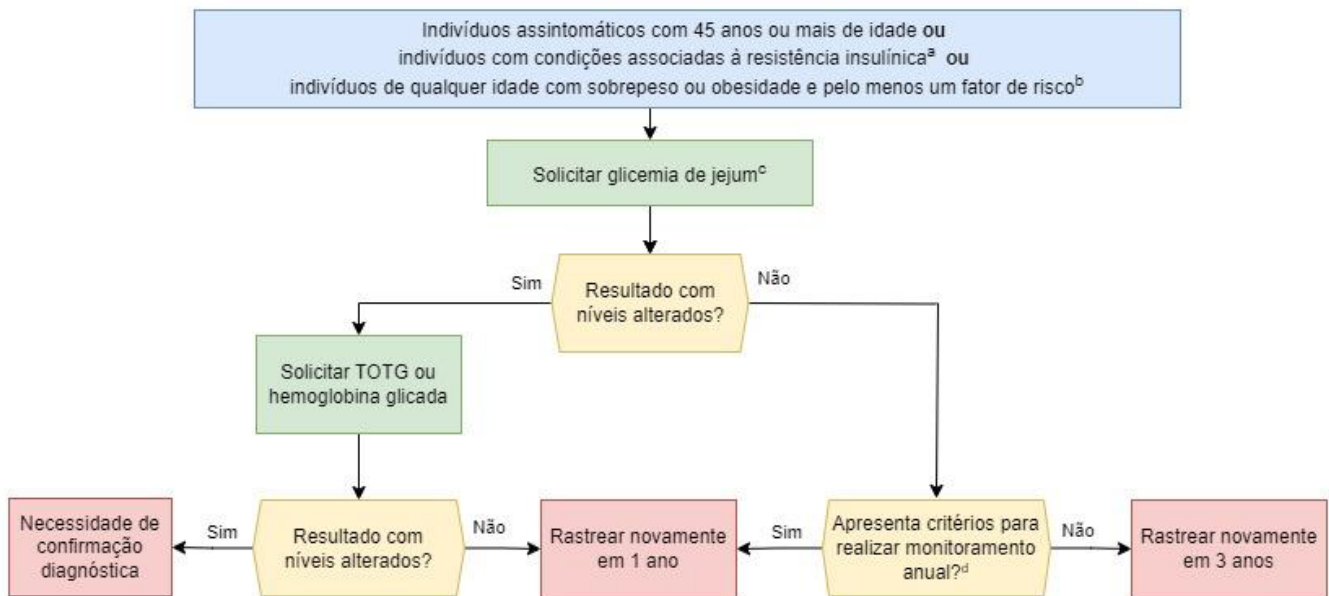
Nesse sentido, deve ser observado o artigo 7º da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que estabelece os seguintes eixos de ações para serem desenvolvidos nos polos do programa: Práticas corporais e Atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; PICS; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade. Em relação às PICS, estas práticas foram institucionalizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC). Uma das ideias centrais dessa abordagem é uma visão ampliada do processo saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral do ser humano, especialmente do autocuidado. As PICS não substituem o tratamento tradicional e podem ser indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso.

Diante dos desafios para o controle de doenças crônicas não transmissíveis e dos seus fatores de risco no País, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021. A Estratégia de Saúde Cardiovascular conta com um Instrutivo para profissionais e gestores de saúde na APS para promover e qualificar ações de prevenção, controle e atenção integral às pessoas com doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, orientada a partir de 3 objetivos: i) Qualificar a atenção integral às pessoas com condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares; ii) Dar suporte ao desenvolvimento de ações para prevenção e controle das condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares, com ênfase para os casos de HAS e DM; iii) Promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução nas taxas de complicações, internações e morbimortalidade por doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

A equipe de saúde da APS é responsável por realizar ações de promoção da saúde, prevenção e identificação dos fatores de risco para a doença e suas complicações, avaliação das condições de saúde e socioeconômicas, manejo da condição e orientação quanto à prevenção e ao controle das complicações crônicas. A consulta médica inicial deverá incluir 4 aspectos fundamentais: a história do paciente, o exame físico (medidas antropométricas, da PA, frequência cardíaca, exame dos pés, ausculta cardíaca e pulmonar, exame de cavidade oral e exame de fundo do olho), a avaliação laboratorial e estratificação do risco cardiovascular. O sistema de assistência à saúde por meio dos gestores deve garantir a implementação de estrutura que permita identificação de pacientes com DM2 em tempo ideal, e a capacitação de profissionais da equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das estratégias medicamentosas e não medicamentosas de controle do DM2. A assistência à saúde deverá ocorrer de acordo com as necessidades e o grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta.

Ainda, o médico da APS pode encaminhar os pacientes à Atenção Especializada, em casos de presença de complicações, como alteração em exame de fundoscopia, amostra urinária com albuminúria ou diminuição da sensibilidade nos pés. É fundamental que por meio do cuidado compartilhado desse paciente, seja elaborado um plano de cuidado conjunto entre os dois serviços. É importante lembrar que a principal causa de descompensação da DM2 é a má adesão ao tratamento, situação na qual a APS tem mais instrumentos para auxiliar o usuário.

FIGURA I. FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 2 EM INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS NÃO GESTANTES.

**Notas:**

^a Como obesidade grave e *acantose nigricans*.

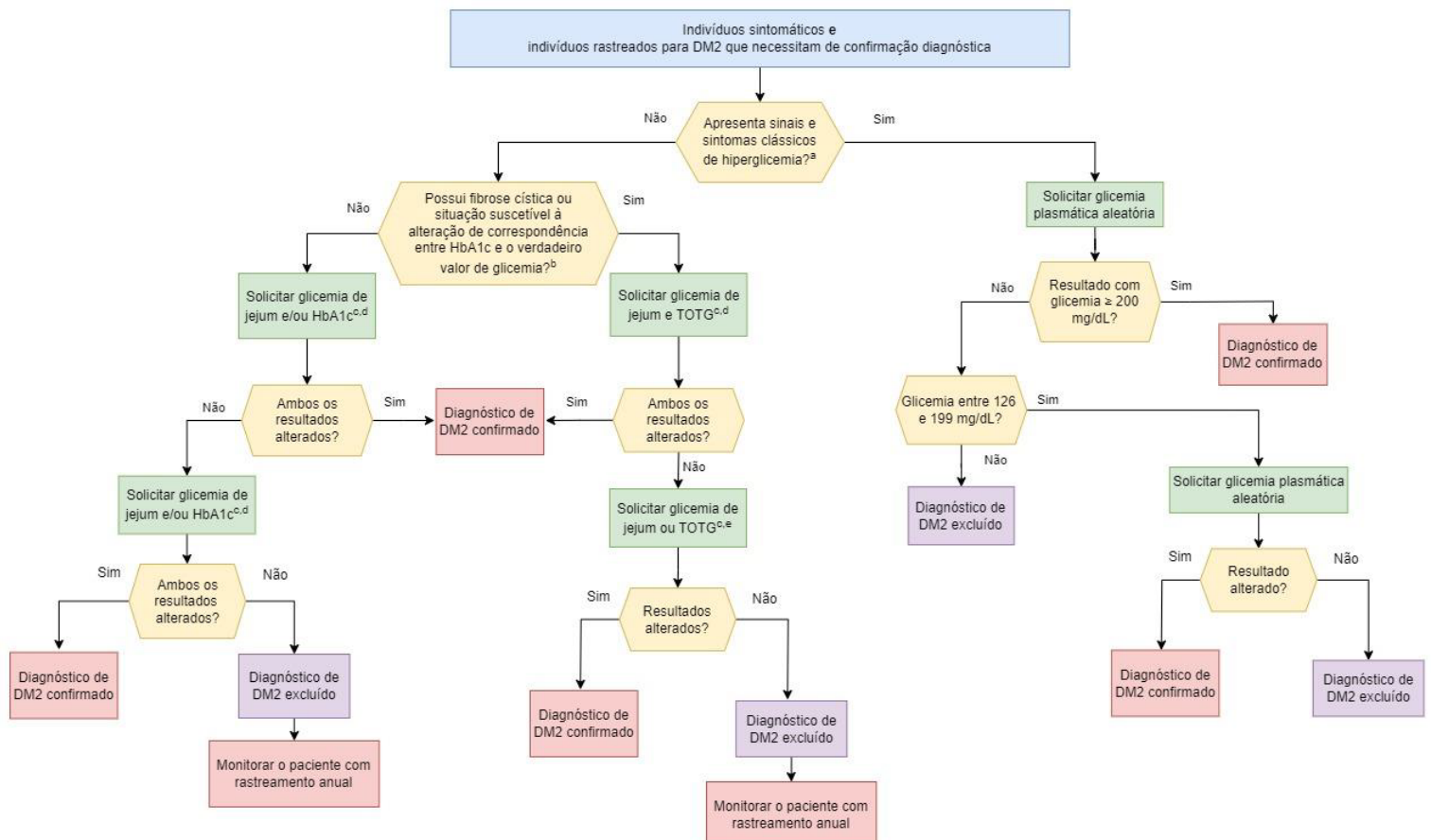
^b Fator de risco: etnia negra, hispânico ou latina, asiática ou indígena; história familiar de diabetes melito (parente de 1º grau com diabetes melito); hipertensão arterial sistêmica; doença cardiovascular prévia; HDL colesterol menor que 35 mg/dL; triglicédeos maior que 250 mg/dL; síndrome de ovários policísticos; sedentarismo; história prévia de diabetes melito gestacional; pré-diabetes melito; apneia obstrutiva do sono; indivíduos vivendo com HIV/Aids, fibrose cística e que tenham realizado transplante de órgãos, e; outras condições.

^c Se indivíduos com fibrose cística, o rastreamento deve ser conduzido com o teste oral de tolerância à glicose.

^d Critérios para o rastreamento anual: Presença de mais de um fator de risco para diabetes melito tipo 2, ganho de peso acelerado ou mudança em fatores de risco, doenças associadas à diabetes secundário como endocrinopatias, doenças pancreáticas ou condições frequentemente associadas a DM, como doença periodontal e esteatose hepática.

Legenda: TOTG: teste oral de tolerância à glicose.

FIGURA II. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE DIABETE MELITO TIPO 2 EM INDIVÍDUOS COM IDADE SUPERIOR A 18 ANOS.

**Notas:**

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

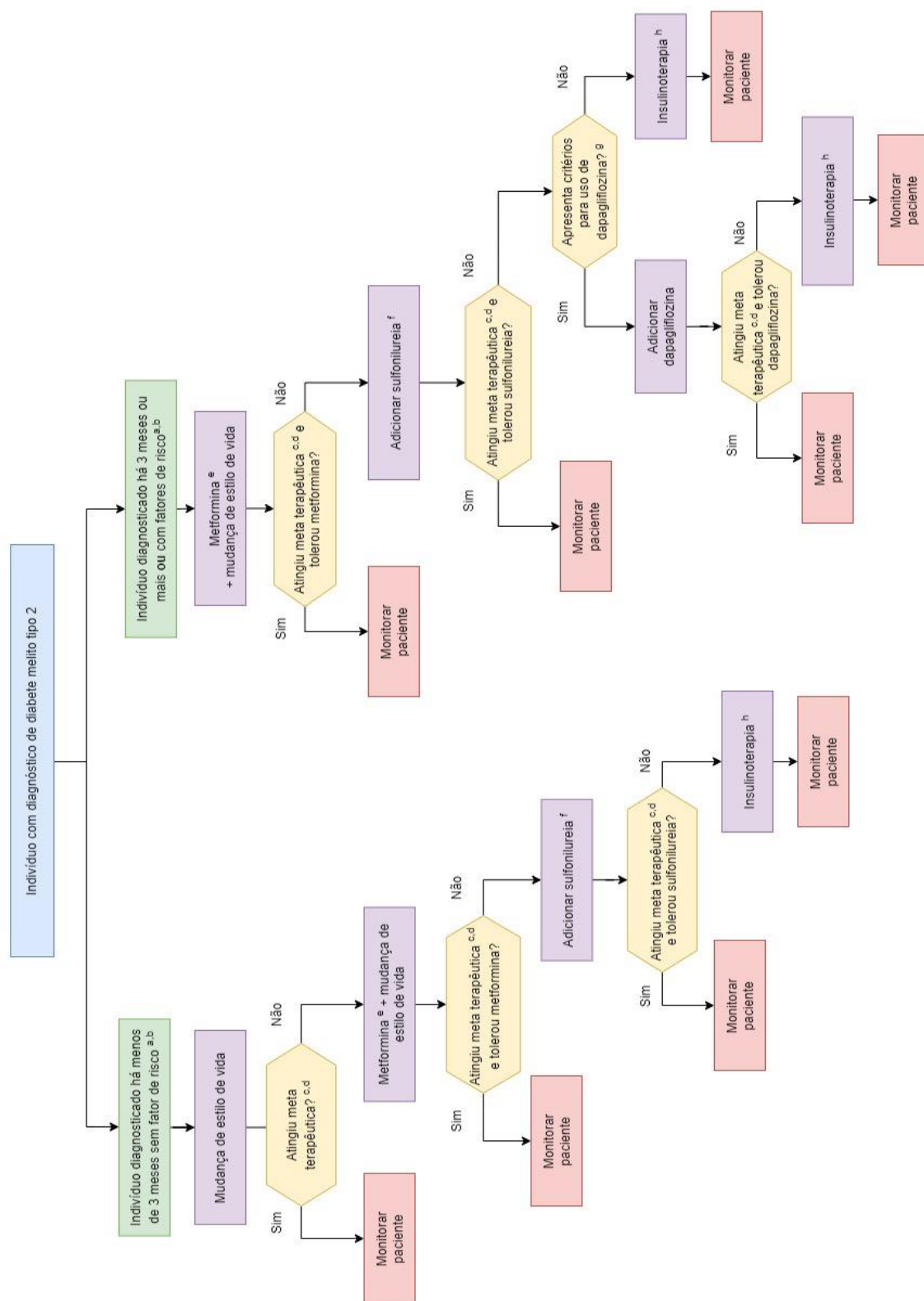
^b Condições: anemia aguda, hemoglobinopatias, variantes de hemoglobina, transfusões sanguíneas, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, uso de alfaerpoetina, uso de antirretrovirais, hemodiálise, gestação (2º e 3º trimestres) e puerpério.

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

^d Os exames podem ser feitos com a mesma amostra ou com duas amostras diferentes.

Legenda: DM2: diabetes melito tipo 2; HbA1c: hemoglobina glicada; TOTG: teste oral de tolerância à glicose.

FIGURA III. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO PARA INDIVÍDUOS COM IDADE SUPERIOR A 18 ANOS COM DIABETE MELITO TIPO 2.



Notas:

a Fatores de risco: sobrepeso ou obesidade (IMC \geq 30 kg/m²), sedentarismo, familiar em primeiro grau com diabetes melito, mulheres com gestação prévia cujo peso do feto era maior ou igual a 4 kg ou com diagnóstico de diabetes melito gestacional, pressão arterial igual ou maior a 140/90 mmHg ou em uso de anti-hipertensivo, HDL colesterol \leq 35 mg/dL ou triglicérides \geq 250 mg/dL, mulheres com síndrome dos ovários policísticos, outras condições clínicas associadas à resistência insulínica, história de doença cardiovascular.

b Indivíduos com Hemoglobina glicada (HbA1c) > 9% ou glicemia jejum \geq 300 mg/dL, sintomas de hiperglicemia aguda (poliúria, polidipsia, perda ponderal) ou na presença de intercorrências médicas e internações hospitalares decorrentes de diabetes melito tipo 2 devem iniciar insulinoterapia.

c Avaliar o estado glicêmico após 3 a 6 meses, no máximo.

d Metas terapêuticas: HbA1c < 7,0% ou, em idosos, de 7,5% a 8,0%.

e Sugere-se iniciar com metformina 850 mg, 1 comprimido ao dia, podendo aumentar após 2 semanas. Destacando que a dose máxima terapêutica é de 2.550 mg por dia (dose máxima efetiva).

f Para idosos, sugere-se a gliclazida como sulfonilureia como opção à glibenclâmida.

g Critério de elegibilidade para dapagliflozina: indivíduos com necessidade de segunda intensificação de tratamento com 40 anos ou mais e doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angora estável ou instável, acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%), ou: homens com 55 anos ou mais ou mulheres com 60 anos ou mais e alto risco de desenvolver doença cardiovascular, definido como ao menos um dos seguintes fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo.

h Os hipoglicemiantes orais podem ser mantidos, a critério médico, principalmente a metformina nos casos com resistência à insulina.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria SECTICS/MS nº97, de 28 de fevereiro de 2024 e pode ser acessada em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/PCDTDM2.pdf>