

# 01

## TRATAMENTO

### PRINCÍPIOS GERAIS E OBJETIVOS

O tratamento do Diabetes Mellitus (DM) inclui educação do paciente, modificações do estilo de vida (suspensão do fumo, realização de atividade física e reorganização dos hábitos alimentares) e uso de medicamentos.

Depois do início ou do ajuste do tratamento, o paciente sempre deve ser reavaliado, sendo seu tratamento ajustado até que se obtenham as metas propostas pelas várias sociedades nacionais e internacionais que estudam a

doença. Há discrepâncias entre as metas propostas por diferentes sociedades.

Em geral, devem-se individualizar as metas, preferindo controle glicêmico mais rigoroso para pacientes mais jovens, sem comorbidades, com diagnóstico recente de diabetes, e controle glicêmico mais frouxo para pacientes mais idosos, com comorbidades (insuficiência renal, coronariopatia), com longa duração do diabetes e com maior risco de hipoglicemia.

#### METAS NO TRATAMENTO DO DIABETES – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD)

PARÂMETROS	METAS DESEJÁVEIS	METAS TOLERÁVEIS
<b>GLICEMIAS DE JEJUM E PRÉ-PRANDIAIS</b>	<110mg/dL	<130mg/dL
<b>GLICEMIA PÓS-PRANDIAL</b>	<160mg/dL	<180mg/dL
<b>A1C</b>	<7% na maioria dos adultos	7,5 a 8,5% (lactentes, pré-escolares) <8% (escolares) <7,5% (adolescentes) <8% em idosos <6% na gravidez

**METAS NO TRATAMENTO DO DIABETES -  
AMERICAN DIABETES ASSOCIATION**

PARÂMETROS	METAS
<b>GLICEMIAS DE JEJUM E PRÉ-PRANDIAL</b>	80 a 130mg/dL
<b>GLICEMIA NO PICO PÓS-PRANDIAL</b>	<180mg/dL
<b>A1C</b>	<7% (individualizar)

Lembramos que o tratamento do diabetes sempre deve ser multidisciplinar e multiprofissional, buscando também o controle pressórico e lipídico e, eventualmente, a antiagregação plaquetária, para prevenção de doenças cardiovasculares e renais e demais complicações.

**METAS DE CONTROLE PRESSÓRICO NO DIABETES (SBD, 2015)**

Adultos com menos de 60 anos	PA <140x90mmHg
Adultos com 60 anos ou mais	PA <150x90mmHg
Pacientes mais jovens, com maior expectativa de vida, maior risco de acidente vascular cerebral ou evidência de lesão renal (se puderem ser obtidos sem eventos adversos ou risco para o paciente)	PA <130x80mmHg

O guideline da American Heart Association de 2013 considera todo portador de diabetes acima de 40 anos como sendo pelo menos de moderado risco para doença cardiovascular aterosclerótica e sugere que deve ser tratado com estatina para redução do colesterol LDL em pelo menos 30% do valor inicial. Também reforça que as estatinas de escolha sejam atorvastatina, rosuvastatina ou pitavastatina pelo efeito pleiotrópico que exercem.

A posição da SBD após essa publicação resume-se na Tabela a seguir:

**TRATAMENTO DA DISLIPIDEMIA NO DIABETES (SBD, 2015)**

Diabéticos com doença cardiovascular prévia devem ser tratados com estatina. A meta deve ser uma redução do colesterol LDL em pelo menos 50% do basal, sendo recomendado tratamento intensivo com estatinas.	Grau de evidência A
Diabéticos com idade acima de 40 anos e sem doença cardiovascular, mas com 1 ou mais fatores de risco (história familiar de doença arterial coronariana precoce, hipertensão, tabagismo, retinopatia ou albuminúria), devem fazer tratamento moderado com estatinas. A meta é a uma redução do colesterol LDL em pelo menos 30% do basal.	Grau de evidência C

# 02

## MEDICAMENTOS HIPOGLICEMIANTES

### INÍCIO E AJUSTE DO TRATAMENTO DO DM TIPO 2

As diretrizes de 2015 da SBD estabelecem que, no momento do diagnóstico do DM2, já se deve iniciar medicação hipoglicemiante, juntamente com mudanças do estilo de vida, em todos os pacientes. A escolha da melhor medicação vai depender do nível de glicemia e das características do paciente.

A metformina, associada às mudanças de estilo de vida, será a 1ª opção na maioria dos pacientes com DM2, mesmo naqueles com peso normal. Em pacientes com glicemia mais elevada (200 a 300mg/dL), assintomáticos, já

se deve iniciar o tratamento usando a associação de metformina com uma 2ª droga, objetivando a obtenção mais rápida das metas de tratamento. Nos pacientes com glicemia ainda mais alta (>300mg/dL), ou com sintomas, perda de peso, cetoacidose ou intercorrências graves, a insulina é a melhor opção inicial.

Sempre que é iniciada (ou ajustada) a terapêutica, o paciente deve ser reavaliado num prazo de 1 a 3 meses, e novos ajustes devem ser feitos caso as metas ainda não tenham sido atingidas.

NÍVEIS DE GLICEMIA	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE	TRATAMENTO INICIAL
<200mg/dL	Assintomático, sem doenças agudas concomitantes	MEV + metformina
200 a 300mg/dL	Ausência de sintomas graves ou significantes ou cetonúria	MEV + metformina + 2ª droga oral
>300mg/dL	Perda de peso significativa; ou sintomas graves e significantes; ou presença de cetonúria	Insulinoterapia com ou sem metformina + MEV
>300mg/dL	Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar; ou intercorrência grave concomitante	Hospitalização

MEV: Mudanças do Estilo de Vida.

NA ESCOLHA DA 2ª DROGA, DEVEM-SE CONSIDERAR O PERFIL DO PACIENTE E SEUS NÍVEIS GLICÊMICOS (TABELA A SEGUIR):

**INICIAR COM MONOTERAPIA, A MENOS QUE:**

A1C  $\geq$ 9%: considerar terapia dupla;

A1C  $\geq$ 10%, glicemia  $\geq$ 300mg/dL ou paciente com sintomatologia significativa: considerar terapia injetável combinada.

**MONOTERAPIA\* COM METFORMINA**

<b>EFICÁCIA</b>	Alta
<b>RISCO DE HIPOGLICEMIA</b>	Baixo
<b>INFLUÊNCIA NO PESO CORPORAL</b>	Neutra/perda
<b>EFEITOS COLATERAIS</b>	Gastrintestinais, acidose láctica
<b>CUSTO</b>	Baixo

Observação: se a A1c não atingir os parâmetros alvo com 3 meses de monoterapia, proceder com combinação de 2 fármacos (a ordem não expressa nenhuma preferência específica – a escolha do fármaco depende de uma variedade de fatores relacionados ao paciente e à doença).

**TERAPIA DUPLA\* COM METFORMINA+**

	SULFONILUREIA	GLITAZONA	INIBIDOR DE DPP-IV	INIBIDOR DE SGLT2	AGONISTA DE RECEPTOR GLP-1	INSULINA (BASAL)
<b>EFICÁCIA</b>	Alta	Alta	Intermediária	Intermediária	Intermediário	Altíssima
<b>RISCO DE HIPOGLICEMIA</b>	Moderado	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Alto
<b>INFLUÊNCIA NO PESO CORPORAL</b>	Ganho	Ganho	Neutro	Perda	Perda	Ganho
<b>EFEITOS COLATERAIS</b>	Hipoglicemia	Edema, insuficiência cardíaca, fraturas	Raro	Geniturinário, desidratação, fraturas	Gastrintestinais	Hipoglicemia
<b>CUSTO</b>	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Alto	Alto

Observação: se a A1c não atingir os parâmetros alvo com 3 meses de terapia dupla, proceder com combinação de 3 fármacos (a ordem não expressa nenhuma preferência específica – a escolha do fármaco depende de uma variedade de fatores relacionados ao paciente e à doença).

**TERAPIA TRIPLA \* COM METFORMINA+**

SULFONILUREIA+	GLITAZONA+	INIBIDOR DE DPP-IV+	INIBIDOR DE SGLT2+	AGONISTA DE RECEPTOR GLP-1+	INSULINA (BASAL)+
Glicazona ou	Sulfonilureia ou	Sulfonilureia ou	Sulfonilureia ou	Sulfonilureia ou	Glicazona ou
Inibidor de DPP-IV ou	Inibidor de DPP-IV ou	Glicazona ou	Glicazona ou	Glicazona ou	Inibidor de DPP-IV ou
Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de DPP-IV ou	Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de SGLT2 ou
Agonista de receptor GLP-1 ou	Agonista de receptor GLP-1 ou	Insulina (basal)	Agonista de receptor GLP-1 ou	Insulina (basal)	Agonista de receptor GLP-1 ou
Insulina (basal)	Insulina (basal)		Insulina (basal)		

Observação: se a A1c não atingir os parâmetros alvo com 3 meses de terapia tripla:

- Em paciente em terapia combinada oral, substituir por insulina basal ou agonista de receptor GLP-1;
- Em paciente em terapia com agonista de receptor GLP-1, acrescentar insulina basal; ou
- Em paciente em terapia com insulina basal titulada, acrescentar agonista de receptor GLP-1 ou insulina de ação rápida.

Terapia com metformina deve ser mantida, enquanto outros fármacos orais podem ser retirados para evitar gastos e complicações desnecessárias no tratamento.

Mudança do estilo de vida

Fonte: [http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc\\_40\\_s1\\_final.pdf](http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf).

**NO CASO DE O TRATAMENTO COM 2 MEDICAMENTOS NÃO TER ATINGIDO OS NÍVEIS DESEJADOS DE CONTROLE GLICÊMICO, PODE-SE OPTAR POR:**

Adicionar um 3º agente oral da lista inicial, que tenha outro mecanismo de ação;

Adicionar insulina de ação basal ao deitar, mantendo-se 2 agentes orais;

Suspender os secretagogos orais e utilizar insulinoterapia intensiva, em várias doses diárias. Usualmente, esse tratamento causa aumento de peso. A manutenção do sensibilizador a insulina (metformina ou glitazona) é sempre interessante nos pacientes que passam a fazer uso de insulina.