ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

v.11/10/23

- ✚ O diabetes mellitus (DM) é uma doença complexa, com alteração no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras e está relacionado a complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença cardiovascular, cerebrovascular e vascular periférica). O controle inadequado determina maior perfil de risco para estas complicações.
- ✚ O tratamento adequado envolve modificações de estilo de vida (MEV) como alimentação saudável, prática regular de atividades físicas e evitar o tabagismo.
- ✚ A obtenção de metas de controle de comorbidades como hipertensão e dislipidemia são fundamentais para a redução dos riscos micro e macrovasculares.
- ✚ Histórico de complicações micro e macrovasculares certamente incrementam o risco destes usuários.
- ✚ A forte dependência da Mudança de Estilo de Vida (MEV) associada à ação limitada da farmacoterapia e à natureza progressiva do DM faz com que a obtenção de metas de controle glicêmico (Hemoglobina glicada – HbA1c) seja um dos maiores desafios no manejo de usuários com diabetes.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DM2

A organização da atenção à pessoa com DM depende da ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, determinada pelo controle glicêmico.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO DM BASEADA NO CONTROLE GLICÊMICO	
RISCO HABITUAL (BAIXO) <ul style="list-style-type: none">• Pop. em geral• Pessoas idosas em fragilização ou frágeis	HbA1c 7,0% ou menos HbA1c 8,0% ou menos
RISCO INTERMEDIÁRIO <ul style="list-style-type: none">• Pop. em geral• Pessoas idosas em fragilização ou frágeis	HbA1c 7,1% a 8,0% HbA1c 8,1% a 8,9%
RISCO INTERMEDIÁRIO COMPLEXO <ul style="list-style-type: none">• Pop. em geral• Pessoas idosas em fragilização ou frágeis	HbA1c 8,1% a 8,9%
RISCO ALTO	HbA1c 9% ou mais

- ✚ Para a população idosa (60 anos ou mais), a meta é ajustada para 8% ou menos quando há fragilização ou fragilidade já instituída, pelo risco de hipoglicemias que determina maior risco cardiovascular.
- ✚ Comorbidades cardiovasculares importantes e limitação significativa de expectativa de vida também impõem individualização nas metas glicêmicas.

CONCENTRAÇÃO DE CUIDADO

- ✚ A estratificação de risco determina a intensificação do cuidado tanto na concentração de consultas e atendimentos na APS como na realização de exames complementares e encaminhamentos para atenção ambulatorial especializada. O quadro a seguir descreve a periodicidade mínima esperada, mas revisões mais frequentes podem ser necessárias, a depender dos resultados e comorbidades encontradas.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

v.11/10/23

CONCENTRAÇÃO DE CUIDADO CONFORME O ESTRATO DE RISCO			
	ESTRATO DE RISCO		
	HABITUAL OU BAIXO	INTERMEDIÁRIO/ INTERMEDIÁRIO COMPLEXO	ALTO
CONSULTAS NA APS			
- médico	Semestral	Trimestral	Semanal com o enfermeiro ou farmacêutico ou médico até o alcance da META de AMGC, passando a mensal até META de HbA1c ou redução 1 a 2% ou mais, quando pode passar a trimestral com o médico e semestral com o enfermeiro
- enfermeiro	Anual	Semestral	
- farmacêutico	Quando agendado pela equipe	Quando agendado pela equipe	
EXAMES/AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES			
- Glicemia de jejum	semestral	trimestral	trimestral
- Hemoglobina glicada	semestral	trimestral	Mensal até meta ou redução 1 a 2% ou mais, após trimestral
- Creatinina	anual	anual	anual
- Colesterol total	anual	anual	anual
- Colesterol frações	anual	anual	anual
- Triglicérides	anual	anual	anual
- Relação albumina-creatinina	anual	anual	anual
- ECG	anual	anual	anual
- Fundoscopia	anual	anual	anual
- Avaliação dos pés	anual ou mais frequente	anual ou mais frequente	anual ou mais frequente
AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR			
- Glicemia capilar de jejum	Para usuários em insulino terapia ao deitar - 1 exame diário até a meta glicêmica - 3 a 4 exames por semana após alcance da meta glicêmica		
- Glicemia capilar de jejum, antes do almoço, antes do jantar e ao deitar	Para usuários em insulino terapia basal plus ou mais - 4 exames diários até a meta glicêmica - 2 exames diários em horários alternados após alcance da meta glicêmica		

- A frequência da avaliação dos pés depende da presença de ulceração ou deformidades ou do risco de ulceração (ver documento orientativo Avaliação e Manejo do Risco de Ulceração nos Pés de Pessoas com Diabetes).

RISCO DE ULCERAÇÃO DO PÉ	FREQUÊNCIA RECOMENDADA DE AVALIAÇÃO
Muito baixo	Anualmente
Baixo	6 a 12 meses
Moderado	3 a 6 meses
Alto	1 a 3 meses
Já ulcerado/ com lesão	De acordo com a necessidade

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Independente do estrato de risco, os **objetivos** do tratamento das pessoas com DM são:

- Reduzir risco cardiovascular por meio da estabilização da pressão arterial e do perfil lipídico,
- Antecipar problemas futuros (evolução da doença),

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

v.11/10/23

- ✚ Prover educação em diabetes, englobando orientação de MEV, manutenção/obtenção de peso saudável, sinais e sintomas de alerta, exames de acompanhamento, etc.),
- ✚ Apoiar o autocuidado e o autogerenciamento da condição de saúde pelo usuário, familiares e cuidadores.

O plano de cuidado engloba:

INDICADOR	OBJETIVOS/ METAS e ORIENTAÇÕES			
ESTILO DE VIDA	Alimentação saudável Prática regular de atividade física moderada (150 minutos/semana de atividade aeróbica) Para fumantes - abordagem mínima para cessação do tabagismo e encaminhamento para abordagem e tratamento intensivo Para não fumantes – prevenção de exposição à fumaça ambiental Abstinência ou consumo não nocivo de álcool			
NUTRIÇÃO	Manter peso saudável (IMC 18,5 a 25 kg/m2 adultos ou 22 a 27 kg/m2 idosos) Perder 5 a 10% do peso se sobrepeso ou obesidade presente			
CONTROLE GLICÊMICO	HbA1c 7% ou menos na pop. geral ou 8% ou menos na pop. Idosa em fragilização ou frágil AMGC – 50% ou mais dos resultados entre 70 e 180 mg/dL			
PRESSÃO ARTERIAL	Monitorar e estabilizar PA < 130/80 mmHg Iniciar terapia anti-hipertensiva se PA ≥ 140/90 mmHg; se doença renal crônica ou doença arterial coronariana se PA ≥ 130/80 mmHg			
	RCV baixo	RCV intermediário	RCV alto	RCV muito alto
LDL-colesterol	< 100 mg/dL	< 100 mg/dL	< 70 mg/dL	< 50 mg/dL
FUNÇÃO RENAL	Prevenir, monitorar e estabilizar/tratar complicação microvascular renal			
RETINA	Prevenir, monitorar e estabilizar/tratar complicação microvascular retineana			
PÉS	Prevenir, monitorar risco de ulceração/ amputações e estabilizar/tratar complicação neuropáticas ou vasculares nos pés Orientar cuidado com os pés, calçados e meias			
SAÚDE MENTAL	Prevenir, monitorar e estabilizar/tratar transtornos mentais associados			
SAÚDE BUCAL	Prevenir lesões bucais (processos infecciosos e inflamatórios) Orientar higiene bucal			
SAÚDE REPRODUTIVA	Reduzir risco materno-infantil Orientar sobre risco gestacional, indicar métodos contraceptivos definitivos para casais que não queiram mais filhos			
VACINAÇÃO	Influenza - anual Pneumo 23 – duas doses com intervalo de 5 anos. Se a segunda dose for realizada em usuários com menos de 60 anos, realizar terceira dose (CRIE – preencher formulário específico) Haemophilus influenzae tipo B – uma dose única (CRIE – preencher formulário específico)			

INÉRCIA TERAPÊUTICA

Quando a HbA1c persiste fora da meta, recomenda-se uma CONDUTA PROATIVA da equipe de saúde, vencendo a inércia terapêutica. Para tanto, é preciso:

- ✚ Avaliar adesão ao uso adequado dos medicamentos.
- ✚ Reforçar MEV mas otimizar o uso de medicamentos - não esperar apenas as MEV!
- ✚ Ao aumentar a dose do antidiabético (ADO) em uso ou introduzir novo medicamento, é necessário reavaliar o usuário e a HbA1c em 6 a 12 semanas. Se não houver alcance da meta da HbA1c, é preciso aumentar a dose ou introduzir novo medicamento novamente. As recomendações são:

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

v.11/10/23

- Para os que estão em uso de metformina, aumentar a dose até 2.550 mg/dia (dose máxima diária). Na presença de intolerância gastrointestinal, é possível indicar metformina de liberação prolongada, disponível na Farmácia Popular, iniciando com dose baixa e ajustando de acordo com a tolerância.
 - Se já em dose máxima de metformina (ou máxima tolerada), acrescentar gliclazida em doses progressivas de 30 a 120 mg (1 a 2 cp). Ao contrário da metformina, deve-se utilizar a menor dose de sulfonilureia que atinja o controle metabólico.
 - Se ao diagnóstico de DM, a HbA1c for maior que 7,5%, considerar iniciar metformina associada à gliclazida.
 - Para aqueles com Doença Cardiovascular Estabelecida, introduzir dapagliflozina 10 mg/dia, preenchendo os documentos necessários (LME) para acesso ao Componente Especializado da Farmácia da SESA.
 - Caso não tenha ainda obtido as metas, considerar outra opção farmacológica, mesmo que fora do rol de medicamentos da Farmácia Curitibana e da SESA, ou iniciar terapia insulínica (*bedtime*) – ver documento orientativo Recomendações para Insulinização no Diabetes mellitus tipo 2.
 - Para os que estão em insulinoterapia, mudar o esquema de insulinização (ver documento orientativo Recomendações para Insulinização no Diabetes mellitus tipo 2).
 - Se a HbA1c está 9% ou mais, o ajuste medicamentoso deve ser imediato, com introdução ou otimização de insulina, e as reavaliações devem ser semanais com o enfermeiro ou o farmacêutico ou o médico até o alcance da META de AMGC. Nesses casos, é necessário baixar semanalmente os resultados do software de gerenciamento de glicemia (se indisponível, verificar mapa preenchido pelo usuário).
 - Além de verificar a adesão ao uso de insulina, é preciso checar técnica de aplicação e armazenamento, iniciar/manter automonitorização de glicemia capilar em domicílio (ver documento orientativo Fornecimento de Insumos para Pessoas com Diabetes Mellitus em Automonitoramento de Glicemia Capilar), apoiar o autoajuste de insulina de acordo com os resultados e otimizar o esquema terapêutico segundo o controle glicêmico.
- ✚ Casos de difícil controle glicêmico após a adoção das medidas recomendadas podem ser encaminhados para a especialidade de endocrinologia, conforme protocolo de regulação a seguir.

Quando encaminhar	<ul style="list-style-type: none"> - DM1 - DM2 já em uso de insulinoterapia otimizada, minimamente com esquema basal plus (NPH uma vez por dia e regular pelo menos uma vez por dia) sem controle adequado (HbA1c maior que 7% ou 8% se idoso e/ou com comorbidades) - DM2 com doença cardiovascular estabelecida ou taxa de filtração glomerular menor que 30 ml/min/1,73 m² - DM tipo 2 em tratamento apresentando hipoglicemias frequentes ou graves (glicose < 70 mg/dl)
Requisitos e orientações de encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> - Resultado de exame de hemoglobina glicada e creatinina com data de até 90 dias - Descrição do quadro cardiovascular se houver (histórico de IAM, AVC e/ou doença vascular periférica com datas) - Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia - Outras medicações em uso, com dose e posologia - Peso e altura do paciente - Paciente fazer aferição das glicemias capilares regularmente com registro no programa de gerenciamento de glicose nos últimos 60 dias
Crêterios de prioridade	<ul style="list-style-type: none"> - DM1 - DM2 com sinais de insulinopenia (polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso) - DM2 apresentando hipoglicemias frequentes e/ou graves