

Pesquisa e Ações em Saúde Pública

Edição XXV

Capítulo 14

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO DA DIABETES TIPO II NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DOS ANTI-DIABETICOS DISPONÍVEIS NO SUS

HÉLIO ARMENARA NAMORATO¹
LETÍCIA DE OLIVEIRA ¹
PAULA FERRAZ ALMEIDA¹
CAIO DE OLIVEIRA DA SILVA¹
JOÃO EDIMAR DA COSTA JÚNIOR¹
LORENE DE FREITAS SILVA¹

¹*Acadêmico – Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - HUMANITAS.*

Palavras-Chave: *Diabetes Tipo II; Tratamento; Atenção Básica.*

DOI

10.59290/1209195025

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a forma mais prevalente de diabetes, estando associada ao envelhecimento populacional, ao excesso de peso e a fatores de estilo de vida. Seu início é geralmente insidioso e sua fisiopatologia envolve resistência à insulina, secreção insuficiente de insulina pelas células beta pancreáticas e alterações na liberação de incretinas. Clinicamente, pode estar acompanhada de manifestações como acantose nigricans e hipertrigliceridemia, frequentemente relacionadas à resistência insulínica (RODAKI *et al.*, 2022)

Em 2019, cerca de 5,89% da população mundial apresentava DM2, totalizando aproximadamente 437,9 milhões de pessoas. No mesmo ano, ocorreram mais de 21 milhões de novos casos. No Brasil, a prevalência acompanhou a média global, com cerca de 5,8% da população afetada (representando cerca de 12 milhões de brasileiros) e 659 mil novos casos registrados em 2019. Ademais, a mortalidade atribuída ao DM2 aumentou de 62.882 óbitos em 2019 para 75.438 em 2021, reforçando seu impacto crescente sobre a saúde pública nacional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do DM2, incluindo idade acima de 45 anos, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, síndrome dos ovários policísticos, dislipidemias, histórico de diabetes em familiares de primeiro grau e etnias específicas. Condições psiquiátricas, como depressão e ansiedade, têm sido relacionadas à baixa adesão ao tratamento e ao pior controle glicêmico. As complicações da doença, quando não controlada, podem ser agudas (como hipoglicemia grave, cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica) ou crônicas, afetando tanto a microcirculação (nefropatia, retinopatia e neuropatia diabética)

quanto a macrocirculação (predispondo a doenças cardiovasculares e as cerebrovasculares) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Atualmente, o tratamento do DM2 não se limita apenas ao controle da glicemia, mas envolve uma estratégia abrangente, visando a proteção cardiorrenal, o manejo da obesidade e a prevenção de complicações a longo prazo. As intervenções não farmacológicas (como mudanças alimentares, atividade física regular, melhora da qualidade do sono, cessação do tabagismo e controle do estresse) são recomendadas em todas as fases da doença. Já as medidas farmacológicas envolvem diferentes classes de agentes antidiabéticos, cuja escolha deve considerar fatores como eficácia, segurança, custo-efetividade e presença de comorbidades (LYRA *et al.*, 2024).

Nesse contexto, destaca-se o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia de acesso universal e equitativo a medicamentos e insumos essenciais. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é o instrumento que conduz a seleção e a padronização dos medicamentos ofertados pelo SUS, sendo periodicamente atualizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). No caso do DM2, a RENAME contempla classes terapêuticas fundamentais, como a metformina (biguanida, primeira escolha no tratamento), as sulfonilureias (como a glibenclamida), as insulinas humanas (regular e NPH) e, mais recentemente, agentes de novas classes incorporados para casos específicos, seguindo protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas oficiais (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; ENFERMEIRA *et al.*, 2025; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE 2024).

Compreender a composição da RENAME e sua correspondência com as listas municipais de medicamentos é fundamental para avaliar a efetividade do acesso ao tratamento do DM2 no

Brasil. A análise dessa política pública possibilita refletir sobre equidade, integralidade da atenção e eficiência no cuidado em saúde, além de orientar melhorias na assistência farmacêutica. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a disponibilidade de medicamentos para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS, considerando as formas de acesso e o manejo na atenção básica, a fim de discutir seu impacto no fortalecimento dessa assistência.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, na qual foram utilizadas bases de dados como SciELO, MEDLINE e PubMed, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes para obter os dados necessários para a realização do estudo. Foram selecionados artigos e diretrizes publicados nos últimos dez anos que abordam o tratamento da diabetes mellitus do Tipo II na atenção básica, com foco nos medicamentos disponíveis no SUS e nos esquemas terapêuticos mais utilizados para o tratamento de pacientes, para assim, compreender todas as possibilidades de tratamento dessa doença dentro do sistema de saúde brasileiro. Foram utilizados os seguintes descritores para obter os estudos nas bases de dados: “diabetes mellitus”, “terapêutica”, “hiperglicemia” e “sistema único de saúde”. Desse modo, foram encontrados 13 estudos, que estão presentes em revistas e jornais da área da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento do DM2 na Atenção Básica é um processo que demanda uma abordagem multifacetada, combinando terapêuticas não medicamentosas e farmacológicas para alcançar um controle glicêmico e prevenir a evolução para complicações crônicas. O pilar fundamen-

tal do cuidado reside nas modificações do estilo de vida. A perda de peso é um fator de grande impacto, e uma redução de 5% a 7% do peso corporal já se mostra eficaz na melhoria do controle glicêmico e na diminuição de fatores de risco cardiovascular. Uma perda de peso ainda mais substancial, superior a 10%, pode inclusive levar à remissão da doença. Nesse contexto, uma alimentação saudável e a prática de atividade física regular são essenciais. Recomenda-se um mínimo de 150 minutos de exercícios aeróbicos de intensidade moderada por semana, além de exercícios de resistência. Adicionalmente, a cessação do tabagismo e o controle do consumo de álcool são medidas cruciais, pois influenciam diretamente o risco cardiovascular e o controle metabólico. O paciente, incentivado ao autocuidado, se torna um protagonista nesse processo, sendo capacitado para o automonitoramento da glicemia e a adesão às mudanças de hábitos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; LYRA *et al.*, 2024).

Quando as metas terapêuticas não são atingidas apenas com a modificação do estilo de vida, o tratamento farmacológico é iniciado, seguindo um esquema escalonado. A meta de hemoglobina glicada para a maioria dos adultos é de <7,0%. Em pacientes idosos ou frágeis, a meta pode ser mais flexível, variando entre 7,5% e 8,0%, a fim de evitar episódios de hipoglicemia. A meta de glicemia de jejum é de 80-130 mg/dL e a glicemia pós-prandial deve ser <180 mg/dL para a maioria dos adultos. A escolha dos agentes farmacológicos deve considerar também aspectos como a estratificação de risco cardiovascular (CV), o IMC, a HbA1c e a taxa de filtração glomerular. Além de aspectos como eficácia, risco de hipoglicemia, tolerabilidade, custo, potenciais efeitos adversos e a preferência do paciente (LYRA *et al.*, 2024) (**Figura 14.1**).

Figura 14.1 Fármacos para tratamento de diabetes tipo II disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS)

CLASSE	MEDICAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	POSOLOGIA	CONTRAINDICAÇÕES
BIGUANIDAS	CLORIDRATO DE METFORMINA (500mg e 850mg)	ORAL	até 2g por dia	Gravidez; insuficiência renal com TFG <30 ml/min/1,73 m ² , hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré e pós-operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.
SULFONILUREIA	GLIBENCLAMIDA (5mg)	ORAL	2,5 a 20mg por dia	Gravidez, insuficiência renal ou hepática.
	GLICAZIDA (30mg e 60mg)	ORAL	30 a 120mg por dia	Entre as sulfonilureias, a SBD sugere priorizar a gliclazida MR
INSULINA	INSULINA NPH 100 U/mL injetável	SUBCUTÂNEA	conforme prescrição	Não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de Insulina regular 100 U/ apresentação.
	INSULINA REGULAR 100U/mL INJETÁVEL	SUBCUTÂNEA	conforme prescrição	
ISGLT2	DAPAGLIFOZINA 10mg	ORAL	10mg/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).

O cloridrato de metformina é a primeira escolha, sendo um medicamento da classe das biguanidas que atua principalmente na redução da produção de glicose pelo fígado e no aumento da sua captação pelos tecidos periféricos. É um fármaco de alta eficácia e com baixo risco de causar hipoglicemia, com benefícios na redução de desfechos cardiovasculares a longo prazo. A dose inicial sugerida é de 500 mg ou 850 mg uma vez ao dia, podendo ser aumentada gradualmente até a dose máxima efetiva de

2.550 mg por dia. No entanto, em casos de intolerância gastrointestinal, é possível considerar a metformina de liberação prolongada para melhorar a tolerabilidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Para pacientes que não atingem a meta glicêmica com a monoterapia de metformina, a intensificação do tratamento é necessária. As sulfonilureias, representadas pela glibenclamida com dose de 2,5 mg a 20 mg por dia e gliclazida com dose de 30 mg a 120 mg por dia, são op-

ções de segunda linha. Essas drogas agem estimulando a liberação de insulina das células beta do pâncreas, o que, embora seja eficaz, aumenta o risco de hipoglicemia. Entre elas, a gliclazida é preferível por apresentar um menor risco de hipoglicemia e por ter segurança cardiovascular estabelecida. A dapagliflozina, um inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2) com dose recomendada de 10 mg uma vez ao dia, é outra alternativa para intensificação do tratamento. Este medicamento atua de forma independente da insulina, promovendo a excreção de glicose pela urina. A dapagliflozina é indicada para pacientes com necessidade de segunda intensificação do tratamento, a partir de 40 anos, com doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, revascularização e insuficiência cardíaca), ou para homens com 55 anos ou mais e mulheres com 60 anos ou mais com alto risco cardiovascular (presença de pelo menos um dos seguintes fatores: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo). A dispensação no SUS exige comprovação desses critérios e segue os protocolos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e, em alguns casos, do Programa Farmácia Popular (LYRA *et al.*, 2024; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Por fim, a insulinoterapia se torna indispensável quando o controle glicêmico não é alcançado com a combinação de medicamentos orais. O SUS disponibiliza as insulinas humanas NPH e Regular. A insulina Regular é de ação rápida, com início de ação em cerca de 30 minutos a uma hora após a aplicação, com pico de ação entre 2 e 4 horas. É ideal para controlar os picos de glicemia que ocorrem após as refeições. Já a insulina NPH é de ação intermediária, com início de ação mais lento, em 1 a 4 horas, e pico entre 6 e 10 horas. Sua principal função é fornecer um controle basal da glicemia, ou se-

ja, manter a glicose em níveis adequados ao longo do dia e da noite. A NPH é a primeira escolha para iniciar a insulinoterapia, com a dose inicial geralmente de 10 UI ou 0,1 a 0,2 UI/kg, aplicada à noite, podendo ser ajustada para um esquema de duas doses diárias, conforme a necessidade. A insulina Regular é introduzida quando a insulina NPH não é suficiente, sendo aplicada antes das refeições principais para controlar os picos de glicemia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; LYRA *et al.*, 2024).

O tratamento do DM2 na Atenção Básica, como demonstrado, é um processo dinâmico e contínuo, que exige a integração de diversas estratégias. A abordagem não medicamentosa é o ponto de partida e deve ser mantida ao longo de todo o percurso terapêutico. A escolha e a intensificação dos medicamentos, incluindo a dapagliflozina e a insulinoterapia, devem ser individualizadas e pautadas por critérios clínicos claros, visando não apenas o controle glicêmico, mas também a redução do risco cardiovascular e a prevenção de complicações. Esse manejo colaborativo, centrado no paciente, busca sempre a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de desfechos desfavoráveis, reforçando a importância da Atenção Básica como pilar central no cuidado integral do diabetes.

CONCLUSÃO

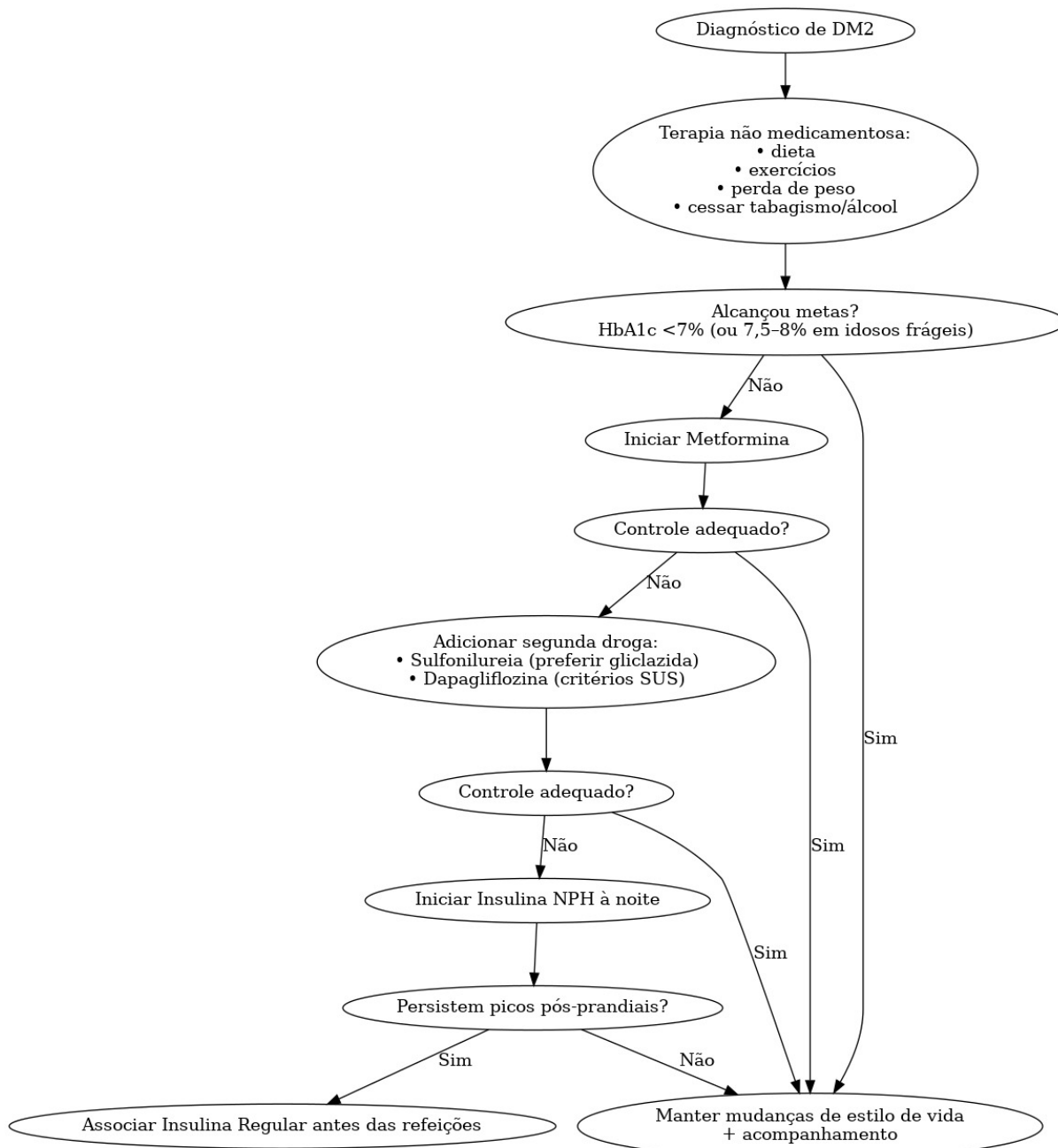
O enfrentamento da DM2 no âmbito da atenção básica demanda uma abordagem abrangente, que envolva tanto a promoção de hábitos saudáveis quanto o uso adequado de terapias farmacológicas. A ampla disponibilidade de medicamentos anti-diabéticos no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um importante avanço na democratização do cuidado, permitindo a individualização do tratamento conforme o perfil clínico de cada paciente.

A escolha racional dos fármacos, aliada à adesão ao tratamento e ao seguimento multipro-

fissional contínuo, é essencial para o controle eficaz da glicemia e para a prevenção de complicações. Nesse contexto, a qualificação das equipes de saúde, o uso de protocolos clínicos atualizados e o fortalecimento das ações de edu-

cação em saúde são estratégias fundamentais para tornar o cuidado mais efetivo, seguro e humanizado, especialmente junto à população mais vulnerável e idosa (**Figura 14.2**).

Figura 14.2 Esquema para manejo de paciente com diabetes tipo II dentro da unidade básica de saúde



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNOTT, C. *et al.* Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibition for the Prevention of Cardiovascular Events in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*, v. 9, n. 3, 4 fev. 2020.

BAHIA, L. *et al.* Tratamento do DM2 no SUS. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-3

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (PCDT) para diabetes mellitus tipo II — ministério da saúde. 9 abril. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-de-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-diabetes-mellitus-tipo-ii/view>. Acessado em: 7 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024 [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acessado em: 7 set. 2025.

CAI, X. *et al.* Efficacy and Safety of Initial Combination Therapy in Treatment-Naïve Type 2 Diabetes Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Therapy*, v. 9, n. 5, p. 1995–2014, 28 ago. 2018.

ENFERMEIRA, N. B. *et al.* Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 12 jun. 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-2

GROSS, J. L. Effect of Antihyperglycemic Agents Added to Metformin and a Sulfonylurea on Glycemic Control and Weight Gain in Type 2 Diabetes: A Network Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, v. 154, n. 10, p. 672, 17 maio 2011.

LYRA, R. *et al.* Manejo da terapia antidiabética no DM2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 12 jun. 2024. DOI: 10.29327/5660187.2025-14.

MARTENS, T. *et al.* Effect of continuous glucose monitoring on glycemic control in patients with type 2 diabetes treated with basal insulin. *JAMA*, v. 325, n. 22, p. 2262–2272, 8 jun. 2021.

RODACKI, M. *et al.* Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022. DOI: 10.29327/557753.2022-1.

WENG, J. *et al.* Effect of intensive insulin therapy on β -cell function and glycaemic control in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a multicentre randomised parallel-group trial. *The Lancet*, v. 371, n. 9626, p. 1753–1760, maio 2008.