

CAPÍTULO 14

DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DIAGNÓSTICO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO AVANÇADO

WANESSA BARBOSA FALCÃO¹
MILENE GONÇALVES SATO²
ISABELA LLAMA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Centro Universitário de Mineiros - Campus Trindade, Trindade, Goiás, Brasil.

²Discente - Universidade Nove de Julho, São Paulo, São Paulo, Brasil.

³Discente - UNIFEV, Votuporanga, São Paulo, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Proteção Cardiorrenal; Cuidado Longitudinal.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus, especialmente o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), é uma condição crônica de alta prevalência e impacto desproporcional em eventos cardiovasculares, doença renal crônica (DRC), amputações, cegueira evitável e mortalidade. Na atenção primária à saúde (APS), o diabetes é simultaneamente uma doença metabólica e um “problema de implementação”: a maior parcela de desfechos adversos decorre de diagnóstico tardio, inércia terapêutica, baixa adesão, subutilização de terapias com benefício cardiorenal e rastreamento incompleto de complicações. Diretrizes atuais convergem para um modelo de cuidado no qual o controle glicêmico é necessário, mas não suficiente; a prioridade estratégica é reduzir risco cardiovascular e renal com abordagem combinada, individualizada e longitudinal (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

O padrão contemporâneo de manejo do DM2 na APS exige três pilares clínicos: (1) diagnóstico e estratificação de risco reprodutíveis; (2) metas terapêuticas individualizadas com foco em benefício líquido e segurança; (3) seleção precoce de terapias que modificam desfechos (cardiovasculares e renais), sem depender apenas de “intensificar HbA1c”. O consenso ADA/EASD reforça essa lógica ao propor algoritmos centrados em risco (ASCVD, insuficiência cardíaca, DRC, obesidade) e em decisão compartilhada, incluindo estratégias práticas de implementação (DAVIES et al., 2022). No SUS, o PCDT de DM2 organiza diagnóstico, tratamento e acompanhamento com racionalidade e alinhamento ao cuidado longitudinal

em APS, o que é essencial para padronização e auditoria de qualidade (BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reprodutível para o manejo do diabetes na APS, integrando diagnóstico e rastreio em grupos de risco, estratificação cardiorenal, metas glicêmicas individualizadas, escolha terapêutica com foco em proteção cardiovascular e renal, organização do seguimento e rastreamento sistemático de complicações, com critérios de encaminhamento e cogestão.

Diagnóstico e rastreio na APS

A precisão diagnóstica é o primeiro determinante de desfecho: tanto o subdiagnóstico quanto o diagnóstico por exame único sem confirmação geram condutas inadequadas. A APS deve operar com: (1) critérios diagnósticos claros; (2) confirmação quando aplicável; (3) rastreio orientado por risco; (4) classificação inicial que já inclua risco cardiorenal e segurança terapêutica (**Tabela 14.1**) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; BRASIL, 2024; NICE, 2026).

Em nível avançado, o diagnóstico deve vir acompanhado da identificação de situações que mudam o manejo inicial: perda ponderal rápida, sintomas importantes, hiperglicemia muito elevada, suspeita de cetose, e possibilidade de diabetes autoimune em adultos. Nesses cenários, a APS deve acelerar encaminhamento e evitar atrasar insulinação quando há risco metabólico, mesmo que a confirmação laboratorial ainda esteja em curso (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; BRASIL, 2024).

Tabela 13.1 Critérios diagnósticos e passos de confirmação (APS)

Exame/critério	Diagnóstico de diabetes	Conduta de confirmação na APS	Observações práticas
HbA1c	valor em faixa diagnóstica	repetir (preferencialmente) se ausência de sintomas e sem hiperglicemia inequívoca	considerar interferências: anemia, hemoglobinopatias, gestação, DRC avançada
Glicemia de jejum	valor em faixa diagnóstica	repetir em outra ocasião se assintomático	reforçar jejum adequado e contexto clínico
TOTG 75 g	valor em faixa diagnóstica	geralmente já confirmatório quando feito corretamente	útil em discordâncias entre HbA1c e glicemias
Glicemia casual + sintomas clássicos	hiperglicemia inequívoca com sintomas	dispensa confirmação	avaliar gravidade e risco de cetose conforme quadro

Fonte: American Diabetes Association, 2025; Brasil, 2024; NICE, 2026.

Rastreio orientado por risco

A lógica atual é rastrear precocemente em indivíduos com risco metabólico e cardiovascular, porque isso reduz o “tempo de hiperglicemia silenciosa” e permite iniciar intervenções cardiorrenais antes do dano acumulado. A diretriz brasileira e consensos internacionais destacam rastreio baseado em idade, excesso de

peso/obesidade, história familiar, sedentarismo, hipertensão, dislipidemia, DRC e história de diabetes gestacional, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

Checklist de avaliação inicial após diagnóstico (primeira consulta “completa”) (Quadro 14.1):

Quadro 14.1 Avaliação inicial reprodutível

• Fenótipo e gravidade: tempo provável de doença, sintomas, perda ponderal, sinais de descompensação.
• Risco cardiovascular: doença aterosclerótica conhecida, sinais de insuficiência cardíaca, pressão arterial, tabagismo, perfil lipídico.
• Risco renal: creatinina/eTFG e albuminúria (RAC), histórico de DRC, uso de nefrotóxicos.
• Segurança terapêutica: risco de hipoglicemia, fragilidade/idoso, comorbidades, polifarmácia, condições sociais.
• Obesidade e estilo de vida: IMC, circunferência abdominal, sono, álcool, padrão alimentar e atividade física.
• Complicações já presentes: exame de pés (sensibilidade/pulsos/deformidades), queixas visuais, sintomas neuropáticos.
• Plano inicial: metas individualizadas + intervalo de reavaliação + educação em autocuidado.

Fonte: American Diabetes Association, 2025; Brasil, 2024; NICE, 2026.

Estratificação de risco e metas terapêuticas

Estratificar risco no diabetes é transformar “controle glicêmico” em prevenção de desfecho. O ponto avançado é que o risco cardiorrenal define a escolha do tratamento e o grau de agressividade terapêutica, inclusive quando a

HbA1c não é muito elevada. A estratégia contemporânea incorpora: (1) risco cardiovascular global e presença de ASCVD; (2) insuficiência cardíaca; (3) DRC definida por eTFG e albuminúria; (4) risco de hipoglicemia e fragilidade; (5) obesidade e necessidade de perda ponderal; (6) preferências e barreiras do paciente (DAVIES *et al.*, 2022; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026).

Metas glicêmicas: individualização avançada

O controle glicêmico reduz complicações microvasculares, mas metas muito baixas em indivíduos com alto risco de hipoglicemia, fragilidade e multimorbidade podem produzir dano líquido. Em APS avançada, metas devem

ser individualizadas por: expectativa de vida, risco de hipoglicemia, comorbidades, suporte para autocuidado, presença de complicações e possibilidade real de intensificação com segurança (**Tabela 14.2**) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026; BRASIL, 2024).

Tabela 14.2 Metas de HbA1c e quando flexibilizar

Perfil clínico	Direção da meta	Racional clínico	Atenções de segurança
Adulto com baixa comorbidade e baixo risco de hipoglicemia	metas mais baixas, se toleradas	reduzir microvasculares e risco futuro	evitar intensificação que aumente hipoglicemia
ASCVD/DRC/IC (alto risco cardiorrenal)	meta glicêmica individualizada, mas tratamento deve priorizar proteção cardiorrenal	benefícios de classes específicas independem parcialmente da HbA1c	escolher fármacos por desfecho, não só por HbA1c
Idoso frágil/multimorbidade	metas mais flexíveis	reduzir hipoglicemia, quedas, perda funcional	simplificar esquemas; revisar sulfonilureias/insulina
História de hipoglicemia importante	metas mais flexíveis	hipoglicemia é desfecho adverso maior	preferir classes com baixo risco de hipo

Fonte: American Diabetes Association, 2025; NICE, 2026; Brasil, 2024.

Estratificação renal no diabetes

A estratificação renal no DM2 é central porque DRC amplifica risco cardiovascular e modifica escolhas terapêuticas. A KDIGO recomenda classificar DRC por eTFG e albuminúria (RAC) e utilizar intervenções renoprotetoras em elegíveis, especialmente inibidores de SGLT2 e bloqueio do SRAA quando há albuminúria, com monitorização de creatinina e potássio conforme risco (KDIGO, 2022).

Tratamento e seguimento longitudinal na APS

O tratamento avançado do DM2 na APS é um “pacote” longitudinal: estilo de vida estruturado, terapias farmacológicas escolhidas por

desfecho (cardiorrenal e peso), prevenção de hipoglicemia, e rastreamento sistemático de complicações. O consenso ADA/EASD e as Standards da ADA reforçam que o sequenciamento terapêutico deve considerar risco cardiorrenal e obesidade desde o início, e que a implementação depende de reavaliação precoce e algoritmos simples para reduzir inércia (DAVIES *et al.*, 2022; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

Medidas não farmacológicas como intervenção prescrita

A APS deve prescrever estilo de vida com “dose” e meta: plano alimentar viável, redução de ultraprocessados, manejo de sono, atividade

física adaptada e metas de perda ponderal quando indicado. Em obesidade associada, o benefício clínico inclui melhora de resistência insulínica, pressão arterial, esteatose hepática metabólica e risco cardiovascular, mas a prescrição precisa ser realista e acompanhada para não virar orientação vazia (NICE, 2026; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Escolha terapêutica por fenótipo e risco: o “núcleo” da APS avançada

A escolha farmacológica deve minimizar hipoglicemia, promover benefício cardiorrenal e reduzir peso quando relevante. A estrutura abaixo (Tabela 14.3) não é “lista de drogas”, e sim um método: primeiro classificar risco, depois escolher classes com melhor benefício líquido.

Tabela 14.3 Matriz terapêutica por risco cardiorrenal e obesidade, seleção de classes por perfil

Perfil dominante	Prioridade terapêutica	Estratégia prática na APS	Segurança e monitoramento
ASCVD estabelecida ou risco muito alto	reduzir eventos CV	priorizar classes com benefício CV comprovado + controle global de risco	revisar PA/lipídios; monitorar tolerabilidade
Insuficiência cardíaca	reduzir descompensação e morte	priorizar classes com benefício em IC quando elegíveis	orientar sinais de congestão e volume
DRC com eTFG reduzida e/ou albuminúria	nefroproteção e redução de eventos	SRAA em albuminúria quando indicado + classe renoprotetora elegível	checar creatinina/potássio e orientar “regras de intercorrência”
Obesidade e necessidade de perda ponderal	reduzir peso e risco cardiometabólico	priorizar classes com maior impacto ponderal, junto a plano alimentar	monitorar efeitos GI e adesão
Alto risco de hipoglicemia (idoso, fragilidade, histórico de hipo)	evitar hipoglicemia	preferir classes com baixo risco de hipo e simplificar esquemas	rever sulfonilureias e insulinização excessiva
HbA1c muito elevada/sintomas importantes	controle rápido e seguro	considerar terapia intensiva/insulina conforme gravidade + reavaliar cedo	plano de monitorização e desintensificação quando estabilizar

Fonte: Davies *et al.*, 2022; American Diabetes Association, 2025; NICE, 2026; KDIGO, 2022; BRASIL, 2024.

No SUS, a seleção terapêutica deve respeitar o PCDT e a disponibilidade de tecnologias, mas o raciocínio de risco continua válido: mesmo quando a APS não tem acesso imediato a todas as classes, ela deve identificar elegibilidade e coordenar encaminhamento e acesso, mantendo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2024).

Redução de risco cardiovascular como parte do tratamento do diabetes

Em DM2, o controle de pressão arterial e lipídios, cessação do tabagismo e terapia antiagregante quando indicada podem ter impacto absoluto comparável ou superior ao ajuste fino de HbA1c em muitos perfis de alto risco. A APS deve tratar isso como parte do plano do di-

abetes, não como “capítulo separado”: prescrever estatinas conforme risco, intensificar prescrição conforme diretrizes, e integrar com os capítulos de HAS e dislipidemia do livro (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; NICE, 2026).

Rastreamento de complicações: rotina que evita cegueira, amputação e DRC terminal

A APS deve executar rastreamento com periodicidade e método:

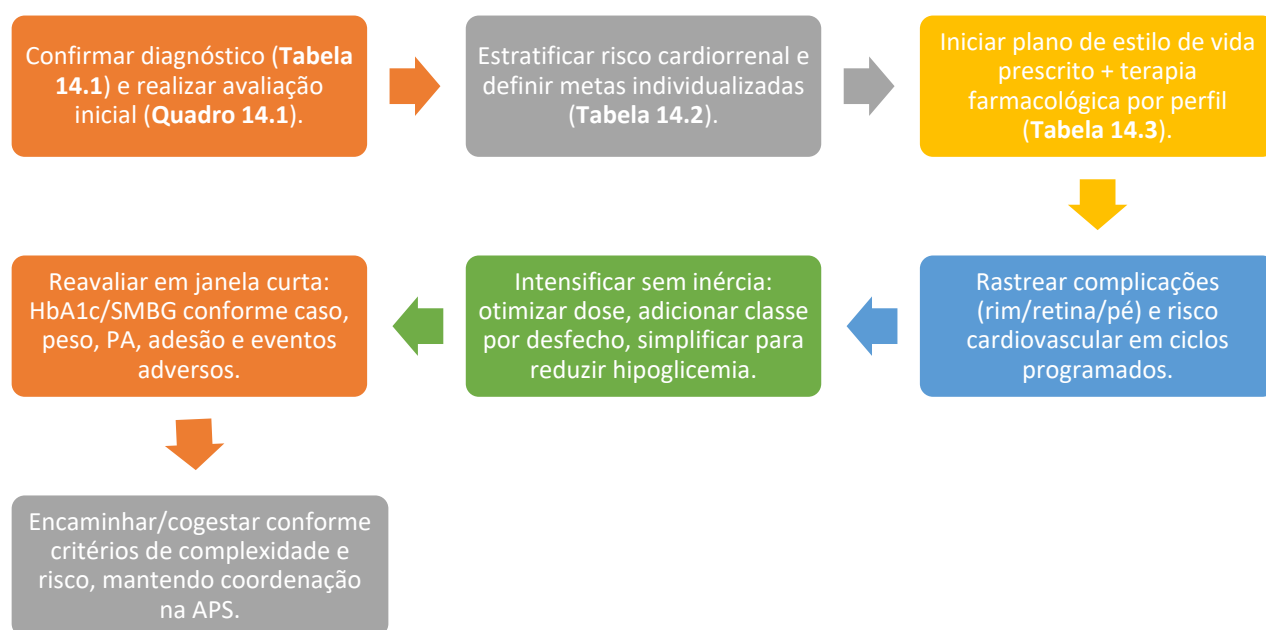
- Rim: eTFG e albuminúria (RAC) pelo menos anual, com maior frequência em DRC e albuminúria elevada, conforme KDIGO (2022).

- Retina: encaminhamento/avaliação oftalmológica conforme tempo de doença e achados, com prioridade em piora visual e gestação, e controle de fatores de risco (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

- Pé diabético: exame de pés em rotina, estratificação de risco, educação, calçados e encaminhamento quando há úlcera, isquemia crítica ou deformidades importantes (BRASIL, 2024; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Fluxo reprodutível de cuidado do DM2 na APS (**Figura 14.1**):

Figura 14.1 Fluxo assistencial



Fonte: American Diabetes Association, 2025; Davies *et al.*, 2022; BRASIL, 2024; NICE, 2026; KDIGO, 2022.

CrITÉRIOS de encaminhamento e co-gestão

A APS deve encaminhar de forma qualificada quando:

- suspeita de DM1/autoimune em adulto, cetose, hiperglicemia grave sintomática ou necessidade de insulinização complexa (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025).

- DRC avançada, progressão acelerada de eTFG, albuminúria muito elevada persistente, hipercalcemia recorrente, ou necessidade de terapias renoprotetoras complexas (KDIGO, 2022).

- complicações: úlcera/pé de alto risco, retinopatia ameaçadora da visão, neuropatia do-

lorosa refratária, eventos cardiovasculares, insuficiência cardíaca (BRASIL, 2024; NICE, 2026).

O manejo avançado do diabetes na APS deve ser entendido como cuidado longitudinal orientado por risco e por desfecho, e não apenas “controle de HbA1c”. A combinação de diagnóstico correto, estratificação cardiorrenal, metas individualizadas, escolha terapêutica por benefício líquido e rastreamento sistemático de complicações é a via mais consistente para reduzir cegueira, amputação, DRC terminal e

eventos cardiovasculares. Diretrizes internacionais e nacionais convergem para priorizar proteção cardiovascular e renal, reduzir hipoglicemia e inércia terapêutica, e organizar processos reprodutíveis na APS, sustentando a coordenação do cuidado mesmo quando há cogestão com atenção especializada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025; DAVIES *et al.*, 2022; BRASIL, 2024; NICE, 2026; KDIGO, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, v. 48, Suppl. 1, p. S1–S352, 2025. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/issue/48/Supplement_1>. Acesso em: 24 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Diabetes Mellitus Tipo II. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 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>>. Acesso em: 24 mar. 2026.

DAVIES, M.J. *et al.* Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, v. 65, n. 12, p. 1925–1966, 2022.

KDIGO - KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, v. 102, Suppl. 5S, p. S1–S127, 2022.

NICE. Type 2 diabetes in adults: management (NG28). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2015. Last reviewed/updated: 18 Feb. 2026. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>>. Acesso em: 24 mar. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025. São Paulo: SBD, 2025. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2026.