

Manejo comportamental em pacientes com Diabetes tipo II

Behavioral management in patients with type II Diabetes

DOI:10.34117/bjdv9n4-077

Recebimento dos originais: 10/03/2023

Aceitação para publicação: 14/04/2023

Leticia Monteiro Azevedo

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Faminas

Endereço: Rua das Tangerinas, 631

E-mail: leticiazeved@gmail.com

Adrianny Freitas Teixeira

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário Antônio Carlos (UNIPAC)

Endereço: Avenida Formosa, N 234, Formosinha - GO

E-mail: adriannyfreitas@hotmail.com

Ana Elisa de Castro Ferreira

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME)

Endereço: Rua Francisco da Silva Fortes, 407, Barbacena- MG

E-mail: aninha-ferreira08@hotmail.com

Laís Acácio Cavalcante

Residência Médica em Clínica Médica

Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

Endereço Rua Monteiro Lobato 334, Porto Alegre - RS

E-mail: lurochapg@gmail.com

Lucas Guilherme Souza Santos

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto

Endereço: Rua Guanhões, 606, Colégio Batista, Belo Horizonte

E-mail: lucas.gss@aluno.ufop.edu.br

Natália Pilan

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Nossa Senhora de Fátima, 164, Cordeiros, Itajaí - SC

E-mail: naty.pilan@gmail.com

Victor Hugo Dias de Souza

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: Rua Nova Prata 345, Nossa Senhora das Graças, Manaus - AM

E-mail: hvictor141@gmail.com

Victor Neves Cunha
Graduando em Medicina
Instituição: Faculdade Faminas
Endereço: Rua Bernardo Guimaraes 1722, Lourdes
E-mail: victornevesc323@gmail.com

RESUMO

O termo diabetes mellitus descreve doenças do metabolismo anormal de carboidratos que são caracterizadas por hiperglicemia. Está associada a um comprometimento relativo ou absoluto na secreção de insulina, juntamente com vários graus de resistência periférica à ação da insulina. A cada poucos anos, a comunidade de diabetes reavalia as recomendações atuais para a classificação, diagnóstico e triagem do diabetes, refletindo novas informações da pesquisa e da prática clínica.

Palavra-chave: Diabetes tipo II, manejo, adultos.

ABSTRACT

The term diabetes mellitus describes diseases of abnormal carbohydrate metabolism that are characterized by hyperglycemia. It is associated with a relative or absolute impairment in insulin secretion, along with varying degrees of peripheral resistance to insulin action. Every few years, the diabetes community reassesses current recommendations for the classification, diagnosis, and screening of diabetes, reflecting new information from research and clinical practice.

Keywords: Type II Diabetes, management, adults.

1 INTRODUÇÃO

O tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 inclui educação, avaliação de complicações micro e macrovasculares, tentativas de alcançar quase normoglicemia, minimização de fatores de risco cardiovasculares e outros fatores de risco a longo prazo e prevenção de drogas que possam exacerbar anormalidades do metabolismo da insulina ou lipídios. Todos esses tratamentos e objetivos precisam ser temperados com base em fatores individuais, como idade, expectativa de vida e comorbidades. Embora estudos de cirurgia bariátrica, terapia agressiva com insulina e intervenções comportamentais para alcançar a perda de peso tenham observado remissões de diabetes mellitus tipo 2 que podem durar vários anos, a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2 requer tratamento contínuo para manter a glicemia alvo. Os tratamentos para melhorar o manejo glicêmico funcionam aumentando a disponibilidade de insulina (seja através da administração direta de insulina ou através de agentes que promovem a secreção de insulina), melhorando a sensibilidade à insulina, atrasando a entrega e absorção de carboidratos do trato gastrointestinal, aumentando a excreção urinária de glicose ou uma combinação dessas

abordagens. Para pacientes com sobrepeso, obesidade ou um padrão metabolicamente adverso de distribuição do tecido adiposo, o controle do peso corporal deve ser considerado como um alvo terapêutico, além da glicemia.

2 DESENVOLVIMENTO

Os níveis de hemoglobina glicada alvo (A1C) em pacientes com diabetes tipo 2 devem ser adaptados ao indivíduo, equilibrando a redução prevista das complicações microvasculares ao longo do tempo com os riscos imediatos de hipoglicemia e outros efeitos adversos da terapia. Um objetivo razoável da terapia é um valor de A1C de $\leq 7\%$. As metas glicêmicas geralmente são estabelecidas um pouco mais altas para pacientes adultos mais velhos e aqueles com comorbidades ou uma expectativa de vida limitada que podem ter pouca probabilidade de se beneficiar da terapia intensiva.

O melhor manejo glicêmico reduz o risco de complicações microvasculares em pacientes com diabetes tipo 2. Cada queda de 1% na hemoglobina glicada (A1C) está associada a melhores resultados a longo prazo, sem efeito limiar. No entanto, à medida que os níveis de A1C diminuem abaixo de 7%, o risco absoluto de complicações microvasculares torna-se baixo e o benefício incremental de reduzir ainda mais a A1C tem retornos decrescentes. Vários ensaios clínicos randomizados demonstraram um efeito benéfico da terapia intensiva de redução da glicemia nos resultados macrovasculares no diabetes tipo 2.

Além do manejo glicêmico, a redução vigorosa do risco cardíaco com cessação do tabagismo; controle da pressão arterial; redução dos lipídios séricos com estatina; dieta, exercício e perda ou manutenção de peso; deve ser uma prioridade para todos os pacientes com diabetes tipo 2. Pacientes com diabetes recém-diagnosticada devem participar de um programa abrangente de educação em autogestão do diabetes, que inclui instruções individualizadas sobre nutrição, atividade física, otimização do controle metabólico e prevenção de complicações. Em ensaios clínicos comparando a educação em diabetes com os cuidados habituais, houve uma redução pequena, mas estatisticamente significativa, na A1C em pacientes que receberam a intervenção de educação em diabetes

As estratégias para o controle de peso incluem mudança de estilo de vida, terapia farmacológica e cirurgia metabólica. A mudança de estilo de vida inclui dieta e atividade física, bem como comportamentos que facilitam essas mudanças, e é um componente essencial de qualquer plano de controle de peso. Enfatizamos a mudança de estilo de vida

como nossa abordagem inicial para a redução do peso corporal e reservamos farmacoterapia e cirurgia metabólica para pacientes que não alcançam a perda de peso direcionada apenas com a mudança de estilo de vida. Adaptamos nossas recomendações específicas aos objetivos e preferências dos pacientes e incentivamos a modificação "intensiva" do estilo de vida, quando disponível, para pacientes altamente motivados.

A farmacoterapia direcionada exclusivamente para o controle de peso é eficaz em pacientes com diabetes tipo 2. Embora a metformina seja geralmente iniciada para o manejo da hiperglicemia, também é frequentemente um medicamento eficaz para promover a perda de peso modesta. Quando a redução adicional do peso corporal é um objetivo primário da terapia, escolhemos medicamentos que promovem a perda de peso e diminuem a glicose. As terapias com o receptor de peptídeo 1 semelhante ao glucagon 1 (GLP-1) e com o agonista duplo GLP-1 e polipeptídeo insulínico dependente de glicose (GIP) promovem a perda de peso e ajudam a prevenir o ganho de peso devido a outras farmacoterapias de redução de glicose.

Pacientes com diabetes tipo 2 geralmente experimentam estresse significativo, uma condição muitas vezes chamada de sofrimento do diabetes, relacionada às muitas responsabilidades de autocuidado necessárias para o gerenciamento glicêmico. A psicoterapia reduz o sofrimento psicológico e melhora o manejo glicêmico em alguns

3 CONCLUSÃO

Pacientes com diabetes recém-diagnosticada requerem uma história e exame físico para avaliar as características do início do diabetes. Medidas comportamentais são mudanças importantes para que esse paciente tenha sucesso ao atingir a metade da hemoglobina glicada. Mesmo pacientes que fazem uso de medicação precisam ter uma mudança no estilo de vida e isso deve ser discutido em toda consulta

REFERÊNCIAS

Merger SR, Leslie RD, Boehm BO. The broad clinical phenotype of Type 1 diabetes at presentation. *Diabet Med* 2013; 30:170.

Karjalainen J, Salmela P, Ilonen J, et al. A comparison of childhood and adult type I diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1989; 320:881.

ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care* 2023; 46:S19.

http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf (Accessed on June 07, 2011).

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2014. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1:S14.

Selvin E, Wang D, Matsushita K, et al. Prognostic Implications of Single-Sample Confirmatory Testing for Undiagnosed Diabetes: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med* 2018; 169:156.

Selvin E, Crainiceanu CM, Brancati FL, Coresh J. Short-term variability in measures of glycemia and implications for the classification of diabetes. *Arch Intern Med* 2007; 167:1545.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594934_eng.pdf (Accessed on December 22, 2011).

International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32:1327.

Nathan DM, Bennett PH, Crandall JP, et al. Does diabetes prevention translate into reduced long-term vascular complications of diabetes? *Diabetologia* 2019; 62:1319.

Carson AP, Reynolds K, Fonseca VA, Muntner P. Comparison of A1C and fasting glucose criteria to diagnose diabetes among U.S. adults. *Diabetes Care* 2010; 33:95.