



Efeito da Semaglutida no tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2 e sua aplicabilidade no contexto da atenção primária: uma revisão bibliográfica.

Fernanda Bortoli Arlota, Rômulo Rodrigues Badini, Elis Pinheiro Sad, Maria Teresa de Oliveira Paes Landim, Luiz Felipe Duarte Dos Santos, Igor Barreto Melo, Vivian Saeger Pires, Rogério Belício Dias, Mariana Saloum Simon, Rayana Hellen Gamosa Almeida, Isabela Meneses de Moraes Fontana, Paloma Encinas Beramendi Silva, Luciano Pinto Paulino, Natália Almeida Pinheiro Franco, Ogi Janderson Antunes de Castro Brito, Mariana Oliveira Dias, Victoria Alves Pinho, Alexandre Augusto de Sousa Nascimento.

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença caracterizada por um conjunto de distúrbios metabólicos que resultam em níveis glicêmicos alterados e, a médio e longo prazo, pelo aparecimento de lesões em órgãos alvo quando não tratada adequadamente. Tal condição pode ser controlada por dieta, exercícios físicos e drogas indicadas para o seu tratamento, devendo sempre ser acompanhada por profissional capacitado e, idealmente, equipe multiprofissional. A proposta deste estudo foi abordar uma visão generalizada da DM2 com relação a sua fisiopatologia, etiologia e prognóstico. Apontar os medicamentos possíveis para seu tratamento e os seus respectivos mecanismos de ação, estabelecendo uma relação custo-efetiva para que o cuidado ocorra da maneira mais favorável possível. Além disso, aprofundar os conhecimentos sobre o uso da Semaglutida no tratamento de portadores de DM2 relacionado a sua aplicabilidade no contexto da atenção primária, avaliando sua eficácia, incidência de reações adversas, viabilidade econômica e comparando-a com os outros hipoglicemiantes disponíveis no SUS. Para a construção desse estudo foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos relacionados à temática, chegando-se a conclusão de que se faz necessária uma terapêutica compartilhada entre médico e paciente aliado a um tratamento individualizado. O uso da Semaglutida se mostrou benéfico no que tange o controle glicêmico e a perda de peso, porém deve-se atentar aos seus efeitos adversos, principalmente, relacionados ao sistema gastrointestinal.

Palavras-chave: agonista do receptor GLP-1; antidiabéticos; atenção básica; custo-efetividade; Diabetes Mellitus tipo 2; Semaglutida.



Effect of Semaglutide in the treatment of Type 2 Diabetes Mellitus and its applicability in the context of primary care: a literature review.

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) is a disease characterized by a set of metabolic disorders that result in altered glycemic levels and, in the medium and long term, the appearance of lesions in target organs when not treated appropriately. This condition can be controlled by diet, physical exercise and drugs indicated for its treatment, and should always be monitored by a trained professional and, ideally, a multidisciplinary team. The purpose of this study was to address a generalized view of DM2 in relation to its pathophysiology, etiology and prognosis. Point out the possible medications for your treatment and their respective mechanisms of action, establishing a cost-effective relationship so that care occurs in the most favorable way possible. Furthermore, deepen knowledge about the use of Semaglutide in the treatment of people with DM2 related to its applicability in the context of primary care, evaluating its effectiveness, incidence of adverse reactions, economic viability and comparing it with other hypoglycemic agents available in the SUS. To construct this study, a bibliographical review of articles related to the topic was carried out, reaching the conclusion that shared therapy between doctor and patient combined with individualized treatment is necessary. The use of Semaglutide proved to be beneficial in terms of glycemic control and weight loss, however, attention should be paid to its adverse effects, mainly related to the gastrointestinal system.

Keywords: GLP-1 receptor agonist; antidiabetics; basic care; cost-effectiveness; Type 2 Diabetes Mellitus; Semaglutide.

Dados da publicação: Artigo recebido em 14 de Janeiro e publicado em 04 de Março de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p278-292>

Autor correspondente: Fernanda Bortoli Arlota - warllon_barcellos@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser definido como um conjunto de alterações metabólicas caracterizado por níveis sustentadamente elevados de glicemia, decorrentes de deficiência na produção de insulina ou de sua ação, levando a complicações de longo prazo. (WHO, 2014) Diabéticos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), oculares, renais e neurológicas, resultando em elevados custos médicos associados, redução na qualidade de vida e aumento da mortalidade. (BRASIL, 2016)

O DM tipo 2 (DM2) representa de 90 a 95% dos casos e caracteriza-se como uma doença de etiologia multifatorial, associada à predisposição genética, idade avançada, excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis. Pelo fato de o DM2 estar associado a maiores taxas de hospitalizações e de utilização dos serviços de saúde, elevada incidência de DCV e doenças cerebrovasculares, além de outras complicações específicas da doença, pode-se prever a carga que isso representará nos próximos anos para os sistemas de saúde de todos os países, independentemente do seu desenvolvimento econômico; contudo, o impacto será maior nos países em desenvolvimento. (WHO, 2014; IDF, 2021).

De acordo com a última atualização do Atlas da Federação Internacional de Diabetes (IDF), o DM é uma das emergências de saúde globais que mais crescem no século XXI. Em 2021, estimou-se que 537 milhões de pessoas apresentavam a doença, e este número está projetado para atingir 643 milhões até 2030, e 783 milhões até 2045. Ainda no ano de 2021, estimou-se também que cerca de 541 milhões de pessoas apresentavam intolerância à glicose e que mais de 6,7 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos, morrerão de causas relacionadas ao diabetes. (IDF, 2021)

Segundo a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência de DM passou de 5,5% para 8,9% em 10 anos. (DIAS & SUTTON, 2014) Na VIGITEL, o diagnóstico médico prévio de DM é reportado pelo paciente e, assim, é possível que a prevalência esteja subestimada.

No Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), que usou diferentes métodos para diagnóstico de DM, a prevalência observada em adultos com idade acima



de 35 anos foi de 19,7%, sendo que desses 50,4% não possuíam diagnóstico prévio da doença. (DIAS *et al.*, 2010)

No Brasil, o DM, juntamente com câncer, DCV e doenças respiratórias, é responsável por 80% da mortalidade por doenças crônicas. A alta prevalência da doença, o envelhecimento populacional, a urbanização rápida e o elevado número de indivíduos obesos no país fazem com que a doença se torne muito onerosa ao sistema público de saúde. (SALANTI *et al.*, 2011)

A linha de cuidado para doenças crônicas do Ministério da Saúde é direcionada para a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), com uma organização que conta com o apoio da gestão municipal e estadual. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada das pessoas com diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS). O diagnóstico precoce e o bom tratamento desse paciente durante as fases iniciais da doença são de fundamental importância para a prevenção da evolução para as complicações crônicas e necessidade de encaminhamento para a atenção especializada. (BAHIA *et al.*, 2023)

A alta prevalência de DM e suas complicações apontam a necessidade de investimentos na prevenção, no controle da doença e nos cuidados longitudinais. (FLOR & CAMPOS, 2017) O DM é uma condição sensível à atenção primária, ou seja, é uma enfermidade que poderia ser evitada e controlada a partir de um conjunto de ações oportunas e efetivas de profissionais e gestores no âmbito da atenção básica. (ARRUDA *et al.*, 2018) Assim, devem ser ofertados serviços de saúde suficientes e adequados para atender a crescente demanda, buscando evitar complicações, hospitalizações, óbitos e elevados gastos do sistema de saúde. (NEVES *et al.*, 2018)

A organização do cuidado na APS deverá ser multidisciplinar, garantindo o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa com DM que frequentemente apresenta outros fatores de risco ou doenças associadas, como sobrepeso ou obesidade, hipertensão, dislipidemia, entre outros. (BAHIA *et al.*, 2023)

O tratamento do paciente com DM2 inclui educação e conscientização a respeito da doença, estímulo para uma alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação para metas de um controle adequado de pressão arterial, peso, lipídeos e glicêmico, por meio de modificações de estilo de vida associada à monoterapia ou combinação de agentes antidiabéticos orais ou injetáveis, respeitando o perfil individual de cada pessoa. (BRASIL, 2020)



Atualmente, há várias opções terapêuticas disponíveis para promover a melhora do controle glicêmico, podendo ser combinadas em dezenas de diferentes associações. (BRASIL, 2020) Porém, quando se fala em disponibilidade de acesso pelo SUS, as opções são mais restritas, sendo disponibilizado apenas medicamentos das classes biguanidas (metformina), sulfoniluréias (glicazida e glibenclamida) e inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 (dapagliflozina). A insulinoterapia está indicada quando há falha no controle glicêmico em uso de antidiabéticos orais. Sendo assim, esse trabalho teve como proposta a necessidade de compreender se o uso de um agonista dos receptores do glucagon like peptide - 1 (semaglutida) seria uma melhor alternativa terapêutica para o manejo da glicemia em pacientes com DM2 no sistema de saúde do Brasil.



METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa de caráter descritivo e abordagem qualitativa, baseada em uma metodologia de pesquisa que busca estabelecer uma análise crítica de forma ampla sobre uma determinada área de conhecimento, resumindo os principais estudos realizados sobre o tema proposto trazendo novas perspectivas sobre o assunto.

Levantamento de dados

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Pubmed, Medline, Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico e busca de informações em sites de fontes confiáveis nos meses de julho, agosto e setembro de 2023 a partir da utilização dos descritores: tratamento de diabetes tipo 2 (type 2 diabetes treatment), semaglutida (semaglutide), biguanidas (biguanides), sulfonilurêias (sulfonylureas), agonista dos receptores do glucagon like peptide 1 - arGLP-1 (glucagon-like peptide 1), inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 - ISGLT2 (sodium-glucose cotransporter inhibitors 2) em busca de artigos, dissertações, teses, livros e sites de fontes confiáveis que apresentem no contexto da sua discussão considerações sobre o uso de semaglutida como agente emagrecedor.

Foram analisados cento e quarenta e cinco trabalhos relacionados com a temática de pesquisa, sendo realizada a leitura dos resumos e posteriormente ponderados de forma minuciosa a partir de leituras na íntegra para determinar a sua inclusão na revisão de literatura. A partir disso, foram excluídos noventa e sete trabalhos e selecionados cinquenta e cinco, sendo possível a partir desta etapa reunir todo conhecimento produzido sobre o tema explorado de forma a contemplar os objetivos do estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos científicos publicados em português, inglês ou espanhol no período de 1993 a 2023 que abordem no seu contexto



como tema central o DM2, alternativas terapêuticas de hipoglicemiantes disponibilizadas no SUS, uso da semaglutida, efeitos colaterais e riscos do uso da semaglutida. Os critérios de exclusão foram artigos publicados no período anterior ao estabelecido e os que não tiveram ligação com a temática.

Análise de dados

Após verificar a adequação aos critérios definidos foi feita uma leitura do título dos artigos encontrados avaliando a sua afinidade com o tema estudado. Selecionados os trabalhos relacionados com a temática de pesquisa, foi realizada a leitura dos resumos e posteriormente analisados de forma minuciosa a partir de leituras na íntegra para determinar a sua inclusão na revisão de literatura, sendo possível a partir desta etapa reunir todo conhecimento produzido sobre o tema explorado de forma a contemplar o objetivo do estudo.

RESULTADOS

A adoção de hábitos saudáveis, através de uma alimentação equilibrada, controle do peso e aumento da atividade física, constituem a base do tratamento da DM2 e são transversais a todas as fases do tratamento. A educação terapêutica, relativa a todos os aspectos do tratamento da pessoa com DM, desempenha um papel fundamental na abordagem centrada no doente.

Dentre as opções medicamentosas disponíveis para promover a melhora do controle glicêmico disponíveis no SUS temos as biguanidas (metformina), sulfoniluréias (glicazida e glibenclamida), insulinoterapia e i-SGLT2 (dapagliflozina). Na tabela 2 é possível verificar os fatores que influenciam na decisão terapêutica a ser tomada para cada caso de DM2 comparando as medicações disponíveis no SUS com o uso de um arGLP-1 (semaglutida).

Tabela 2. Tabela comparativa da terapêutica do DM2.

DROGAS	MECANISMO DE AÇÃO	BENEFÍCIOS	HIPOGLICEMIA	EFEITOS ADVERSOS	CUSTO
METFORMINA	↓ débito hepático da glicose Mecanismos não insulino-dependentes	Segura para pacientes com DAC Modesta perda de peso	Não	Náusea Diarreia Potencial déficit de B12 Risco de acidose láctica	Reduzido
GLIBENCLAMIDA	↑ secreção de insulina	Neutro	Sim	Ganho de peso Risco de arritmias, IAM e AVC	Reduzido
GLICLAZIDA	↑ secreção de insulina	Segura para pacientes com DAC	Sim	Ganho de peso	Reduzido
INSULINA HUMANA	Ativa receptores de insulina	↑ eficácia hipoglicemiante	Sim	Ganho de peso Reação local à injeção	Reduzido
INSULINA REGULAR				↑ risco de hipoglicemia Reação local à injeção	Elevado
DAPAGLIFOZINA	Bloqueia reabsorção renal de glicose ↑ glicosúria	Perda de peso Segura para pacientes com DAC e DRC	Não	ITU ↑ Infecções genitais ↑ LDL ↑ transitório da creatinina	Elevado
SEMAGLUTIDA	↑ secreção de insulina ↓ secreção de glucagon Atrasa esvaziamento gástrico ↑ saciedade	Perda de peso Segura para pacientes com DAC	Não	Náuseas Diarreia Reação local à injeção	Elevado

Fonte: elaboração própria

A metformina é o agente de primeira linha de escolha para o tratamento do DM2, dado a sua eficácia e segurança, baixa incidência de hipoglicemia e baixo custo. (UKPDS, 1998). Seu mecanismo de ação está calçado da redução do débito hepático da glicose e em mecanismos não insulino-dependentes. Essa droga melhora o perfil lipídico, sendo segura para pacientes com DAC, possui efeito anorético que auxilia na perda de peso, e não provoca hipoglicemia, por não estimular a secreção de insulina. Porém, apesar dos benefícios, é preciso atenção com relação ao uso dessa droga no que diz respeito a sintomas gastrointestinais, ajuste para a função renal pelo risco de acidose láctica e ao controle de deficiência de Vitamina B12. (FILHO et al., 2022; DE BOER, 2020)



Quando comparada às sulfonilureias, a metformina tem menor tolerabilidade, levando a sintomas gastrointestinais, tais como, náuseas, vômitos, diarreia, anorexia e hálito metálico em 30% dos casos, no início da terapia. Para se evitar esses efeitos, a droga é recomendada junto com as refeições e deve ser iniciada em doses baixas (500mg à noite) com aumento progressivo a cada 7 dias e dose máxima de 2g por dia (DE BOER, 2020) ou então, pode ser recomendada a metformina de liberação prolongada (XR) que costuma apresentar melhor tolerabilidade. (BLONDE *et al.*, 2004)

A terapia dupla com metformina e qualquer outro antidiabético foi sempre superior à monoterapia com metformina para redução da HbA1c. (Cai X *et al.*, 2018) Deve-se sempre avaliar o risco de hipoglicemia antes de se iniciar uma terapia dupla ou associar um segundo agente à metformina, principalmente se for um secretagogo, em especial quando a HbA1c estiver próxima de 7,5%. (FILHO *et al.*, 2022)

Nos casos em que a metformina esteja contraindicada ou não seja tolerada, deve-se optar por um dos agentes de segunda linha, embora as escolhas sejam mais limitadas se a contraindicação se dever à presença de insuficiência renal. Nos doentes com DRC e elevado risco cardiovascular é segura e preferencial a utilização dos i-SGLT2 e também dos arGLP-1, de acordo com a TFG aprovada para cada um dos agentes em causa. (DUARTE *et al.*, 2018)

Com relação às sulfoniluréias disponíveis no SUS, a SBD recomenda que a droga de escolha para o tratamento de pacientes com DM2 seja a gliclazida MR, devido ao menor risco de hipoglicemia em relação à glibenclamida (MALONEY *et al.*, 2019), menor risco cardiovascular e por promover redução da doença renal no DM, o que configura potencial benefício cardiovascular futuro. (ADVANCED, 2008)

As sulfoniluréias são fármacos de baixo custo que promovem a liberação de insulina pelas células beta pancreáticas, reduzem os níveis sanguíneos do glucagon, e aumentam a ligação de insulina com os tecidos-alvo e os receptores. Para serem eficazes, as células betas precisam estar funcionantes. Por outro lado, as sulfoniluréias estão associadas ao ganho de peso e a hipoglicemia, fatores importantes para o risco de arritmias e isquemia cardíaca, aumentando as chances de IAM. (PEREIRA, 2016) Portanto, não se recomenda a substituição de outro medicamento por sulfonilureia isoladamente. Seguindo as recomendações atuais sobre o tratamento do DM2, é mais



seguro introduzir sulfoniluréias juntamente com a metformina do que fazer a troca de medicamentos. (BDOUROS, 2018)

A insulinoaterapia ativa receptores de insulina, aumentando a eficácia hipoglicemiante. A insulina humana (NPH), de custo mais baixo, está indicada quando há falha no controle glicêmico em uso de antidiabéticos orais, conforme recomendação descrita no PCDT-DM2. Para o DM2, a dose total de insulina NPH geralmente varia em torno de 0,5 a 1,5 unidades/kg/dia, dependendo do grau de resistência à insulina e, particularmente, do grau de obesidade. A associação de insulina regular, de mais alto custo, à insulina basal está indicada para pacientes sem controle glicêmico adequado com insulina NPH em associação ou não com hipoglicemiantes orais e que necessitam de uma ou mais doses de insulina prandial por dia. (BAHIA *et al.*, 2023)

A orientação do paciente que utiliza insulina sobre os sintomas de hipoglicemia e seu manejo é fundamental. A meta glicêmica preconizada pelo PCDT-DM2 é de HbA1C menor ou igual a 7,0% e o médico deverá instruir os pacientes a registrar a glicemia capilar no domicílio, de forma adequada. Em casos em que não for atingida a meta, os ajustes deverão ser feitos pelo médico. (BAHIA *et al.*, 2023) Além disso, para fins de ajustes, os efeitos adversos da insulinoaterapia deverão ser considerados, são eles: ganho de peso, hipoglicemia e reações cutâneas, como lipoatrofia e lipohipertrofia. (WEINERT *et al.*, 2010)

A dapaglifozina, droga de custo elevado, incorporada no tratamento do DM2 pelo novo PCDT, é uma opção no tratamento em idosos diabéticos e com doença cardiovascular estabelecida. (BAHIA *et al.*, 2023). Este medicamento bloqueia a reabsorção renal de glicose, aumentando a glicosúria e não promovendo hipoglicemia. A SBD destaca o benefício de proteção renal e a redução de hospitalizações e mortes por insuficiência cardíaca (PERKOVIC *et al.*, 2019), independente da idade, além da promoção de perda de peso sustentada, o que ajuda no controle glicêmico a longo prazo. (LUPSA & INZUCCHI, 2018) Apesar disso, a glicosúria pode aumentar o substrato para o crescimento bacteriano, levando a quadros de ITU (Silva *et al.*, 2020).

Os principais efeitos secundários dos i-SGLT2 incluem um aumento das infecções micóticas genitais, com uma frequência de cerca de 11% nas mulheres e 4% nos homens; (ESTEVES *et al.*, 2018) alguns estudos mostraram, também, um ligeiro aumento das infecções urinárias, em particular cistites. (ESTEVES *et al.*, 2018; MILLER *et al.*, 2010).



Sendo fármacos com efeito diurético modesto, poderão também ocorrer manifestações associadas à depleção de volume, como hipotensão ortostática, sobretudo no início do tratamento. Por este motivo recomenda-se uma utilização criteriosa destes fármacos em idosos e em pessoas com diminuição do reflexo da sede; com depleção de volume intravascular ou previamente medicadas com diuréticos. Poderá também ocorrer uma elevação ligeira mas reversível do valor da creatinina sérica. (MONAMI *et al.*, 2014)

A semaglutida, droga de custo elevado mais altamente promissora, tem demonstrado uma eficácia maior quando comparada com outros antidiabéticos. Estudos apontam maiores efeitos de redução da glicose e na perda de peso com uso da medicação. Isso ocorre pois a droga age reduzindo a secreção de glucagon e aumentando a secreção de insulina, reduzindo a velocidade de trânsito intestinal, a velocidade do esvaziamento gástrico, e o déficit calórico de forma que há uma redução do apetite de uma forma geral, além de reduzir a preferência por alimentos com alto teor de gordura. (KNUDSEN, 2019)

Nessa ótica, com a perda sustentada e efetiva de peso, os arGLP-1 promovem efeitos que são potencialmente benéficos em uma perspectiva relacionada ao risco cardiovascular, incluindo natriurese, diurese, redução da pressão arterial e melhorias na inflamação. Alinhados a isso, receptores agonistas destes peptídeos têm demonstrado redução no risco de desenvolvimento de eventos de aterosclerose cardiovascular em diversos resultados de testes cardiovasculares em pacientes com DM2. (CHRSTOU *et al.*, 2019) Com relação à DRC, o uso da semaglutida demonstrou redução progressiva dos níveis de albuminúria, porém os desfechos renais de melhor prognóstico são mais significativos com uso das drogas i-SGLT2. (DUARTE *et al.*, 2019)

A semaglutida tem a vantagem de não causar hipoglicemia e de ser administrada no subcutâneo apenas uma vez na semana e esse conforto posológico facilita a adesão ao tratamento em comparação com formulações diárias, contribuindo mais facilmente para a perda de peso e para a redução dos níveis séricos de glicemia e lipídios. (PAULO *et al.*, 2021; SABBÁ *et al.*, 2022)

Os efeitos colaterais se concentram em reação local à injeção e efeitos no trato gastrointestinal, pois hormônios incretinas têm como principal sítio de ação órgãos como pâncreas, estômago e intestino. Quando comparada à liraglutida, a semaglutida apresentou maiores taxas de náuseas e vômitos. (DE PAULO *et al.*, 2021) Além disso, a



coletíase esteve relacionada à alta dosagem de semaglutida. A pancreatite ainda não teve sua fisiopatologia explicada, mas estudos observaram aumento nos níveis enzimáticos de lipase e amilase pancreáticas. Outros estudos apontaram que medicamentos GLP-1 induzem inflamação pancreática e neoplasia intra-epitelial, podendo contribuir para o surgimento de câncer pancreático.

Outros efeitos menos frequentes relacionados ao uso da semaglutida são: o aumento da frequência cardíaca, apesar de não ser associado a eventos cardíacos adversos (SMITS, 2021); tonturas e cefaleia, explicados por teorias envolvendo o fluxo sanguíneo (SMITS, 2021; GAO *et al.*, 2019); flacidez facial e corporal, efeito associado a perda ponderal acentuada e de forma acelerada o que promove a perda da elasticidade cutânea. (NECA *et al.*, 2022) Por outro lado, acredita-se que estes medicamentos podem contribuir para a melhora da função cognitiva, estando associados também a melhorias no humor e no bem-estar psicológico geral. (GUERRERO-HREINS *et al.*, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma forma geral, a utilização de qualquer fármaco em pessoas com DM2 deve levar em conta o balanço entre a eficácia na redução da glicemia, o perfil de efeitos secundários, os potenciais benefícios adicionais, os custos e, ainda, outros aspectos práticos como a posologia e a necessidade de monitorização da glicemia. Associado a isso, a pessoa com diabetes deve participar no processo de decisão terapêutica partilhada, quer na definição de objetivos terapêuticos e da intensificação do tratamento necessária para os atingir, quer na escolha dos medicamentos a utilizar.

Além da dificuldade de adesão continuada observada no tratamento não medicamentoso e medicamentoso do DM2, muitos são os efeitos adversos relacionados aos fármacos antidiabéticos, o que motiva a investigação profissional de drogas de maior conforto posológico e com efeitos menos deletérios como alternativa terapêutica a ser utilizada na Atenção Primária do SUS.

A semaglutida, apesar do custo elevado e de seus efeitos colaterais referentes ao trato gastrointestinal, tem demonstrado um efeito superior às outras drogas disponibilizadas no SUS principalmente no que se refere à pacientes portadores de DM2



e obesos. Isso porque, a droga além de atuar no controle glicêmico, promove perda sustentada de peso. Quanto à adesão medicamentosa, se mostra superior às outras opções visto que é administrada via subcutânea apenas uma vez por semana. Em suma, o uso desse arGLP-1 parece ser uma alternativa segura e eficaz a ser utilizada principalmente em pacientes diabéticos e obesos atendidos na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

1. WHO. **Handbook for Guideline Development**. 2nd Edition; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714> Acesso em: 10 ago. 2023.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_diretrizes_metodologicas.pdf Acesso em: 10 ago. 2023.
3. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas, 10th edn**. Brussels, Belgium: 2021. Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf Acesso em: 16 de setembro de 2023.
4. Dias, SWN; Sutton, AJ. **NICE DSU Technical Support Document 2: A Generalised Linear Modelling Framework for Pairwise and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials**. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310366/pdf/Bookshelf_NBK310366.pdf Acesso em: 10 ago. 2023.
5. Dias, S; Welton, NJ; Caldwell, DM; Ades AE. **Checking consistency in mixed treatment comparison meta-analysis**. *Statistics in medicine*. 29(7-8):932-944; 2010. Disponível em: <https://sci-hub.3800808.com/10.1002/sim.3767> Acesso em: 17 ago. 2023.
6. Salanti, G; Ades, AE; Ioannidis, JP. **Graphical methods and numerical summaries for presenting results from multiple-treatment meta-analysis: an overview and tutorial**. *Journal of clinical epidemiology*. 64(2):163-171; 2011. Disponível em: <https://sci-hub.3800808.com/10.1016/j.jclinepi.2010.03.016> Acesso em: 7 ago. 2023.



7. Bahia, Luciana; Almeida-Pititto, Bianca de; Bertoluci M. **Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-2-no-sus/> Acesso em: 5 ago. 2023.
8. Flor, LS; Campos, MR. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional.** Rev Bras Epidemiol 2017; 20:16-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGVt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 7 ago. 2023.
9. Arruda, GO; Schmidt, DB; Marcon, SS. **Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012.** Ciênc Saúde Colet 2018; 23:543-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KLj3YFnNCR65dbBhsGt5FKg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 7 ago. 2023.
10. Neves, RG; Duro, SMS; Muñiz, J; Castro, TRP; Facchini, CA; Tomasi, E. **Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.** Cad Saúde Pública 2018; 34:e00072317. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qLrXpkBm9ZyrwBhBzm8T7Kr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 7 ago. 2023.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Ministério da Saúde 2013; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf Acesso em: 21 ago. 2023.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf Acesso em: 21 ago. 2023.