

ENDOCRINOLOGIA

Diabetes tipo 2: quando intensificar além da metformina?



Sumário

Um roteiro clínico para decidir quando intensificar, qual benefício priorizar e como reavaliar a resposta.

1	A mesma HbA1c, decisões diferentes	3
2	Antes de acrescentar um medicamento	4
3	O eixo cardiorrenal	5
4	Peso e hipoglicemia	5
5	Como as classes entram na decisão	6
6	Quando a insulina entra na conversa	7
7	Viabilidade, roteiro e reavaliação	8
8	Referências	10

A mesma HbA1c pode levar a escolhas diferentes

Vinheta clínica. Dois adultos usam metformina e apresentam HbA1c de 8,1%. Um tem doença renal crônica com albuminúria. O outro não tem doença cardiorrenal, mas vive com obesidade e prioriza redução de peso. O resultado pede revisão do tratamento nos dois casos. A próxima escolha não precisa ser a mesma.

A HbA1c sinaliza exposição glicêmica e resposta. O perfil clínico define qual benefício deve orientar a intensificação.¹²³

Considere intensificar quando

- a HbA1c permanece acima da meta individual após uso efetivo do esquema;
- há hiperglicemia sintomática ou descompensação;
- uma condição cardiovascular, renal ou de insuficiência cardíaca prioriza uma classe com benefício demonstrado;
- peso, hipoglicemia, efeitos adversos ou acesso tornam o plano atual inadequado.

A SBD 2026 orienta considerar terapia tripla após três meses de terapia dupla sem atingir a meta e terapia quádrupla após três meses de terapia tripla sem controle adequado.¹

Antes de acrescentar um medicamento

Confirme quatro pontos

1. **Uso real:** frequência, interrupções, esquecimentos e acesso.
2. **Tolerabilidade:** sintomas gastrointestinais, efeitos adversos e contraindicações.
3. **Dose e função renal:** dose possível, TFG_e atual e necessidade de ajuste.
4. **Contexto clínico:** alimentação, atividade física, sono, outras medicações e intercorrências.

A HbA_{1c} pode ser enganosa quando há alterações do turnover eritrocitário, transfusão recente, algumas anemias, insuficiência renal ou variantes de hemoglobina. Se houver discordância com a clínica, complemente a avaliação com glicemias capilares, monitorização contínua ou outro marcador adequado.³

O eixo cardiorrenal pode mudar a escolha

Procure ativamente

- doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida ou alto risco;
- insuficiência cardíaca;
- doença renal crônica, com atenção à TFG_e e à albuminúria.

Em adultos com diabetes tipo 2 e risco cardiorenal aumentado, a SBD recomenda inibidor de SGLT2 para reduzir eventos cardiovasculares e renais independentemente da HbA1c.¹ A ADA também recomenda que o plano inclua fármacos com benefício cardiovascular ou renal demonstrado quando essas condições estão presentes.²

Não use "proteção cardiorenal" como rótulo genérico. Verifique molécula, desfecho estudado, função renal, contraindicações e monitorização.²⁴⁶

Peso e hipoglicemia reorganizam prioridades

Quando reduzir adiposidade é objetivo clínico, agonistas do receptor de GLP-1 e coagonistas GLP-1/GIP podem ganhar prioridade. A SBD 2026 recomenda essa estratégia para adultos com diabetes tipo 2 e IMC igual ou superior a 30 kg/m² e orienta considerá-la entre 27 e menos de 30 kg/m².¹

Se o risco de hipoglicemia é alto, dê preferência, quando clinicamente possível, a opções de baixo risco intrínseco. Insulina e sulfonilureias exigem atenção maior à hipoglicemia e ao ganho de peso, sobretudo em pessoas idosas, frágeis ou expostas a consequências ocupacionais de um episódio.²⁵

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

Como as classes entram na decisão

Inibidores de SGLT2

Ganham relevância em doença renal crônica e insuficiência cardíaca e, conforme o fármaco e o perfil, em risco cardiovascular. Exigem atenção a função renal, estado volêmico, infecções genitais e risco de cetoacidose em situações predisponentes.¹²⁴

Agonistas do receptor de GLP-1 e coagonistas GLP-1/GIP

Podem oferecer grande redução glicêmica e ponderal. Algumas moléculas apresentam benefício cardiovascular demonstrado. Tolerabilidade gastrointestinal, custo, acesso e contraindicações importam.¹²

Inibidores de DPP-4

Têm baixo risco de hipoglicemia e efeito neutro no peso, com eficácia glicêmica mais modesta. É preciso considerar diferenças intraclasse e função renal.²

Sulfonilureias e tiazolidinedionas

Podem ser úteis em contextos específicos e de acesso. Sulfonilureias aumentam risco de hipoglicemia e ganho de peso. Tiazolidinedionas podem causar ganho de peso e retenção de líquido e não são adequadas na insuficiência cardíaca.²

Quando a insulina entra na conversa

A ADA orienta considerar insulina quando há sintomas de hiperglicemia, sinais de catabolismo ou hiperglicemia muito elevada. Poliúria, polidipsia e perda de peso pedem resposta rápida.²

Após estabilização, a necessidade e a intensidade da insulinização devem ser revistas. Em alguns casos, o uso é transitório; em outros, permanece como parte do plano.

A conversa deve incluir técnica de aplicação, monitorização, hipoglicemia, rotina alimentar, custo e possibilidade de simplificação. Insulina é um recurso terapêutico, não uma punição ou prova de fracasso.

O tratamento cabe na vida do paciente?

Antes de prescrever, pergunte

- o medicamento está disponível de forma contínua?
- a via e a frequência são aceitáveis?
- a rotina permite o uso correto?
- o paciente consegue monitorar riscos e efeitos adversos?
- o custo é sustentável?

O PCDT brasileiro define opções e critérios de acesso no SUS. A decisão precisa reconhecer essas condições e construir a alternativa mais segura dentro do contexto real.⁷

Roteiro de decisão em cinco perguntas

1. A meta glicêmica foi individualizada e a HbA1c é confiável?
2. O esquema atual foi usado em dose tolerada e por tempo adequado?
3. Há doença cardiovascular, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica que priorize uma classe?
4. Peso, hipoglicemia, magnitude da hiperglicemia ou função renal mudam a escolha?
5. Como e quando a resposta será reavaliada?

Não escolha a próxima classe por uma sequência fixa. Escolha o benefício que melhor responde ao risco prioritário e que pode ser sustentado pelo paciente.¹²

Reavaliar faz parte da intensificação

Após mudar o tratamento, revise

- HbA1c e sintomas;
- hipoglicemia e efeitos adversos;
- peso e parâmetros cardiorrenais pertinentes;
- adesão, técnica, acesso e carga do tratamento;
- necessidade de manter, titular, substituir ou combinar.

A ADA recomenda avaliação mais frequente, em geral a cada três meses, quando a meta não foi atingida ou houve mudança terapêutica.³ A SBD usa o mesmo intervalo como referência para decidir novos passos quando o controle permanece inadequado.¹

Conheça a Pós em Endocrinologia do CENBRAP

Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2. Diretriz SBD 2026. Revisão de 7 ago. 2026. DOI: 10.29327/5881296.2026-2.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes 2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes 2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S132-S149.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes 2026.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Older Adults: Standards of Care in Diabetes 2026.
6. KDIGO Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1-S127.
7. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 2. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 7, de 28 fev. 2024.