RESUMO TÉCNICO

Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2

Resumo das recomendações da diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, última revisão em 4 de setembro de 2026. Organizado para consulta rápida na prática clínica.

@nutricaodadepressao

Fonte: Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. Autores: Fernando Valente, Ruy Lyra, Luciano Albuquerque, Saulo Cavalcanti, Adriana Costa e Forti e Marcello Casaccia Bertoluci. DOI: 10.29327/5881296.2026-2. Este resumo não substitui a leitura do documento original.

O que mudou

O tratamento do DM2 deixou de ser guiado só pela glicemia. A diretriz organiza a conduta em torno de três eixos avaliados desde o diagnóstico: controle glicêmico, grau de adiposidade e risco cardiorrenal (RCR). O conceito central é a síndrome cardiorrenal metabólica: o DM2 é entendido como parte de um processo maior de adiposidade disfuncional, que afeta progressivamente o pâncreas, o fígado, o coração e o rim.

OS CINCO PASSOS DA ABORDAGEM INICIAL

1. **Avaliação geral** do paciente: risco cardiorrenal, IMC, HbA1c e função renal (R1).
2. **Medidas não farmacológicas**: nutrição, atividade física, sono, tabagismo e estresse (R2 a R4).
3. **Início da metformina** em monoterapia, substituto ou combinação dupla, conforme a HbA1c inicial (R5 a R7).
4. **Redução do risco cardiorrenal** com inibidor de SGLT2, se o RCR estiver aumentado (R8).
5. **Controle do peso corporal** com AR GLP-1 ou coagonista GLP-1/GIP, conforme o IMC (R9 e R10).

> #### DEPOIS DA ABORDAGEM INICIAL
>
> Se a HbA1c continuar acima da meta, o tratamento é intensificado a cada 3 meses: terapia dupla, tripla, quádrupla e, por fim, terapia baseada em insulina (R11 a R13). Pacientes muito sintomáticos, com sinais de insulinopenia, começam direto com insulina (R14 a R16).

Avaliação inicial e risco cardiorrenal

R1

Todos os adultos com DM2 recém-diagnosticados devem ser avaliados quanto ao RCR, ao IMC, à HbA1c e à função renal (RAC e TFG). Recomendação classe I, nível de evidência C. É esse conjunto de dados que define a estratégia farmacológica, não a glicemia isolada.

> #### POR QUE O RCR IMPORTA
>
> O risco cardiorrenal aumentado é o que indica o uso de um inibidor de SGLT2, independentemente da HbA1c. Homens acima de 50 anos e mulheres acima de 56 anos já têm RCR aumentado só pela idade. Abaixo disso, o RCR só é considerado normal se o paciente tiver DM2 há menos de 10 anos, for jovem (menos de 35 anos) e não apresentar nenhum estratificador de risco.

O QUE COMPÕE A AVALIAÇÃO RENAL

- **RAC**: razão albumina/creatinina em amostra matinal de urina, em mg/g.
- **TFG**: taxa de filtração glomerular estimada, em mL/min/1,73m².
- A combinação de TFG baixa com RAC elevada já caracteriza um estratificador renal de alto ou muito alto risco, mesmo sem outros fatores presentes.

Estratificadores de risco cardiorrenal

A presença de qualquer item da tabela já define o RCR como aumentado, para fins de indicação do inibidor de SGLT2.

CATEGORIA	EXEMPLOS DE ESTRATIFICADORES
Alto risco (EAR)	DM2 há 10 anos ou mais; história familiar de DAC precoce; hipertensão; síndrome metabólica; tabagismo vigente; retinopatia não proliferativa; LDL-c ≥ 190 mg/dL; condições inflamatórias crônicas (psoríase, artrite reumatoide, lúpus, DII).
Renal, alto risco	TFG ≥ 60 com RAC ≥ 30 mg/g; TFG ≥ 45 com RAC 30–299; TFG 30–59 com RAC

	< 30.
Muito alto risco (EMAR)	Três ou mais EAR; estenose arterial maior que 50%; retinopatia proliferativa; infarto ou AVC prévio; doença arterial obstrutiva periférica.
Renal, muito alto risco	TFG < 60 com RAC ≥ 300; TFG < 45 com RAC 30–299; TFG < 30 com qualquer RAC.
Risco extremo (ERE)	Mais de um evento cardiovascular aterosclerótico na história.
Insuficiência cardíaca (EIC)	IC estabelecida ou sintomas sugestivos; cardiomegalia; NT-proBNP ≥ 125 pg/L (adultos) ou ≥ 190 pg/L (idosos); IMC ≥ 40; apneia obstrutiva do sono grave com obesidade; fibrilação atrial.

Tabela simplificada a partir da Tabela 1 da diretriz. Consulte o documento original para a lista completa de estratificadores e legendas.

R4

Manter o esquema vacinal atualizado (influenza, covid-19, VSR, herpes zoster, pneumocócica e hepatite B) é recomendado pela maior vulnerabilidade de pessoas com DM2 a infecções graves. Recomendação classe I, nível de evidência B.

Medidas não farmacológicas

R2

A intervenção nutricional com foco no controle da adiposidade, a dieta saudável, a atividade física, a redução do tempo sentado, a melhora do sono, a cessação do tabagismo e o controle do estresse são recomendados em todas as categorias de risco, durante todo o tratamento do DM2.
Recomendação classe I, nível de evidência B.

PESO E ADIPOSIDADE

O estudo DIRECT mostrou remissão do DM2 em 46% dos pacientes no grupo de intervenção estruturada de peso, contra 4% no controle, no primeiro ano. Perda de peso igual ou maior que 15% nos primeiros 2 anos associou-se a menor risco de complicações macro e microvasculares.

ATIVIDADE FÍSICA E SONO

Treinamento físico estruturado reduziu a HbA1c em 0,67 ponto percentual frente ao controle. Sono curto (≤ 5h) ou muito longo (≥ 10h) aumenta o risco de eventos cardiovasculares em pessoas com DM2.

R3

A monitorização contínua da glicose (CGM) deve ser considerada como medida adicional, capaz de auxiliar na redução da HbA1c. Recomendação classe IIa, nível de evidência B.

Como a diretriz classifica os medicamentos

Os antidiabéticos são agrupados em três categorias, usadas em todas as recomendações de R5 a R16.

AD1 — BENEFÍCIO CARDIORRENAL COMPROVADO

Inibidores do SGLT2 (empagliflozina, dapagliflozina, canagliflozina); agonistas do receptor de GLP-1 (semaglutida, liraglutida, dulaglutida); agonista dual do receptor GLP-1/GIP (tirzepatida).

AD — SEGURANÇA CARDIOVASCULAR COMPROVADA, SEM BENEFÍCIO CARDIORRENAL DIRETO

Sulfonilureias (gliclazida, glimepirida); pioglitazona; inibidores da DPP-4 (sitagliptina, linagliptina, alogliptina, saxagliptina).

TBI — TERAPIA BASEADA EM INSULINA

Insulina basal; insulina prandial; coformulação de insulina basal com AR GLP-1.

METFORMINA, FUNÇÃO RENAL E VITAMINA B12

- TFG entre 30 e 45 mL/min/1,73m²: reduzir a dose em 50%, sem ultrapassar 1 g ao dia.
- TFG abaixo de 30 mL/min/1,73m²: suspender a metformina, pelo risco de acidose lática.
- Avaliar vitamina B12 anualmente após 4 anos de uso contínuo, repondo se necessário.

SULFONILUREIAS E HIPOGLICEMIA

O risco de hipoglicemia deve sempre ser considerado ao associar uma sulfonilureia. Havendo essa opção, a diretriz recomenda preferir as de segunda geração, gliclazida MR ou glimepirida, pelo menor potencial de causar episódios de hipoglicemia.

REFERÊNCIA RÁPIDA DE DOSES E EFEITOS (APÊNDICE 1 DA DIRETRIZ)

CLASSE	POSOLOGIA USUAL	VANTAGENS	CUIDADO PRINCIPAL
Metformina	500–850 mg, 2–3x/dia (XR: 1–3x/dia)	Reduz HbA1c 1,5–2%; não causa hipoglicemia nem ganho de peso; baixo custo	Suspender se TFG < 30
iSGLT2	1x/dia	Reduz eventos CV e renais; reduz peso e pressão arterial	Risco de infecção geniturinária
AR GLP-1	1x/dia ou 1x/semana, conforme o fármaco	Reduz HbA1c 0,8–1,5%; redução de peso; reduz eventos CV	Náusea, vômito e diarreia
GLP-1/GIP (tirzepatida)	1x/semana	Reduz HbA1c mais de 2%; maior redução de peso entre as classes	Efeitos gastrointestinais mais frequentes
Pioglitazona	1x/dia	Reduz resistência à insulina; melhora perfil lipídico	Ganho de peso; retenção hídrica; evitar em IC sintomática
Sulfonilureias	1–2x/dia	Alta potência de redução de HbA1c	Hipoglicemia; ganho de peso
iDPP-4	1–2x/dia, conforme o fármaco	Boa tolerabilidade; não altera peso; raramente causa hipoglicemia	Eficácia mais modesta

Tabela de recomendações

Classe I: é recomendado. Classe IIa: deve ser considerado.

Nº	RECOMENDAÇÃO	CLASSE / NÍVEL
R1	Avaliar RCR, IMC, HbA1c e função renal (RAC e TFG) em todo adulto com DM2 recém-diagnosticado.	I · C
R2	Intervenção nutricional com foco na adiposidade, dieta saudável, atividade física, sono, tabagismo e estresse, em todas as fases do tratamento.	I · B
R3	Considerar a monitorização contínua da glicose (CGM) como medida não farmacológica adicional.	IIa · B
R4	Manter o esquema vacinal específico atualizado.	I · B
R5	Iniciar metformina desde o diagnóstico, com TFG maior ou igual a 30, junto com medidas de estilo de vida.	I · A
R6	Se a metformina não for tolerada, considerar um AD1 ou AD para o controle inicial.	IIa · A
R7	Com HbA1c inicial maior ou igual a 7,5%, iniciar terapia dupla desde o começo, independente do RCR e do peso.	I · A
R8	Com RCR aumentado, iniciar um inibidor de SGLT2, independente da HbA1c.	I · A
R9	Com IMC maior ou igual a 30, iniciar AR GLP-1 ou coagonista GLP-1/GIP visando redução de peso.	I · A
R10	Com IMC entre 27 e 29,9, considerar a mesma conduta de redução de peso.	IIa · A
R11	Sem meta de HbA1c após 3 meses de terapia dupla, considerar terapia tripla.	IIa · A
R12	Sem meta de HbA1c após 3 meses de terapia tripla, considerar terapia quádrupla.	IIa · B
R13	Sem meta de HbA1c após 3 meses de terapia quádrupla, considerar terapia baseada em insulina.	IIa · A
R14	Com sintomas moderados a severos de insulinopenia (poliúria, polidipsia, perda de peso), iniciar insulina, independente do RCR e do IMC.	I · C
R15	Após estabilização, considerar substituir ou combinar a insulina com terapia dupla ou tripla.	IIa · C
R16	Em obesidade ou sobrepeso com necessidade de insulina, considerar coformulação fixa de insulina com AR GLP-1.	IIa · B

Fluxo de intensificação

1. Terapia dupla sem meta em 3 meses: **considerar terapia tripla** (R11).
2. Terapia tripla sem meta em mais 3 meses: **considerar terapia quádrupla** (R12).
3. Terapia quádrupla sem meta em mais 3 meses: **considerar terapia baseada em insulina** (R13).

FORA DO FLUXO GRADUAL: DM2 SINTOMÁTICO

Poliúria, polidipsia e perda de peso indicam insulinopenia. Nesses casos, a insulina é recomendada de imediato, independente do IMC e do RCR (R14). Depois que o paciente estabiliza, a diretriz recomenda reavaliar a substituição gradual da insulina por terapia dupla ou tripla, desde que excluídos diabetes tipo 1 e LADA (R15).

NOTA IMPORTANTE: PERIODICIDADE DA HBA1C

Medir a cada 3 meses em quem ainda não atingiu a meta após mudança de terapia ou em situações instáveis. No máximo a cada 6 meses em quem está assintomático e dentro da meta.

Fonte

Este resumo foi elaborado a partir de um único documento, sem outras fontes:

> Valente F, Lyra R, Albuquerque L, Cavalcanti S, Costa e Forti A, Bertoluci MC. **Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2.** Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2026). DOI: 10.29327/5881296.2026-2. Última revisão: 04/09/2026.
>
> Disponível em: diretriz.diabetes.org.br/manejo-do-diabetes-mellitus-tipo-2

Este material é um resumo para consulta rápida e não substitui a leitura da diretriz original, que traz o detalhamento de cada recomendação, o sumário de evidências e as referências bibliográficas completas.
