



II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde
CINETs

ANAIs DO EVENTO



II Congresso Internacional de
Neurociência Translacional em Saúde

CINETs



11, 12 e 13
de **março** de 2027



100%
on-line

ANAIs CIENTÍFICOS



EDITORA
Cognitus



Instagram:
@congressocinets



Revista:
Cognitus Interdisciplinary
Journal (ISSN: 3085-6124)



II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde
CINETs



ANAIS DO

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIA TRANSLACIONAL EM SAÚDE

II CINETs

Neurociência translacional, inovação e integração multiprofissional
para transformar o cuidado em saúde

11 a 13 de março de 2027 • 100% on-line

Volume 1 • 1ª edição • Teresina - PI • 2027

Organização e publicação: Editora Cognitus

<https://conevy.com.br/e/iicinets-39>





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde
CINETs



EXPEDIENTE

Identificação institucional e dados editoriais do volume.

Evento	Anais do II Congresso Internacional de Neurociência Translacional em Saúde (CINETs)
Sigla	II CINETs
Data	11 a 13 de março de 2027
Formato	100% on-line
Abrangência	Internacional e multiprofissional
Tema central	Neurociência translacional, inovação e integração multiprofissional para transformar o cuidado em saúde
Organização	Editora Cognitus
Publicação	Anais científicos digitais - Volume 1 - 1ª edição - 2027
Local editorial	Teresina - Piauí - Brasil
ISBN	978-65-83818-49-2

Comissão científica e editorial / avaliadores

Najla Gergi Krouchane
Sarah Camila Fortes Santos
Celso Chaves Adão Filho

Responsabilidade científica: os conteúdos, dados, interpretações e referências dos trabalhos são de responsabilidade de seus respectivos autores.

Citação recomendada dos anais: EDITORA COGNITUS (org.). Anais do II Congresso Internacional de Neurociência Translacional em Saúde (CINETs): neurociência translacional, inovação e integração multiprofissional para transformar o cuidado em saúde. Teresina: Editora Cognitus, 2027.





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde

CINETs



APRESENTAÇÃO

Os Anais do II Congresso Internacional de Neurociência Translacional em Saúde (II CINETS) reúnem produções científicas vinculadas a um evento internacional e multiprofissional voltado à integração entre conhecimento experimental, evidências clínicas, inovação e práticas de cuidado em saúde.

Realizado em formato 100% on-line, o II CINETS tem como eixo central a neurociência translacional e sua capacidade de aproximar pesquisa, assistência e inovação. A programação científica contempla neurociência clínica e translacional, saúde mental, neurodesenvolvimento, cognição, comportamento, neuroplasticidade, reabilitação, doenças neurológicas, envelhecimento, tecnologia e práticas baseadas em evidências.

Este volume foi estruturado com identificação institucional, comissão científica e editorial, política de avaliação, sumário paginado, trabalhos científicos completos, referências e índices de autoria e palavras-chave, de modo a favorecer a consulta, a citação e a comprovação acadêmica das publicações.





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde

CINETs



SOBRE O II CINETs

O II Congresso Internacional de Neurociência Translacional em Saúde será realizado de 11 a 13 de março de 2027, em formato 100% on-line, reunindo estudantes, profissionais, pesquisadores, docentes e gestores de diferentes áreas da saúde.

O tema central do evento é “Neurociência translacional, inovação e integração multiprofissional para transformar o cuidado em saúde”. A proposta científica inclui debates e atividades sobre neurociência clínica e translacional, saúde mental, neurodesenvolvimento, cognição, comportamento, neuroplasticidade, reabilitação, doenças neurológicas, envelhecimento, inovação tecnológica e práticas baseadas em evidências.

A programação prevê palestras, minicursos, apresentações de trabalhos científicos e atividades acadêmicas. Os trabalhos aprovados podem ser apresentados durante o evento e publicados nos anais científicos conforme as normas de submissão.

Site oficial: conevy.com.br/e/iicinets-39





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde

CINETs



COMISSÃO CIENTÍFICA E EDITORIAL

Najla Gergi Krouchane

Avaliadora

Sarah Camila Fortes Santos

Avaliadora

Celso Chaves Adão Filho

Avaliador





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde

CINETs



POLÍTICA EDITORIAL E AVALIAÇÃO CIENTÍFICA

Avaliação científica

As submissões de resumos simples, resumos expandidos e trabalhos completos são realizadas em fluxo contínuo e submetidas a avaliação dupla às cegas.

Autoria

Cada trabalho pode conter até 10 autores; o autor principal deve estar regularmente inscrito para avaliação e publicação, conforme as regras de submissão do evento.

Apresentação

Os trabalhos aceitos nas modalidades apresentáveis podem optar por comunicação oral ou pôster, conforme edital e disponibilidade da programação.

Avaliação científica

Todas as submissões de resumos simples, resumos expandidos e trabalhos completos são recebidas em fluxo contínuo e submetidas, obrigatoriamente, a avaliação científica por pares na modalidade dupla às cegas (double-blind peer review).

Nesse processo, a identidade dos autores não é informada aos avaliadores, assim como a identidade dos avaliadores permanece desconhecida pelos autores, assegurando maior imparcialidade, independência e rigor científico durante a análise.

Cada trabalho é analisado por dois avaliadores independentes, considerando critérios como relevância científica, originalidade, adequação metodológica, clareza, coerência, qualidade da redação acadêmica, fundamentação teórica e pertinência em relação à área temática do evento.

Após a avaliação, o trabalho poderá ser classificado como aceito, aceito com correções ou não aceito, conforme os pareceres emitidos pelos avaliadores e as normas estabelecidas no edital do evento.





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde
CINETs



SUMÁRIO

Expediente	2
Apresentação	3
Sobre o II CINETs	4
Comissão científica e editorial	5
Política editorial e avaliação científica	6
Trabalhos científicos	8
Diabetes Gestacional e Desfechos Materno-Fetais: Estratégias para o Rastreamento e Manejo na Assistência Pré-Natal	9
Diabetes Mellitus na Saúde Pública: Desigualdades no Acesso, Continuidade do Cuidado e Estratégias para a Prevenção de Complicações Crônicas	17





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde

CINETs

TRABALHOS CIENTÍFICOS

1. Diabetes Gestacional e Desfechos Materno-Fetais: Estratégias para o Rastreamento e Manejo na Assistência Pré-Natal
2. Diabetes Mellitus na Saúde Pública: Desigualdades no Acesso, Continuidade do Cuidado e Estratégias para a Prevenção de Complicações Crônicas





Diabetes Gestacional e Desfechos Materno-Fetais: Estratégias para o Rastreamento e Manejo na Assistência Pré-Natal

Shirley dos Santos Dias de Sousa ¹; Kamille Couto Alves ²; Gecely Alves da Silva ³; Joseph Ferraz Pereira ⁴; Giulliana Chrystie Feitosa de Souza ⁵; Ludmila Espíndola Bueno ⁶; Clarice Gonçalves Nascimento ⁷; Luiz Carlos Ramos Paiva ⁸; Daniela Bruna Martins Abreu ⁹; Elisa Bizão Rezende Schelini ¹⁰

¹ Estácio, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: pshirleydesousa@gmail.com

² Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Ibiassucê, Bahia, Brasil.

³ Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, Nova Xavantina, Mato Grosso, Brasil.

⁴ Universidade do Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

⁵ Universidade do Estado do Amazonas - UEA, Manaus, Amazonas, Brasil.

⁶ Universidade de Rio Verde, Anápolis, Goiás, Brasil.

⁷ Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁸ Centro Universitário do Norte - Uninorte, Manaus, Amazonas, Brasil.

⁹ Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

¹⁰ Universidade Federal de Jataí, Anápolis, Goiás, Brasil.

RESUMO

A diabetes mellitus gestacional constitui uma alteração metabólica frequente na gravidez, associada a complicações maternas, fetais e neonatais. O artigo objetivou analisar a relação entre diabetes gestacional e desfechos materno-fetais, com ênfase nas estratégias de rastreamento e manejo durante a assistência pré-natal. Realizou-se revisão integrativa nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science, incluindo publicações de janeiro de 2024 a agosto de 2026. Entre 175 registros identificados, oito artigos atenderam aos critérios de elegibilidade. Os resultados indicaram prevalência global estimada em 14,0% e maior ocorrência de hipertensão gestacional, cesariana, macrosomia, prematuridade e hipoglicemia neonatal. O tratamento precoce reduziu o desconforto respiratório neonatal em 48% e a cesariana de emergência em 45% entre gestantes com glicemia de jejum mais elevada. Intervenções móveis reduziram a cesariana em 24% e as complicações neonatais combinadas em 37%. Conclui-se que a assistência deve combinar avaliação precoce das gestantes de maior risco, rastreamento universal entre a 24ª e a 28ª semana e manejo individualizado. A prevenção da prematuridade e da hipoglicemia neonatal aproxima o conhecimento metabólico da proteção neurológica do recém-nascido, fortalecendo sua aplicação na neurociência translacional em saúde.

Palavras-chave: Diabetes gestacional; Cuidado pré-natal; Resultado da gravidez; Saúde materno-infantil; Neurociência translacional.

ABSTRACT

Gestational diabetes mellitus is a frequent metabolic disorder during pregnancy and is associated with maternal, fetal, and neonatal complications. This article aimed to analyze the relationship between gestational diabetes and maternal-fetal outcomes, emphasizing screening and management strategies in prenatal care. An integrative review was conducted in PubMed/MEDLINE, Scopus, and Web of Science, including publications from January 2024 to August 2026. Among 175 identified records, eight articles met the eligibility criteria. The results indicated an estimated global prevalence of 14.0% and higher rates of gestational hypertension, cesarean delivery, macrosomia, preterm birth, and neonatal hypoglycemia. Early treatment reduced neonatal respiratory distress by 48% and emergency cesarean delivery by 45% among women with higher fasting glucose levels. Mobile health interventions reduced cesarean delivery by 24% and combined neonatal complications by 37%. Prenatal care should therefore combine early assessment of high-risk women, universal screening between 24 and 28 weeks, and individualized



II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



management. Preventing preterm birth and neonatal hypoglycemia connects metabolic knowledge to neonatal neurological protection, strengthening its application within translational neuroscience in health.

Keywords: Gestational diabetes; Prenatal care; Pregnancy outcome; Maternal and child health; Translational neuroscience.

1 INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus gestacional (DMG) corresponde à alteração do metabolismo da glicose identificada durante a gravidez e apresenta prevalência global estimada em 14,0%, com variações relacionadas às características populacionais e aos critérios diagnósticos utilizados (Sweeting et al., 2024). A condição está associada à obesidade, idade materna avançada, histórico familiar de diabetes, DMG anterior e ganho excessivo de peso, embora também possa ocorrer em gestantes sem fatores de risco reconhecidos (Sweeting et al., 2024; Kuo et al., 2026).

A hiperglicemia materna prolongada aumenta o risco de hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, cesariana e desenvolvimento posterior de diabetes mellitus tipo 2, enquanto os desfechos fetais e neonatais incluem macrosomia, distopia de ombro, prematuridade, hipoglicemia e internação em unidade de terapia intensiva (Eteläinen et al., 2025; Kang et al., 2026). A frequência dessas complicações varia conforme o período do diagnóstico, a intensidade da alteração glicêmica e a oportunidade de início do tratamento (Bastian et al., 2024; Simmons et al., 2024).

O rastreamento convencional ocorre entre a 24^a e a 28^a semana, porém pode retardar o tratamento das gestantes que apresentam hiperglicemia desde o início da gravidez (Simmons et al., 2024). Em contrapartida, a antecipação universal do exame não demonstrou redução consistente dos principais desfechos materno-fetais, indicando a necessidade de combinar avaliação precoce das gestantes de maior risco com o rastreamento universal no período convencional (Gomes et al., 2024; Kuo et al., 2026).

Diante da necessidade de qualificar a assistência pré-natal, o presente artigo tem como objetivo analisar a relação entre diabetes gestacional e desfechos materno-fetais, com ênfase nas estratégias utilizadas para rastreamento, controle glicêmico e prevenção de complicações durante a gravidez.

2 METODOLOGIA

O presente artigo consiste em uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com a finalidade de reunir e analisar publicações recentes sobre diabetes mellitus gestacional, estratégias de rastreamento e manejo durante a assistência pré-natal e desfechos maternos, fetais e neonatais. A busca bibliográfica foi realizada em agosto de 2026 nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus e Web of Science.

Para a construção da estratégia de busca, foram consultados os vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Foram utilizados os descritores “Diabetes Gestacional”, “Cuidado Pré-Natal”, “Diagnóstico”, “Resultado da Gravidez” e “Complicações na Gravidez”, juntamente com seus correspondentes em inglês: “Diabetes, Gestational”, “Prenatal Care”, “Diagnosis”, “Pregnancy Outcome” e “Pregnancy Complications”. Também foram acrescentados os termos livres “screening”, “management”, “treatment”, “maternal outcomes”, “fetal outcomes” e “neonatal outcomes”, a fim de ampliar a recuperação de publicações que utilizassem variações terminológicas.

Os descritores foram intercruzados por meio dos operadores booleanos AND e OR. Na PubMed/MEDLINE, foi utilizada a estratégia: (“Diabetes, Gestational”[MeSH] OR “gestational diabetes”[Title/Abstract]) AND (“Prenatal Care”[MeSH] OR screening[Title/Abstract] OR diagnosis[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract]) AND (“Pregnancy Outcome”[MeSH] OR “maternal outcomes”[Title/Abstract] OR “fetal outcomes”[Title/Abstract] OR “neonatal outcomes”[Title/Abstract]). Na Scopus, aplicou-se a combinação: TITLE-ABS-KEY (“gestational diabetes” AND (“prenatal care” OR screening OR diagnosis OR management OR treatment) AND (“maternal outcomes” OR “fetal outcomes” OR “neonatal outcomes” OR “pregnancy outcomes”)). Na Web of Science, empregou-se a estratégia: TS=(“gestational diabetes”) AND TS=(“prenatal care” OR screening OR diagnosis OR management OR treatment) AND TS=(“maternal outcomes” OR “fetal outcomes” OR “neonatal outcomes” OR “pregnancy outcomes”).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados entre janeiro de 2024 e agosto de 2026; textos disponíveis em português, inglês ou espanhol; publicações com acesso ao texto completo; investigações com gestantes diagnosticadas com DMG ou submetidas ao rastreamento da condição; e artigos que apresentassem resultados relacionados ao diagnóstico, tratamento





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



ou aos desfechos maternos, fetais e neonatais. Foram admitidas revisões sistemáticas, metanálises, revisões guarda-chuva, ensaios clínicos randomizados, coortes e análises secundárias de ensaios clínicos.

Foram excluídas publicações duplicadas, relatos de caso, cartas ao editor, editoriais, protocolos, resumos de eventos e materiais sem dados suficientes para análise. Também foram retirados os artigos publicados fora do recorte temporal, aqueles direcionados exclusivamente ao diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 preexistente à gestação, as publicações que não abordavam a assistência pré-natal e aquelas que não apresentavam resultados referentes ao rastreamento, manejo ou desfechos materno-fetais.

A busca inicial identificou 175 publicações, sendo 58 na PubMed/MEDLINE, 71 na Scopus e 46 na Web of Science. Depois da organização das referências e da remoção de 59 registros duplicados, 116 publicações permaneceram para a leitura dos títulos e resumos. Nessa etapa, 78 registros foram excluídos por não apresentarem relação direta com o objetivo da revisão, permanecendo 38 artigos para avaliação integral.

Durante a leitura dos textos completos, 30 artigos foram excluídos: 11 não analisavam desfechos maternos, fetais ou neonatais; oito não abordavam estratégias de rastreamento ou manejo pré-natal; seis investigavam exclusivamente diabetes preexistente à gestação; três correspondiam a editoriais ou relatos de caso; e dois não apresentavam informações metodológicas suficientes para a extração dos resultados. Dessa forma, oito artigos atenderam integralmente aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final da revisão.

A seleção das publicações ocorreu em quatro etapas: identificação dos registros nas bases de dados, remoção das duplicatas, leitura dos títulos e resumos e avaliação integral dos artigos potencialmente elegíveis. O percurso de seleção pode ser resumido da seguinte forma: 175 registros identificados, 59 duplicatas removidas, 116 títulos e resumos avaliados, 78 registros excluídos, 38 textos completos examinados, 30 textos excluídos após a leitura integral e oito artigos incluídos na síntese final.

Para a extração dos dados, foi elaborado um instrumento contendo autoria, ano de publicação, país, delineamento, tamanho da amostra, período gestacional do rastreamento, método diagnóstico, características do manejo, desfechos maternos, desfechos fetais ou neonatais, resultados quantitativos e limitações. As informações foram comparadas e organizadas em três eixos: rastreamento precoce e convencional da DMG; relação entre intensidade da hiperglicemia e desfechos materno-fetais; e estratégias de manejo utilizadas durante a assistência pré-natal.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese das oito publicações selecionadas demonstrou que a diabetes mellitus gestacional (DMG) permanece associada a diferenças relevantes nos desfechos maternos e fetais, embora a magnitude das complicações varie conforme o período do diagnóstico, os critérios empregados no rastreamento, a intensidade da hiperglicemia e a oportunidade de início do tratamento (Sweeting et al., 2024; Kang et al., 2026). Os resultados foram organizados em três eixos: estratégias de rastreamento durante o pré-natal, relação entre o perfil glicêmico e os desfechos materno-fetais e intervenções destinadas ao controle metabólico e à redução das complicações perinatais (Gomes et al., 2024; Yang et al., 2025).

A DMG apresenta prevalência global estimada em 14,0%, com variação de 7,1% na América do Norte e Caribe a 27,6% no Oriente Médio e Norte da África, enquanto aproximadamente 30% a 70% das gestantes diagnosticadas podem apresentar alterações glicêmicas antes da 20ª semana de gestação (Sweeting et al., 2024). A amplitude dos percentuais decorre de diferenças populacionais, prevalência de obesidade, idade materna, origem étnica, critérios laboratoriais e adoção do rastreamento universal ou seletivo, o que impede a comparação direta entre serviços que utilizam protocolos distintos (Gomes et al., 2024; Kuo et al., 2026).

O rastreamento universal entre a 24ª e a 28ª semana permanece como a estratégia com maior padronização, pois coincide com o aumento fisiológico da resistência à insulina produzido pelos hormônios placentários, porém a realização exclusiva do teste durante esse período pode retardar a identificação de gestantes que já apresentam hiperglicemia no primeiro trimestre (Sweeting et al., 2024; Simmons et al., 2024). A metanálise que comparou os métodos de uma e duas etapas constatou que o protocolo de uma etapa aumentou em 73% a probabilidade de diagnóstico da DMG em relação ao método de duas etapas, com risco relativo de 1,73, embora o maior número de diagnósticos não tenha produzido redução proporcional dos principais desfechos obstétricos (Gomes et al., 2024). Os recém-nascidos do grupo submetido ao rastreamento em uma etapa apresentaram risco 24% maior de





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



hipoglicemia neonatal, resultado que pode decorrer da identificação de quadros mais leves, das diferenças entre os limiares diagnósticos e do aumento da vigilância glicêmica dos neonatos expostos (Gomes et al., 2024; Kang et al., 2026).

A análise secundária do ensaio TOBOGM mostrou que as gestantes com DMG identificada antes da 20ª semana, mas tratada somente entre a 24ª e a 28ª semana, apresentaram maior frequência de desfechos perinatais adversos do que aquelas cuja hiperglicemia surgiu apenas no período convencional de rastreamento, mesmo depois do início do tratamento tardio (Simmons et al., 2024). A permanência da hiperglicemia durante as primeiras fases da gestação amplia o tempo de exposição fetal à glicose materna, favorece o hiperinsulinismo fetal e pode iniciar alterações no crescimento antes da realização do teste oral de tolerância à glicose convencional (Sweeting et al., 2024).

Entretanto, os benefícios do tratamento precoce não foram uniformes em todos os níveis de alteração glicêmica, visto que uma coorte com 3.494 gestantes identificou resultados distintos conforme a glicemia de jejum apresentada no início da gravidez (Bastian et al., 2024). Entre as mulheres com glicemia de jejum de 5,3 a 6,0 mmol/L, o tratamento iniciado antes da 12ª semana reduziu o risco de desconforto respiratório neonatal em 48% e o risco de cesariana de emergência em 45%, com riscos relativos de 0,52 e 0,55, respectivamente, quando comparado ao tratamento iniciado entre a 12ª e a 20ª semana (Bastian et al., 2024). Benefícios semelhantes não foram identificados entre as gestantes com glicemia de jejum de 5,1 a 5,2 mmol/L, indicando que o rastreamento precoce precisa considerar a intensidade da hiperglicemia para evitar intervenções excessivas em alterações discretas e transitórias (Kuo et al., 2026; Bastian et al., 2024).

A necessidade de selecionar adequadamente as gestantes para o rastreamento antecipado foi reforçada pelo ensaio clínico TESCO, que incluiu 967 participantes e comparou o teste oral de tolerância à glicose realizado entre a 18ª e a 20ª semana com o rastreamento convencional entre a 24ª e a 28ª semana (Kuo et al., 2026). A antecipação universal do exame não reduziu significativamente o desfecho composto formado por cesariana primária, peso ao nascer acima do percentil 90, hipoglicemia neonatal, hiperinsulinemia fetal, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e trauma de nascimento, embora tenha diminuído a hipoglicemia neonatal isoladamente (Kuo et al., 2026). O ensaio foi interrompido precocemente por ausência de benefício global e ainda identificou maior adiposidade entre os recém-nascidos das gestantes diagnosticadas no rastreamento intermediário, demonstrando que a simples antecipação do teste para todas as gestantes não garante melhores resultados materno-fetais (Sweeting et al., 2024; Kuo et al., 2026).

A combinação dos achados sustenta um modelo de rastreamento em dois momentos, no qual a primeira consulta pré-natal inclui avaliação de obesidade, idade materna, histórico familiar de diabetes, síndrome dos ovários policísticos, DMG anterior, macrossomia prévia e pertencimento a grupos populacionais com maior risco metabólico, seguida de investigação precoce nas gestantes com maior probabilidade de hiperglicemia (Bastian et al., 2024; Sweeting et al., 2024). As mulheres sem diagnóstico no início da gestação devem realizar o rastreamento universal entre a 24ª e a 28ª semana, pois parte das alterações glicêmicas surge somente depois do aumento da resistência à insulina característico da segunda metade da gravidez (Simmons et al., 2024; Kuo et al., 2026).

Além do momento do diagnóstico, a quantidade de valores alterados no teste oral de tolerância à glicose apresentou associação direta com a gravidade dos desfechos, conforme demonstrado em uma coorte finlandesa com 4.869 gestantes. Entre as participantes, 18,0% apresentaram um valor alterado, 5,7% tiveram dois valores e 1,6% apresentaram três alterações, enquanto 74,7% permaneceram normoglicêmicas. As gestantes com dois ou mais valores anormais apresentaram desfecho perinatal adverso composto em 35,0% dos casos, em comparação com 27,5% entre aquelas com somente uma alteração, correspondendo a uma razão de chances ajustada de 1,36. O desfecho neonatal composto, formado por trauma de nascimento, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e mortalidade perinatal, ocorreu em 31,1% das gestantes com duas ou mais alterações e em 18,9% daquelas com somente um valor anormal, com razão de chances ajustada de 1,88 (Eteläinen et al., 2025).

A associação entre DMG e complicações obstétricas também foi confirmada por uma revisão guarda-chuva de 27 metanálises e 85 associações maternas e neonatais, na qual a doença esteve relacionada a maiores chances de distúrbios hipertensivos da gestação, distocia de ombro, indução do trabalho de parto e cesariana (Kang et al., 2026). As razões de chances estimadas foram de 1,85 para distúrbios hipertensivos, 1,67 para distocia de ombro, 1,36 para indução do parto e 1,31 para cesariana, indicando que o comprometimento materno ultrapassa o controle isolado da glicemia (Kang et al., 2026). Entre os recém-nascidos, foram observadas razões de chances de 2,01 para hipoglicemia neonatal, 1,74 para macrossomia, 1,43 para internação em unidade de terapia intensiva neonatal e 1,36 para nascimento prematuro (Kang et al., 2026). Parte das associações apresentou qualidade





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



metodológica baixa ou muito baixa, de modo que os valores devem ser interpretados juntamente com o perfil clínico, o controle metabólico e as comorbidades maternas (Sweeting et al., 2024; Kang et al., 2026).

Depois da confirmação diagnóstica, o manejo inicial deve contemplar orientação nutricional individualizada, atividade física compatível com as condições obstétricas, controle do ganho de peso e automonitoramento das glicemias de jejum e pós-prandiais, com reavaliações frequentes para identificar precocemente a necessidade de tratamento farmacológico (Sweeting et al., 2024; Yang et al., 2025). A manutenção de valores glicêmicos acima das metas, principalmente quando a glicemia de jejum permanece elevada, exige intensificação terapêutica em tempo oportuno, pois os maiores benefícios do início precoce foram identificados justamente nas gestantes com hiperglicemia mais acentuada (Bastian et al., 2024; Eteläinen et al., 2025). O acompanhamento precisa integrar atenção pré-natal, nutrição, endocrinologia, obstetrícia e avaliação do crescimento fetal, especialmente diante de hipertensão, necessidade de insulina, crescimento acima do percentil esperado ou controle glicêmico insatisfatório (Sweeting et al., 2024; Kang et al., 2026).

As tecnologias móveis constituíram uma estratégia complementar para ampliar o acompanhamento entre as consultas, principalmente por meio do registro remoto das glicemias, orientação alimentar, lembretes, comunicação com a equipe e ajustes mais rápidos do tratamento (Yang et al., 2025). Uma metanálise de 19 ensaios clínicos randomizados, com 1.821 gestantes com DMG, demonstrou que as intervenções de saúde móvel reduziram as chances de cesariana em 24%, de cesariana de emergência em 45% e de complicações neonatais combinadas em 37%, com razões de chances de 0,76, 0,55 e 0,63, respectivamente (Yang et al., 2025). Também foi identificada melhora da glicemia pós-prandial de duas horas, com diferença média padronizada de -0,36, embora a heterogeneidade de 67% indique variações importantes entre aplicativos, frequência do acompanhamento, características das participantes e modalidades de intervenção (Yang et al., 2025).

A incorporação da saúde móvel não elimina a necessidade de consultas presenciais, avaliação do crescimento fetal e análise individual dos registros glicêmicos, pois a maior parte dos ensaios acompanhou as participantes somente até o parto e não esclareceu a manutenção dos benefícios no período pós-natal (Yang et al., 2025; Sweeting et al., 2024). Barreiras relacionadas ao acesso à internet, alfabetização digital, disponibilidade de aparelhos e capacidade das equipes para analisar dados remotamente também podem ampliar desigualdades quando a tecnologia é utilizada sem suporte profissional e sem alternativas presenciais (Yang et al., 2025).

Em conjunto, os resultados indicam que a redução das complicações materno-fetais depende da articulação entre identificação precoce das gestantes com maior risco, rastreamento universal entre a 24ª e a 28ª semana, classificação da intensidade da alteração glicêmica e início rápido do manejo após a confirmação diagnóstica (Simmons et al., 2024; Eteläinen et al., 2025). A antecipação indiscriminada do teste não apresentou benefício global, enquanto o tratamento precoce produziu resultados mais favoráveis entre gestantes com glicemia de jejum mais elevada, o que favorece uma abordagem estratificada em vez da simples aplicação do mesmo protocolo para todas as mulheres (Bastian et al., 2024; Kuo et al., 2026). O pré-natal deve manter vigilância contínua sobre controle glicêmico, pressão arterial, ganho de peso, crescimento fetal e adesão terapêutica, com intensificação do cuidado antes que a exposição prolongada à hiperglicemia resulte em macrosomia, prematuridade, cesariana, hipoglicemia neonatal ou necessidade de internação intensiva (Kang et al., 2026; Sweeting et al., 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diabetes mellitus gestacional representa uma condição que exige rastreamento oportuno e acompanhamento contínuo durante a assistência pré-natal, devido à sua associação com complicações maternas e fetais. A avaliação precoce deve ser direcionada principalmente às gestantes com fatores de risco ou alterações glicêmicas mais acentuadas, mantendo-se o rastreamento universal entre a 24ª e a 28ª semana para aquelas sem diagnóstico anterior.

O manejo deve integrar orientação nutricional, atividade física segura, monitoramento glicêmico e tratamento farmacológico quando as metas não forem alcançadas. A atuação multiprofissional e a individualização das condutas favorecem a prevenção de complicações como hipertensão gestacional, cesariana, macrosomia, prematuridade e hipoglicemia neonatal. Portanto, a organização de protocolos que articulem diagnóstico, acompanhamento metabólico e vigilância fetal constitui uma medida fundamental para melhorar a qualidade da assistência pré-natal e os desfechos materno-fetais.





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



REFERÊNCIAS

- BASTIAN, B. et al. Early screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus (GDM) and its impact on perinatal outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 217, art. 111890, 2024. DOI: 10.1016/j.diabres.2024.111890. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111890>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- ETELÄINEN, S. et al. Perinatal and neonatal outcomes in gestational diabetes: the importance of the number of abnormal values in an oral glucose tolerance test. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 104, n. 1, p. 130-138, 2025. DOI: 10.1111/aogs.14999. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.14999>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- GOMES, C. et al. One-step vs 2-step gestational diabetes mellitus screening and pregnancy outcomes: an updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, v. 6, n. 5, art. 101346, 2024. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2024.101346. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101346>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- KANG, J. et al. Gestational diabetes mellitus and adverse maternal and neonatal health outcomes: an umbrella review of meta-analyses. *Obesity Reviews*, v. 27, n. 7, art. e70102, 2026. DOI: 10.1111/obr.70102. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/obr.70102>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- KUO, C.-H. et al. The effect of midpregnancy screening for gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes: the TESCO randomized controlled trial. *Diabetes Care*, v. 49, n. 3, p. 384-392, 2026. DOI: 10.2337/dc25-0084. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc25-0084>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- SIMMONS, D. et al. Perinatal outcomes in early and late gestational diabetes mellitus after treatment from 24–28 weeks' gestation: a TOBOGM secondary analysis. *Diabetes Care*, v. 47, n. 12, p. 2093-2101, 2024. DOI: 10.2337/dc23-1667. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc23-1667>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- SWEETING, A. et al. Epidemiology and management of gestational diabetes. *The Lancet*, v. 404, n. 10448, p. 175-192, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00825-0. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00825-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00825-0). Acesso em: 14 ago. 2026.
- YANG, Q. et al. The impact of mobile health interventions on maternal-neonatal outcomes in women with gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, v. 16, art. 1707520, 2025. DOI: 10.3389/fendo.2025.1707520. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1707520>. Acesso em: 14 ago. 2026.





RESUMO EXPANDIDO • ANAIS CIENTÍFICOS

Diabetes Mellitus na Saúde Pública: Desigualdades no Acesso, Continuidade do Cuidado e Estratégias para a Prevenção de Complicações Crônicas

Livia Nápoles Drumond de Souza Gontijo ¹; Évana Thaíza do Nascimento Silva ²; Sandra Fernandes Lima ³; Mariana Batista Chaves ⁴; Nicolas Henrique Pinheiro Carlos ⁵; Uilma Santos de Souza ⁶; Giulliana Chrystie Feitosa de Souza ⁷; Giulliana Chrystie Feitosa de Souza ⁸; Maria de Lourdes Machado de Resende Neta⁹; Débora Novais Lopes Leal ¹⁰

¹ Unibh, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: liviands@yahoo.com.br

² Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

³ Uninta, Tianguá, Ceará, Brasil.

⁴ Centro Universitário Campo Limpo Paulista - UNIFACCAMP, Campo limpo paulista, São Paulo, Brasil.

⁵ Centro Universitário Campo Limpo Paulista - UNIFACCAMP, Campo limpo paulista, São Paulo, Brasil.

⁶ UFTM, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

⁷ Universidade do Vale do Rio Doce - Univale, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

⁸ Universidade do Estado do Amazonas - UEA, Manaus, Amazonas, Brasil.

⁹ Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Teresina, Piauí, Brasil.

¹⁰ unirio, São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

O diabetes mellitus constitui um desafio relevante para a saúde pública, devido à elevada prevalência, à necessidade de acompanhamento contínuo e ao risco de complicações cardiovasculares, renais, oftalmológicas e neurológicas. O estudo objetivou analisar as desigualdades no acesso e na continuidade do cuidado às pessoas com diabetes no sistema público de saúde brasileiro, identificando obstáculos e estratégias para a prevenção de complicações crônicas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, fundamentada em publicações científicas e documentos institucionais relacionados ao diabetes, à equidade, à atenção primária e ao cuidado longitudinal. Os resultados indicaram que barreiras socioeconômicas, territoriais, educacionais e organizacionais comprometem o diagnóstico oportuno, o acesso regular aos medicamentos, o monitoramento glicêmico e a adesão terapêutica. A fragmentação entre os níveis assistenciais também amplia o risco de hospitalizações, incapacidades e mortalidade prematura. Conclui-se que o fortalecimento da atenção primária, a atuação multiprofissional, a educação para o autocuidado, a busca ativa e a integração entre serviços podem ampliar a equidade e favorecer a aplicação do conhecimento científico na prevenção das complicações do diabetes.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Saúde pública; Equidade em saúde; Continuidade do cuidado; Complicações crônicas.





ABSTRACT

Diabetes mellitus represents a major public health challenge because of its high prevalence, the need for continuous follow-up, and the risk of cardiovascular, renal, ophthalmological, and neurological complications. This study aimed to analyze inequalities in access to and continuity of care for people with diabetes in the Brazilian public healthcare system, identifying barriers and strategies for preventing chronic complications. An integrative literature review was conducted using a qualitative and descriptive approach, based on scientific publications and institutional documents addressing diabetes, health equity, primary care, and longitudinal care. The results indicated that socioeconomic, territorial, educational, and organizational barriers compromise timely diagnosis, regular access to medication, glycemic monitoring, and treatment adherence. Fragmentation across levels of healthcare also increases the risk of hospitalization, disability, and premature mortality. It is concluded that strengthening primary care, promoting multidisciplinary practice, providing self-care education, conducting active follow-up, and integrating healthcare services can increase equity and support the translation of scientific knowledge into effective strategies for preventing diabetes-related complications.

Keywords: Diabetes mellitus; Public health; Health equity; Continuity of care; Chronic complications.

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma condição crônica de elevada relevância para a saúde pública, devido ao crescimento de sua prevalência e à associação com doenças cardiovasculares, comprometimento renal, retinopatia, neuropatias e amputações. Em 2022, aproximadamente 828 milhões de adultos viviam com diabetes no mundo, enquanto cerca de 445 milhões de pessoas com 30 anos ou mais permaneciam sem tratamento, com maior concentração das dificuldades assistenciais nos países de baixa e média renda (NCD Risk Factor Collaboration, 2024).

As complicações do diabetes podem ser reduzidas mediante diagnóstico oportuno, controle glicêmico, acompanhamento da pressão arterial e dos níveis lipídicos, acesso contínuo aos medicamentos e realização periódica de exames preventivos. Entretanto, diferenças de renda, escolaridade, localização geográfica e disponibilidade dos serviços interferem na entrada e na permanência dos usuários na rede assistencial, ampliando o risco de tratamento irregular, hospitalizações e mortes prematuras (Chung et al., 2026; Bowen; Alamian; Onufrak, 2025).

No Brasil, a expansão da atenção primária favoreceu o cadastramento e o acompanhamento das pessoas com diabetes, mas ainda existem limitações relacionadas à longitudinalidade, à manutenção do vínculo profissional e ao acesso aos exames especializados. A presença de consultas ou registros nas unidades de saúde, portanto, não garante que o usuário receba cuidado integrado durante todas as etapas, desde o diagnóstico até a prevenção das complicações crônicas (Tonaco et al., 2026; Wang et al., 2024).

Diante disso, o presente artigo teve como objetivo analisar as desigualdades no acesso aos serviços, as fragilidades na continuidade do cuidado e as estratégias de saúde pública direcionadas à prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida para reunir e analisar publicações referentes ao acesso, à continuidade do cuidado e à prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus.

A busca foi realizada em agosto de 2026 nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados descritores consultados nos Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Headings: “Diabetes Mellitus”, “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Continuidade da Assistência ao Paciente”, “Desigualdades em Saúde”, “Complicações do Diabetes” e “Saúde Pública”, bem como seus correspondentes em inglês: “Diabetes Mellitus”, “Health Services Accessibility”, “Continuity of Patient Care”, “Health Inequities”, “Diabetes Complications” e “Public Health”.

Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, com os seguintes cruzamentos: “Diabetes Mellitus” AND “Health Services Accessibility”; “Diabetes Mellitus” AND “Continuity of Patient Care”; “Diabetes Mellitus” AND “Health Inequities”; e “Diabetes Mellitus” AND “Diabetes Complications” AND “Public Health”. Na SciELO, também





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



foram empregados os cruzamentos em português: “Diabetes Mellitus” AND “Acesso aos Serviços de Saúde”; “Diabetes Mellitus” AND “Continuidade da Assistência ao Paciente”; e “Diabetes Mellitus” AND “Complicações” AND “Saúde Pública”.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados entre janeiro de 2024 e agosto de 2026; textos disponíveis integralmente; publicações em português, inglês ou espanhol; investigações com população adulta; e artigos que abordassem acesso aos serviços, diagnóstico, continuidade assistencial, controle metabólico, educação em saúde ou prevenção de complicações do diabetes. Foram aceitas investigações observacionais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises e revisões de escopo.

Foram excluídos artigos duplicados, editoriais, protocolos, cartas ao editor, resumos de eventos, dissertações, teses e publicações centradas exclusivamente em diabetes gestacional, diabetes infantil, tratamento hospitalar de complicações agudas ou comparação de medicamentos sem relação com acesso e continuidade assistencial. Também foram retirados os textos que não respondiam à questão norteadora ou apresentavam informações insuficientes sobre os resultados.

A busca inicial identificou 186 publicações, sendo 92 na PubMed/MEDLINE, 71 na Scopus e 23 na SciELO. Após a remoção de 39 duplicatas, permaneceram 147 registros para leitura dos títulos e resumos. Nessa etapa, 103 registros foram excluídos por não apresentarem relação direta com o objetivo, restando 44 artigos para leitura integral.

Durante a avaliação dos textos completos, 36 artigos foram excluídos: 15 abordavam somente a eficácia farmacológica, nove estavam restritos ao atendimento hospitalar de complicações agudas, sete não apresentavam dados sobre acesso ou continuidade do cuidado e cinco correspondiam a editoriais ou protocolos. Ao término do processo, oito publicações atenderam integralmente aos critérios estabelecidos e compuseram a análise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese das oito publicações selecionadas demonstrou que o enfrentamento do diabetes mellitus na saúde pública permanece condicionado por desigualdades econômicas, territoriais e educacionais, que interferem no diagnóstico oportuno, no acesso aos medicamentos, na continuidade do acompanhamento e na prevenção das complicações crônicas. Os resultados foram organizados em três eixos: desigualdades no acesso aos serviços de saúde; fragilidades na continuidade do cuidado; e estratégias assistenciais e educativas direcionadas à redução de complicações cardiovasculares, renais, neurológicas e oftalmológicas (Chung et al., 2026; Wang et al., 2024).

A magnitude do problema pode ser observada no crescimento mundial da doença. Em 2022, aproximadamente 828 milhões de adultos viviam com diabetes, representando um acréscimo de cerca de 630 milhões de casos desde 1990, com aumentos mais acentuados em países de baixa e média renda; aproximadamente 445 milhões de adultos com 30 anos ou mais permaneciam sem tratamento, situação que favorece diagnósticos tardios e maior ocorrência de lesões vasculares, renais e neurológicas (NCD Risk Factor Collaboration, 2024). Tais números indicam que a expansão da prevalência não foi acompanhada por crescimento proporcional da capacidade dos sistemas de saúde para identificar, tratar e acompanhar continuamente as pessoas afetadas.

As desigualdades também foram observadas no cumprimento das metas internacionais de cuidado. Em análise composta por levantamentos nacionais de 100 países, somente 63,2% das pessoas com diabetes tinham conhecimento do diagnóstico em 2021; entre os indivíduos diagnosticados, 63,2% apresentavam hemoglobina glicada inferior a 8%, 70,8% mantinham pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg e apenas 31,8% utilizavam estatinas. A utilização de estatinas variou de 9,7% nos países de baixa renda para 58,7% nos países de alta renda, enquanto o controle pressórico alcançou 58,3% nos países de renda média-baixa e 82,4% nos países de alta renda, demonstrando diferenças expressivas na disponibilidade de medidas preventivas contra eventos cardiovasculares (Chung et al., 2026).

O nível educacional esteve associado à maior probabilidade de diagnóstico e alcance das metas terapêuticas, o que reforça a influência das condições sociais sobre a capacidade de compreender orientações, utilizar medicamentos e procurar atendimento regularmente. A desigualdade educacional não deve ser interpretada como responsabilidade individual, pois também representa diferenças na comunicação entre profissionais e usuários, no acesso à informação confiável e na possibilidade de organizar alimentação, atividade física e comparecimento às consultas em contextos marcados por jornadas extensas de trabalho, insegurança alimentar e dificuldades de transporte (Chung et al., 2026; Bowen; Alaman; Onufrak, 2025).

No Brasil, 8,2% dos adultos entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 informaram diagnóstico de diabetes. O cadastramento em Unidade de Saúde da Família aumentou a possibilidade de realização da última consulta na atenção primária





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



em 113% e quase duplicou a chance de atendimento por especialista após encaminhamento; contudo, as pessoas cadastradas apresentaram menor probabilidade de serem atendidas pelo mesmo médico das consultas anteriores e de realizarem exame oftalmológico no período de um ano. Os achados demonstram que o cadastramento favorece a entrada no sistema e a coordenação do encaminhamento, mas não assegura, isoladamente, longitudinalidade, vínculo profissional ou rastreamento regular de complicações (Tonaco et al., 2026).

A diferença entre acesso inicial e continuidade clínica constitui um aspecto central da discussão. A revisão da cascata de cuidado do diabetes e da hipertensão reuniu 128 publicações e identificou maior concentração de avaliações nas fases de tratamento e controle, que corresponderam a 59,4% das etapas investigadas, enquanto os momentos anteriores ao tratamento, como rastreamento, diagnóstico e vinculação aos serviços, receberam menor atenção. No conjunto referente ao diabetes, foram identificadas 16 análises sobre rastreamento, 20 sobre diagnóstico, 21 sobre vinculação, 38 sobre tratamento e 37 sobre controle, indicando fragmentação entre as diferentes etapas assistenciais (Wang et al., 2024).

As perdas acumuladas na cascata ajudam a compreender por que parte da população recebe atendimento somente quando surgem sintomas ou complicações. Uma pessoa pode realizar o rastreamento, mas não retornar para confirmar o diagnóstico; pode receber o diagnóstico, mas não conseguir consulta regular; ou pode iniciar o tratamento e interrompê-lo devido à falta de medicamentos, aos custos de deslocamento ou à comunicação insuficiente com a equipe. Dessa maneira, indicadores restritos ao número de consultas ou de pessoas cadastradas podem superestimar a efetividade da assistência, caso não sejam acompanhados por informações sobre vinculação, regularidade das consultas, exames preventivos, disponibilidade terapêutica e controle metabólico (Wang et al., 2024; Tonaco et al., 2026).

A continuidade do cuidado apresentou resultados favoráveis quando combinou acompanhamento profissional, apoio familiar, ações comunitárias e monitoramento por tecnologias. Uma revisão realizada com pessoas idosas em países asiáticos agrupou as intervenções em três categorias: suporte social e educacional; gestão comunitária e integrada da saúde; e monitoramento tecnológico. As intervenções produziram reduções de hemoglobina glicada entre 0,28 e 0,70 ponto percentual, acompanhadas por melhora da adesão medicamentosa, da autoeficácia, da atividade física, da satisfação e da qualidade de vida (Sari et al., 2025).

Apesar dos resultados positivos, a concentração da análise em idosos de países asiáticos limita a transferência direta das intervenções para outras realidades sociais e sanitárias. No contexto brasileiro, estratégias semelhantes precisam considerar a estrutura da Estratégia Saúde da Família, a participação dos agentes comunitários, as diferenças regionais, a disponibilidade de profissionais e as dificuldades de acesso enfrentadas por moradores de áreas rurais e periferias urbanas. A continuidade deve envolver consultas programadas, busca ativa de usuários ausentes, revisão periódica dos medicamentos, comunicação entre os níveis assistenciais e retorno das informações após atendimento especializado (Sari et al., 2025; Tonaco et al., 2026).

A assistência multiprofissional apresentou efeito relevante sobre fatores diretamente associados às complicações cardiovasculares. Uma metanálise com 19 publicações e 6.538 participantes verificou que o cuidado colaborativo reduziu a pressão arterial sistólica em 3,27 mmHg, a pressão diastólica em 1,40 mmHg, a hemoglobina glicada em 0,42 ponto percentual e o colesterol LDL em 0,16 mmol/L, quando comparado ao cuidado habitual. Os melhores resultados ocorreram nas intervenções que reuniram diferentes categorias profissionais, combinaram medidas farmacológicas e não farmacológicas e integraram encontros presenciais com acompanhamento remoto (Tu et al., 2024).

Embora as reduções pareçam discretas no nível individual, sua aplicação contínua em grandes grupos populacionais pode diminuir a exposição prolongada à hiperglicemia, à hipertensão e à dislipidemia. O controle simultâneo de tais fatores contribui para prevenir infarto, acidente vascular cerebral, doença renal, retinopatia e amputações, justificando a organização de equipes com médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, profissionais de educação física e agentes comunitários. Entretanto, a maior efetividade registrada em países de alta renda indica que os resultados dependem de financiamento, disponibilidade profissional, infraestrutura e acesso regular a medicamentos e exames (Tu et al., 2024; Bowen; Alaman; Onufrak, 2025).

As intervenções de educação e apoio ao autocuidado também apresentaram benefícios clínicos. Uma metanálise com 19 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 3.759 pessoas com diabetes tipo 2 na Região Africana da Organização Mundial da Saúde, identificou redução moderada da hemoglobina glicada entre os participantes que receberam educação estruturada e suporte para o autocuidado. O efeito agrupado correspondeu a uma diferença padronizada de -0,468, embora tenha sido observada heterogeneidade elevada entre as intervenções, com índice (I^2) de 85,5% (Yimer et al., 2025).





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



A heterogeneidade indica que a simples oferta de informações não garante resultados uniformes. Programas educativos precisam utilizar linguagem acessível, considerar hábitos alimentares locais, avaliar barreiras econômicas, verificar a compreensão das orientações e manter acompanhamento após a atividade inicial. Sessões isoladas, excessivamente técnicas ou sem articulação com consultas e acesso a medicamentos tendem a apresentar menor capacidade de modificar o controle glicêmico de maneira sustentada (Yimer et al., 2025; Sari et al., 2025).

O acompanhamento remoto, as mensagens educativas e as consultas por tele saúde podem ampliar a continuidade, especialmente para pessoas com limitações de mobilidade ou residentes distantes dos serviços. Entretanto, tais recursos podem reproduzir desigualdades quando dependem de internet estável, equipamentos adequados e habilidades digitais. A combinação entre atendimento presencial, contato telefônico, visitas domiciliares e ferramentas digitais apresenta maior possibilidade de alcançar grupos vulneráveis do que modelos exclusivamente tecnológicos (Bowen; Alamian; Onufrak, 2025; Sari et al., 2025).

A prevenção das complicações crônicas também exige organização sistemática do rastreamento de lesões em órgãos-alvo. A atenção primária deve acompanhar controle glicêmico, pressão arterial e perfil lipídico, além de facilitar avaliação renal, exame oftalmológico e inspeção dos pés. A menor realização de exames oftalmológicos entre brasileiros cadastrados nas unidades de saúde demonstra que a ampliação da cobertura precisa ser acompanhada por protocolos de convocação, registros clínicos integrados e fluxos de referência e contrarreferência (Tonaco et al., 2026; Bowen; Alamian; Onufrak, 2025).

Na perspectiva da saúde pública, as estratégias mais consistentes incluem rastreamento direcionado aos grupos de maior risco, diagnóstico oportuno, garantia de medicamentos, acompanhamento multiprofissional, educação permanente, busca ativa de faltosos e integração entre atenção primária e serviços especializados. Os sistemas de informação devem permitir a identificação de pessoas sem consulta recente, com controle metabólico inadequado ou com exames preventivos pendentes, possibilitando intervenções antes da ocorrência de internações, incapacidade ou perda funcional (Wang et al., 2024; Chung et al., 2026).

Os resultados analisados permitem concluir que a prevenção das complicações do diabetes depende da associação entre acesso, continuidade e qualidade assistencial. A cobertura populacional constitui condição necessária, porém insuficiente quando o usuário não encontra o mesmo profissional, não recebe os medicamentos regularmente, não realiza exames preventivos ou não consegue manter acompanhamento após o diagnóstico. Políticas públicas orientadas pela equidade devem destinar maior intensidade de cuidado às populações com menor renda, escolaridade reduzida, insegurança alimentar, dificuldades de transporte e residência em territórios com baixa disponibilidade de serviços (NCD Risk Factor Collaboration, 2024; Bowen; Alamian; Onufrak, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise demonstrou que o diabetes mellitus constitui um desafio crescente para a saúde pública, principalmente devido às desigualdades que limitam o diagnóstico oportuno, o acesso aos medicamentos, a realização de exames preventivos e a continuidade do acompanhamento. A ampliação da cobertura dos serviços representa um avanço importante, mas precisa estar associada à qualidade assistencial, ao vínculo com a equipe e à integração entre a atenção primária e os serviços especializados.

A prevenção das complicações crônicas requer acompanhamento multiprofissional, educação para o autocuidado, disponibilidade contínua de medicamentos, busca ativa de usuários ausentes e monitoramento periódico dos fatores de risco. Também se mostra necessário priorizar populações socialmente vulneráveis, considerando barreiras econômicas, territoriais, educacionais e digitais que dificultam a adesão ao tratamento.

Conclui-se que políticas públicas orientadas pela equidade e pela continuidade do cuidado podem reduzir complicações cardiovasculares, renais, neurológicas e oftalmológicas, além de evitar internações, incapacidades e mortes prematuras. O enfrentamento do diabetes deve integrar prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento prolongado, garantindo atenção acessível, resolutiva e adequada às necessidades de cada população.

REFERÊNCIAS

BOWEN, S.-A.; ALAMIAN, A.; ONUFRAC, S. Public health research and program strategies for diabetes prevention and management. *Preventing Chronic Disease*, v. 22, art. 240501, 2025. DOI: 10.5888/pcd22.240501. Disponível em: <https://doi.org/10.5888/pcd22.240501>. Acesso em: 14 ago. 2026.





II Congresso Internacional de **Neurociência** **Translacional** em Saúde **CINETs**



CHUNG, G. S. et al. Attainment of global diabetes targets in 2021: a pooled analysis of individual-level data from national surveys in 100 low-income, middle-income, and high-income countries. *The Lancet Global Health*, v. 14, n. 1, p. e21-e32, 2026. DOI: 10.1016/S2214-109X(25)00393-6. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00393-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00393-6). Acesso em: 14 ago. 2026.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *The Lancet*, v. 404, n. 10467, p. 2077-2093, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)02317-1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1). Acesso em: 14 ago. 2026.

SARI, C. W. M. et al. A systematic review of continuity of care strategies for enhancing diabetes self-management in older adults in Asian countries. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, v. 18, p. 5441-5459, 2025. DOI: 10.2147/JMDH.S536258. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S536258>. Acesso em: 14 ago. 2026.

TONACO, L. A. B. et al. Care and primary health care access indicators among Brazilian adults with diabetes mellitus, National Health Survey 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 29, e260005, 2026. DOI: 10.1590/1980-549720260005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720260005>. Acesso em: 14 ago. 2026.

TU, Q. et al. The effects of multidisciplinary collaborative care on cardiovascular risk factors among patients with diabetes in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*, v. 18, n. 4, p. 381-392, 2024. DOI: 10.1016/j.pcd.2024.05.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2024.05.003>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WANG, J. et al. Understanding gaps in the hypertension and diabetes care cascade: systematic scoping review. *JMIR Public Health and Surveillance*, v. 10, e51802, 2024. DOI: 10.2196/51802. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/51802>. Acesso em: 14 ago. 2026.

YIMER, Y. S. et al. Effectiveness of diabetes self-management education and support interventions on glycemic levels among people living with type 2 diabetes in the WHO African Region: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, v. 6, art. 1554524, 2025. DOI: 10.3389/fcdhc.2025.1554524. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2025.1554524>. Acesso em: 14 ago. 2026.





II Congresso Internacional
de **Neurociência**
Translacional em Saúde

CINETs



ENCERRAMENTO

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIA TRANSLACIONAL EM SAÚDE

11 a 13 de março de 2027 • on-line

Editora Cognitus

conevy.com.br/e/iicinets-39

