



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG
MEDICINA

DIABETES MELLITUS TIPO 2: PRINCIPAIS FATORES HORMONAIS E MANEJO CLÍNICO

Davi Vieira Braga Emerick

Manhuaçu / MG

2025

DAVI VIEIRA BRAGA EMERICK

DIABETES MELLITUS TIPO 2: PRINCIPAIS FATORES HORMONAIIS E MANEJO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Ms. Karina Gama dos Santos Sales

Manhuaçu / MG

2025

DAVI VIEIRA BRAGA EMERICK

DIABETES MELLITUS TIPO 2: PRINCIPAIS FATORES HORMONAIS E MANEJO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Ms. Karina Gama dos Santos Sales

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: DD/MM/AAAA

Prof.^a Ms. Karina Gama dos Santos Sales – Unifacig (Orientadora)

Titulação e Nome do Professor – INSTITUIÇÃO

Titulação e Nome do Professor – INSTITUIÇÃO

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica caracterizada por resistência à insulina e/ou deficiência relativa na secreção de insulina pelo pâncreas. Diferentemente do Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), em que há destruição autoimune das células beta pancreáticas, o DM2 está associado a fatores genéticos, estilo de vida inadequado (sedentarismo e dieta hipercalórica) e obesidade. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo analisar os principais fatores hormonais que influenciam o DM2 e propor estratégias eficazes para o manejo clínico dos pacientes, visando melhorar o controle glicêmico, prevenir complicações e otimizar a qualidade de vida. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura com base em artigos científicos que abordam o manejo do DM2 e os fatores hormonais envolvidos em sua fisiopatologia e tratamento. **Resultados:** Os fatores hormonais desempenham um papel crucial no desenvolvimento e progressão do DM2. Os estudos revisados demonstram que esses fatores afetam principalmente a resistência à insulina, a função das células beta pancreáticas e o metabolismo da glicose. Alterações em hormônios como insulina, glucagon, GLP-1, GIP e adipocinas (especialmente a leptina) estão diretamente envolvidas na patogênese da doença, particularmente em indivíduos obesos. A compreensão dessas interações hormonais é fundamental para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes. **Conclusão:** O DM2 é uma doença multifatorial que requer abordagem individualizada, combinando intervenções farmacológicas (como metformina, agonistas de GLP-1 e insulinas) com modificações no estilo de vida. A adesão ao tratamento e estratégias educacionais são essenciais para o controle glicêmico e prevenção de complicações. Novas pesquisas devem focar no desenvolvimento de terapias mais eficientes e em estratégias para melhorar a adesão do paciente, visando a melhoria da qualidade de vida e redução das complicações associadas ao DM2.

Palavras-chave: Diabetes Tipo 2; Glucagon; Resistência à Insulina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. MATERIAIS E MÉTODOS	6
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
4. CONCLUSÃO	14
5. REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Trata-se de uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da deficiência na secreção de insulina e/ou da incapacidade desse hormônio em exercer adequadamente seus efeitos (Rodacki, 2024). Essa condição metabólica é um importante problema de saúde pública, com prevalência crescente em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento, onde mudanças no estilo de vida têm contribuído para o aumento de casos.

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), é o mais prevalente entre os tipos de diabetes, está frequentemente associado à obesidade e ao envelhecimento. De início insidioso, é caracterizado por resistência à insulina e deficiência parcial na secreção de insulina pelas células β -pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas, hormônios intestinais que modulam a liberação de insulina e glucagon. Clinicamente, a resistência à insulina pode ser acompanhada de sinais como acantose nigricans e hipertrigliceridemia, refletindo a complexidade fisiopatológica da doença (Rodacki, 2024).

Embora os diabetes tipo 1 e tipo 2 compartilhem um forte componente genético, no DM2, fatores ambientais como sedentarismo, consumo calórico excessivo, obesidade e alterações hormonais desempenham um papel crucial em sua patogênese. É reconhecido hoje que o desenvolvimento do DM2 resulta de uma combinação de disfunção das células β -pancreáticas e insulinoresistência (Poitout, 2002).

Inicialmente, as células β compensam a resistência à insulina por meio de hiperinsulinemia; no entanto, essa compensação pode se tornar insuficiente ao longo do tempo, levando à intolerância à glicose e, posteriormente, ao DM2 (Lopes, 2008). Além disso, a desdiferenciação das células β em células progenitoras pluripotentes, que passam a liberar glucagon e somatostatina, reforça a necessidade de intervenções precoces para preservar a função pancreática.

Além da insulinoresistência e da falha na secreção de insulina, o DM2 apresenta características como hiperglucagonemia em jejum e dificuldade em suprimir o glucagon no estado pós-prandial. Esses desequilíbrios estão relacionados

à apoptose das células β e à alteração na proporção entre células β e células α , reduzindo a relação insulina/glucagon. No manejo clínico, esses aspectos podem ser tratados com medicamentos que modulam a secreção de glucagon e insulina, como os agonistas do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1) e os inibidores da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4), que auxiliam no equilíbrio hormonal e na preservação da função das células β (Ceriello, 2016). Esses mecanismos evidenciam a importância de estratégias terapêuticas personalizadas para conter a progressão do DM2 e melhorar os desfechos clínicos.

Baseando-se nessas informações, o manejo do DM2 deve focar na modulação dos principais fatores hormonais comprometidos, como a insulinoresistência, a hiperglucagonemia e as alterações na secreção de incretinas. Estratégias clínicas incluem o uso de medicamentos que agem diretamente nesses mecanismos, como os agonistas do GLP-1 e os inibidores da DPP-4, aliados a intervenções de autocuidado, como o controle alimentar e a prática de atividade física regular.

No entanto, a baixa adesão às práticas de autocuidado, especialmente à atividade física, compromete o controle glicêmico e favorece o agravamento das complicações. Além disso, há uma carência de estudos que explorem os fatores que influenciam essa adesão, reforçando a necessidade de investigar variáveis relacionadas ao comportamento dos pacientes. Implementar estratégias educativas que promovam o engajamento no autocuidado é crucial para melhorar o manejo clínico e a qualidade de vida das pessoas com DM2 (Rodrigo, 2022).

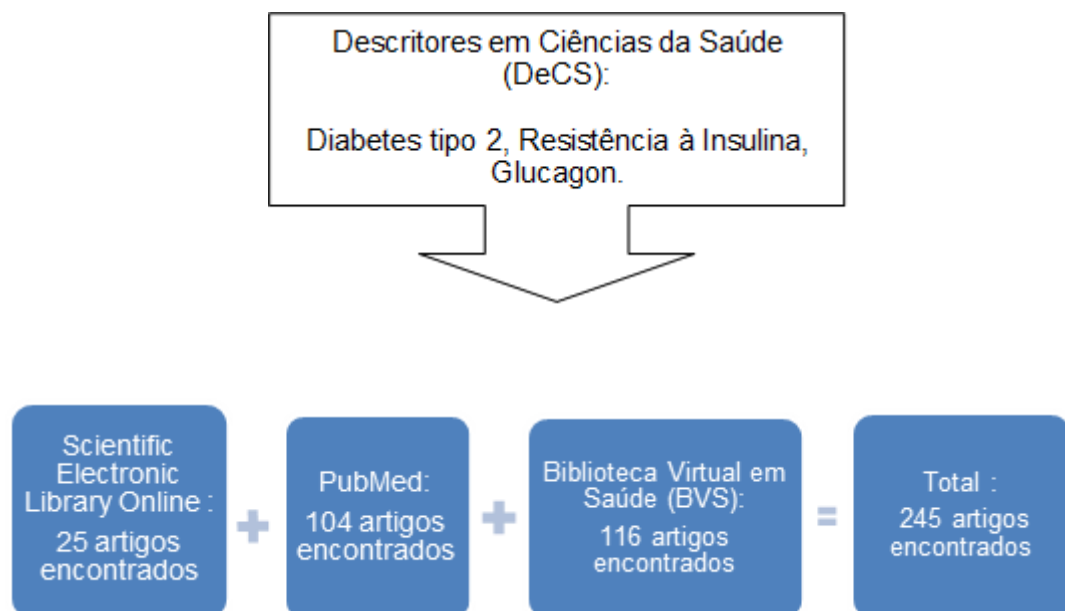
Dada a relevância desses aspectos, este artigo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre os principais fatores hormonais envolvidos no DM2 e discutir as estratégias de manejo clínico mais frequentemente empregadas. Essa abordagem busca entender como esses fatores hormonais afetam diretamente a evolução clínica dos pacientes, além de propor estratégias terapêuticas que promovam melhores desfechos. Compreender as bases hormonais do DM2 é essencial para aprimorar o manejo da doença, promovendo intervenções eficazes e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão de literatura foi desenvolvida através da pesquisa e leitura de artigos que abordam sobre os principais mecanismos hormonais que desencadeiam a DM2 e fornecem estratégias utilizadas até os dias atuais que permitem o manejo eficaz de pacientes que sofrem da doença.

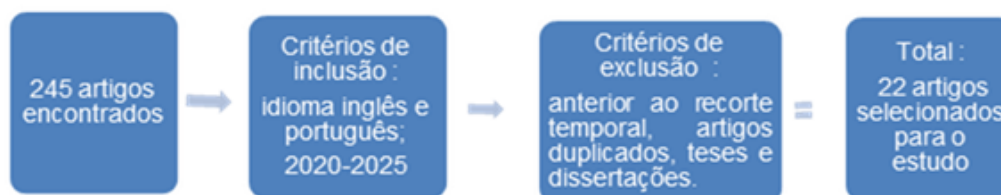
Foi realizado um levantamento de artigos referentes ao período entre 2020 e 2025, nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *PubMed* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como descritores indexados na plataforma Descritores em Ciências da saúde (DeCs): Diabetes tipo 2, Resistência à Insulina, Glucagon. Os critérios de inclusão compreenderam artigos disponíveis em inglês e português e publicados nos últimos 5 anos. Como critérios de exclusão foram descartados estudos anteriores ao recorte temporal, artigos duplicados, teses e dissertações. Após aplicação de critérios de seleção, foram analisados 25 artigos da SciELO, 104 artigos do PubMed e 116 artigos da BVS, foram selecionados 22 artigos para compor o estudo.

Fluxograma 01 – Seleção dos artigos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Diabetes tipo 2, Resistência à Insulina, Glucagon.



Fonte: Autoria própria, 2025.

Fluxograma 02 – Descarte dos artigos após a aplicação dos filtros



Fonte: Autoria própria, 2025.

QUADRO 01 – Descrição dos autores, títulos, anos e resumo de cada estudo

AUTORES	TÍTULO	ANO	RESUMO
Belloni et al.	Diabetes Mellitus Tipo 2: aspectos clínicos, epidemiológicos e avanços no diagnóstico e tratamento	2024	Aborda características clínicas e avanços no tratamento e diagnóstico do DM2.
Brasil (Ministério da Saúde)	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus	2013	Oferece diretrizes para o manejo do DM2 na Atenção Básica.
Costa et al.	Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil	2017	Analisa o impacto do DM2 no Brasil em termos de carga de doença.
Da Cunha e Reis	Tratamento farmacológico do diabetes mellitus tipo dois: revisão sistemática	2025	Revê as opções farmacológicas disponíveis para o tratamento do DM2.
Da silva et al.	Novas Diretrizes Brasileiras no Rastreamento do Diabetes Mellitus Tipo 2	2025	Apresenta atualizações nas diretrizes brasileiras para rastreamento do DM2.
Dos Santos et al.	Diabetes Mellitus Tipo 2 - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico	2023	Revisão sobre epidemiologia, fisiopatologia e tratamento do DM2.
Goyal, Jialal e Singhal	Type 2 diabetes	2023	Revisão abrangente sobre fisiopatologia, diagnóstico e tratamento do DM2.
Lopes et al.	O aumento do número de casos da Diabetes Mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes e a prevalência da obesidade	2023	Relaciona obesidade infantil ao crescimento do DM2 em jovens.
Malta et al.	Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira	2019	Investiga a prevalência de DM usando hemoglobina glicada.
MSD Manual	Diabetes mellitus (DM)	2023	Compilado clínico sobre fisiopatologia, diagnóstico e tratamento do DM.

Muzy et al.	Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde	2021	Estuda a prevalência de DM e falhas no cuidado em saúde.
Oliveira et al.	Diabetes Mellitus tipo 2 – uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento	2023	Revisão completa dos principais aspectos clínicos do DM2.
Pereira	Beyond Life Style Interventions in Type 2 Diabetes	2016	Discute limites das intervenções de estilo de vida no DM2.
Portela et al.	Diabetes mellitus tipo 2: fatores relacionados com a adesão ao autocuidado	2022	Analisa fatores que afetam a adesão ao autocuidado em DM2.
Santos et al.	Efeitos de um programa de reeducação sensorial em indivíduos diabéticos tipo 2	2015	Avalia o impacto da reeducação sensorial em pessoas com DM2.
Santos, Beça e Lopes	Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional	2015	Explora fatores associados à qualidade de vida em DM2.
Shomali	Diabetes treatment in 2025: can scientific advances keep pace with prevalence?	2012	Reflete sobre os avanços esperados no tratamento do DM2.
Sociedade Brasileira de Diabetes	Diagnóstico de diabetes mellitus	2024	Diretriz oficial com critérios atualizados para diagnóstico do DM.
Tanizaki, Hato e Martins	Uma revisão narrativa do Diabetes Mellitus tipo 2 e sua relação com a obesidade na atualidade	2025	Relaciona obesidade como fator central no DM2 atual.
Tonaco et al.	Conhecimento do diagnóstico, tratamento e controle do diabetes mellitus no Brasil	2023	Estuda o conhecimento populacional sobre o DM no Brasil.

Fonte: Autor do estudo, 2025.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) configura-se como um dos mais complexos distúrbios metabólicos da atualidade, caracterizado por uma intrincada rede de desregulações hormonais que culminam na hiperglicemia crônica e em suas múltiplas consequências sistêmicas. Além disso, a análise minuciosa dos mecanismos fisiopatológicos revela uma interação dinâmica entre diversos componentes do sistema endócrino, com ênfase especial na resistência à insulina nos tecidos periféricos e na disfunção progressiva das células β pancreáticas. Dessa forma, esses dois eixos fundamentais não atuam isoladamente, mas estabelecem

um círculo vicioso de retroalimentação positiva que perpetua e intensifica o estado hiperglicêmico característico da doença (Belloni, 2024).

O tecido adiposo, especialmente em sua forma visceral associada à obesidade central, assume um papel endócrino ativo na fisiopatologia do DM2, transcendendo, assim, sua função tradicional como mero depósito energético. Por meio da secreção desregulada de diversas adipocinas pró-inflamatórias, incluindo TNF- α , IL-6, leptina e resistina, esse tecido participa ativamente na manutenção do estado de inflamação crônica de baixo grau típico da doença. (Antônio, 2023)

Simultaneamente, a redução da produção de adiponectina, hormônio com potentes ações insulinosensibilizantes, contribui significativamente para a intensificação da resistência periférica à insulina. Consequentemente, essa complexa rede de sinalização hormonal explica, em grande parte, a forte associação epidemiológica entre obesidade (particularmente o padrão andróide de distribuição de gordura corporal) e o desenvolvimento do DM2 (Antônio, 2023).

A compreensão contemporânea da fisiopatologia do DM2 supera amplamente o modelo simplista inicial de mero déficit na produção de insulina, ao incorporar conceitos sofisticados como a transdiferenciação celular. Esse fenômeno, especialmente relevante nas células β pancreáticas, envolve a perda progressiva da identidade endócrina especializada dessas células, que passam a expressar padrões hormonais aberrantes, incluindo a produção inadequada de glucagon e somatostatina. (Vitor, 2024)

Além disso, o processo é intensificado pela exposição prolongada a elevadas concentrações de glicose (glicotoxicidade) e de ácidos graxos livres (lipotoxicidade), os quais desencadeiam cascatas complexas de sinalização intracelular, resultando em disfunção mitocondrial e estresse do retículo endoplasmático. Portanto, essas alterações moleculares explicam, em grande parte, a progressão frequentemente irreversível da doença em muitos casos, reforçando a importância crucial da intervenção precoce (Vitor, 2024).

Paralelamente às alterações nas células β , observa-se profunda desregulação na função das células α pancreáticas, responsáveis pela produção de glucagon. Em indivíduos metabolicamente saudáveis, a ingestão de carboidratos induz rápida e

eficiente supressão da secreção de glucagon, facilitando o adequado armazenamento da glicose nos tecidos periféricos. (Cardoso, 2023)

Contudo, no DM2, esse sofisticado mecanismo regulatório encontra-se comprometido, resultando em níveis inapropriadamente elevados de glucagon tanto em jejum quanto no período pós-prandial. Essa falha na supressão contribui decisivamente para a produção hepática excessiva de glicose, agravando substancialmente a hiperglicemia. (Cardoso, 2023)

Assim, a alteração na razão insulina/glucagon emerge como um dos pilares fisiopatológicos centrais no DM2, com profundas implicações para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes (Cardoso, 2023).

No que tange ao eixo incretina-GLP-1, observam-se significativas alterações no DM2, caracterizadas tanto pela redução na secreção de glucagon-like peptide 1 (GLP-1) pelas células L do intestino delgado quanto pelo aumento da atividade da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4), enzima responsável pela rápida degradação desse hormônio. (Muzy, 2021).

Conseqüentemente, essa dupla alteração resulta em menor estímulo à secreção de insulina e em redução inadequada da produção de glucagon após a ingestão alimentar, contribuindo significativamente para a hiperglicemia pós-prandial característica da doença. (Muzy, 2021).

Vale ressaltar que a compreensão detalhada desse mecanismo permitiu o desenvolvimento de abordagens terapêuticas inovadoras, como agonistas de GLP-1 (liraglutida, semaglutida) e inibidores de DPP-4 (sitagliptina, linagliptina), que visam restaurar a função desse eixo hormonal (Muzy, 2021).

A investigação dos fatores de risco modificáveis revela associações consistentes entre diversos aspectos do estilo de vida moderno e o desenvolvimento do DM2. A obesidade visceral destaca-se não apenas por sua prevalência crescente em escala global, mas também pelos mecanismos fisiopatológicos específicos que a conectam à resistência insulínica. Isso ocorre porque o tecido adiposo visceral, metabolicamente mais ativo que sua contraparte subcutânea, drena seus produtos

diretamente para a circulação portal hepática, expondo o fígado a concentrações elevadas de ácidos graxos livres. (Garcia, 2020)

Em consequência, tais ácidos interferem profundamente com a sinalização da insulina nos hepatócitos, promovendo aumento da produção hepática de glicose e redução significativa de seu clearance. Além disso, o padrão de secreção de adipocinas pelo tecido adiposo visceral difere qualitativa e quantitativamente do observado no tecido subcutâneo, com predomínio marcante de moléculas pró-inflamatórias que exacerbam a resistência insulínica sistêmica (Garcia, 2020).

Manejo clínico

Adicionalmente, a avaliação diagnóstica do DM2 deve considerar critérios laboratoriais padronizados pela American Diabetes Association (ADA) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose, detectando valores ≥ 200 mg/dL duas horas após a carga. É importante observar que a mudança do limiar de glicemia de jejum de 110 para 100 mg/dL aumentou a sensibilidade diagnóstica, mas também elevou falsos positivos, reforçando a necessidade de confirmar o diagnóstico com exames complementares (Rodacki, 2024).

O manejo farmacológico do DM2 deve ser individualizado e escalonado, iniciando-se com a metformina (cloridrato de metformina), cuja dose inicial recomendada é de 500 mg duas vezes ao dia durante as refeições, podendo ser aumentada gradualmente até 2.000 mg/dia conforme resposta glicêmica e tolerância gastrointestinal. A metformina é contraindicada em pacientes com insuficiência renal grave (clearance de creatinina < 30 mL/min), insuficiência cardíaca descompensada ou risco de acidose láctica, devendo-se monitorar função renal a cada 6 a 12 meses (Rodacki, 2024).

Caso a monoterapia com metformina não alcance metas de HbA1c ($< 7,0\%$), adicionam-se agentes com mecanismos complementares: primeiro, agonistas de glucagon-like peptide 1 (liraglutida 0,6–1,8 mg/dia ou semaglutida 0,25–1,0 mg/semana) e/ou inibidores da dipeptidil peptidase-4 (sitagliptina 100 mg/dia ou linagliptina 5 mg/dia); posteriormente, consideram-se inibidores de cotransportador

de sódio-glicose tipo 2 (SGLT-2), tais como empagliflozina 10 mg/dia ou dapagliflozina 10 mg/dia, atentos ao risco de infecções geniturinárias e cetoacidose euglicêmica (Sales, 2023; Nunes, 2021).

A insulinoterapia deve ser iniciada em casos de HbA1c persistente > 10%, sintomas graves de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, perda de peso) ou falência absoluta de células β . Recomenda-se iniciar com insulina basal: insulina de ação intermediária (NPH) ou análogos de ação prolongada (insulina glargina ou detemir) na dose de 0,1–0,2 U/kg/dia (ou 10 U à noite), ajustando-se conforme glicemia de jejum. Se necessário, acrescenta-se insulina regular (ação curta) ou análogos ultrarrápidos (asparte, lispro) nas refeições, em dose inicial de 4–6 U ou 10% da dose basal, novamente ajustando de acordo com perfis glicêmicos. As insulinas ultrarrápidas têm início de ação em 10–15 min e duração de 3–5 h, enquanto a insulina regular inicia em 30 min e dura até 8 h (Muzy, 2021).

Em suma, a abordagem terapêutica no DM2 requer integração de intervenções no estilo de vida (dieta e atividade física), biomarcadores hormonais e arsenal farmacológico diversificado, visando interromper o ciclo patológico da hiperglicemia e reduzir as complicações crônicas associadas (Antônio, 2023).

4. CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) representa um desafio significativo para a saúde pública global, dada sua complexa fisiopatologia, que envolve interações dinâmicas entre resistência à insulina, disfunção das células β pancreáticas, hiperglucagonemia e alterações no eixo incretina-GLP-1. A revisão da literatura evidenciou que a doença não se resume a um simples distúrbio glicêmico, mas sim a uma síndrome multifatorial influenciada por fatores genéticos, metabólicos e ambientais, como obesidade, sedentarismo e inflamação crônica.

O manejo clínico do DM2 exige uma abordagem individualizada, combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A metformina permanece como terapia de primeira linha, enquanto agonistas de GLP-1, inibidores de DPP-4 e inibidores de SGLT-2 surgem como alternativas promissoras, atuando em diferentes

mecanismos hormonais para melhorar o controle glicêmico e reduzir complicações. A insulinoterapia, embora reservada para casos avançados, é crucial quando há falência das células β .

No entanto, o sucesso do tratamento depende não apenas de medicamentos, mas também da adesão a mudanças no estilo de vida, incluindo dieta equilibrada e atividade física regular. A educação em saúde e estratégias de autocuidado são fundamentais para melhorar a adesão terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes.

Diante disso, conclui-se que o avanço no entendimento dos mecanismos hormonais do DM2 permite o desenvolvimento de terapias mais precisas e eficazes. Futuras pesquisas devem focar em estratégias que promovam maior engajamento dos pacientes no autocuidado, além de investigar novos alvos terapêuticos para interromper a progressão da doença. A integração entre conhecimento científico, prática clínica e políticas públicas é essencial para reduzir o impacto do DM2 na população e melhorar os desfechos em saúde.

5. REFERÊNCIAS

BELLONI, B. et al. Diabetes Mellitus Tipo 2: aspectos clínicos, epidemiológicos e avanços no diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Health and Biological Science**, v. 1, n. 1, p. e30–e30, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica36.pdf/view. Acesso em: 23 jun. 2025.

COSTA, A. F. et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

DA CUNHA, B. V.; REIS, R. M. D. F. Tratamento farmacológico do diabetes mellitus tipo dois: revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 1, p. e76467-e76467, 2025.

DA SILVA, M. F. et al. Novas Diretrizes Brasileiras no Rastreamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 5, p. 173–194, 2025.

DOS SANTOS, V. C. et al. Diabetes Mellitus Tipo 2 - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 9737–9749, 7 mar. 2023.

GOYAL, R.; JIALAL, I.; SINGHAL, M. Type 2 diabetes. **NATIONAL CENTER FOR BIOTECHNOLOGY INFORMATION**. *Diabetes Mellitus Type 2 (Nursing)*. NCBI Bookshelf, 2023. Disponível em: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk568737#free-full-text>. Acesso em: 23 jun. 2025.

LOPES, C. et al. O aumento do número de casos da Diabetes Mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes e a prevalência da obesidade: uma revisão bibliográfica. **Congresso Médico Acadêmico UniFOA**, 2023.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. suppl 2, 2019.

MSD MANUAL. *Diabetes mellitus (DM)*. In: **MSD Manual - versão para profissionais da saúde**. [S. l.]: Merck Sharp & Dohme Corp., 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-de-carboidratos/diabetes-mellitus-dm>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021.

OLIVEIRA, M. S. et al. Diabetes Mellitus tipo 2 – uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 24074-24085, 2023.

PEREIRA, M. DA G. Beyond Life Style Interventions in Type 2 Diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

PORTELA, R. DE A. et al. Diabetes mellitus tipo 2: fatores relacionados com a adesão ao autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210260, 2022.

SANTOS, A. A. S. et al. Efeitos de um programa de reeducação sensorial em indivíduos diabéticos tipo 2. **Revista Neurociências**, v. 23, n. 4, p. 499-505, 2015.

SANTOS, S.; BEÇA, H.; LOPES, C DA M. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 3, p. 186–196, 2015.

SHOMALI, M. Diabetes treatment in 2025: can scientific advances keep pace with prevalence? **Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism**, v. 3, n. 5, p. 163–173, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*, 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

TANIZAKI, J. S. C.; HATO, P. H. O.; MARTINS, I. P. Uma revisão narrativa do Diabetes Mellitus tipo 2 e sua relação com a obesidade na atualidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 2, p. e79176-e79176, 2025.

TONACO, L. A. B. et al. Conhecimento do diagnóstico, tratamento e controle do diabetes mellitus no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 75, 2023.