n.4 2025
ISSN: 2965-6540

INTERFACES
em Ciências da Saúde

Diabetes gestacional: controle glicêmico por mudança no estilo de vida

[1]Amanda Faransis Francis
[1]Carina Moura Barreto
[1]Carolina Viecili Diogo Sant'Ana
[1]Giovana Machado Batista
[1]Laura Barcellos Netto Teixeira
[1]Luana De Oliveira Lima
[1]Arthur De Oliveira Rocha Villela

1 Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA

RESUMO:

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) representa uma das principais complicações metabólicas na gravidez, com impactos relevantes sobre a saúde materna e fetal. Esta revisão bibliográfica tem o objetivo de analisar a efetividade das mudanças no estilo de vida no controle glicêmico de gestantes com DMG. Os dados analisados indicam que entre 70% e 85% das gestantes conseguem manter níveis glicêmicos adequados por meio de intervenções não farmacológicas, o que reduz a ocorrência de complicações como macrossomia fetal, parto cesáreo e internação neonatal. A adesão ao plano alimentar individualizado, a prática de exercícios físicos de baixo impacto e a monitorização glicêmica diária são estratégias centrais na abordagem terapêutica. É necessário acompanhamento contínuo no pós-parto para reduzir fatores de risco a longo prazo.

Palavras-chave:

Controle Glicêmico; Diabetes Gestacional; Estilo de vida; Gravidez; Hiperglicemia.

https://doi.org/10.47385/interfaces.5738.4.2025

Lifestyle intervention for glycemic control in gestational diabetes mellitus

ABSTRACT:

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) represents one of the main metabolic complications during pregnancy, with significant impacts on both maternal and fetal health. This literature review aims to analyze the effectiveness of lifestyle changes in glycemic control among pregnant women with GDM. The data analyzed indicate that between 70% and 85% of pregnant women are able to maintain adequate glycemic levels through non-pharmacological interventions, which reduces the occurrence of complications such as fetal macrosomia, cesarean delivery, and neonatal hospitalization. Adherence to an individualized dietary plan, the practice of low-impact physical exercise, and daily blood glucose monitoring are central strategies in therapeutic management. Continuous postpartum follow-up is necessary to reduce long-term risk factors.

Keywords:

Glycemic Control; Diabetes, Gestational; Life style; Pregnancy; Hyperglycemia.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente vive-se uma epidemia mundial de doenças metabólicas silenciosas, que conversam com o estilo de vida moderno, ocioso e *workaholic*, sendo o Diabetes Mellitus (DM) um dos seus principais representantes (BRASIL, 2019). Na população gestante, o quadro não é diferente, uma vez que muitas mulheres, ao serem incumbidas das tarefas da vida atual, assumem fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), a exemplo da idade materna avançada, o sedentarismo, a obesidade, a hipertrigliceridemia e a hipertensão arterial sistêmica (ZAJDENVERG, L. et al., 2022)

A hiperglicemia determina um maior risco gestacional tanto para a mãe quanto para o bebê. A fim de classificar e compreender melhor a etiologia e as repercussões do descontrole glicêmico, três denominações foram admitidas: o Diabetes Mellitus fora da gestação, o que significa gestantes com diagnóstico de DM prévio a gestação; o Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação, ou "Overt diabetes", gestantes com níveis glicêmicos que atingem critérios de DM fora da gestação sendo encontrados nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM; e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), a forma mais comum de hiperglicemia na gestação, sendo caracterizado como intolerância à glicose iniciada durante a gestação, não preenchendo os critérios necessários para o diagnóstico de Diabetes Mellitus fora da gestação (ZAJDENVERG, L. et al., 2022)

A Diretriz Brasileira de Diabetes (2023), preconiza o rastreio de DM na primeira consulta de pré-natal uma vez que seu diagnóstico e tratamento precoce podem prevenir uma série de desfechos negativos tanto maternos, quanto fetais, uma vez que a hiperglicemia desconhecida e não abordada é responsável por repercussões maternas, tais como desordens hipertensivas na gravidez, risco de cesárea, polidrâmnio, propensão ao desenvolvimento de DM futuro e agravamento de suas complicações crônicas, além de riscos fetais, os quais se caracterizam por intercorrências no crescimento e vitalidade fetal, como macrossomia, prematuridade, malformações, abortamento, óbito intrauterino e riscos futuros, como o de desenvolver síndrome metabólica e suas complicações e comorbidades associadas (BRASIL et al., 2021).

As diretrizes brasileiras foram estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes em parceria com a Febrasgo e o Ministério da Saúde, baseadas em documentos da OMS, a fim de padronizar o rastreamento das gestantes sem conhecimento prévio do diagnóstico de DM. Para tal, deve-se solicitar a glicemia plasmática em jejum. Admite-se como valores normais os < 92 mg/dL; DMG se glicemia ≥ 92 e ≤ 125 mg/dL; e DM diagnosticado na gestação se glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou se glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL. Para essas gestantes, também pode-se considerar a solicitação de hemoglobina glicada para auxílio diagnóstico, porém não em todos os períodos gestacionais, sendo esta uma ferramenta que necessita de mais estudos a fim de elucidar seu papel diagnóstico. Recomenda-se a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) para todas as gestantes sem diagnóstico prévio de DM entre a 24° e a 28° semana gestacional. Espera-se encontrar os valores de DMG quando a glicemia plasmática em jejum for ≥ 92 e < 126 mg/dL; em 1 hora ≥ 180 mg/dL; e em 2 horas ≥ 153 e < 200 mg/dL, sendo os valores ≥ 200 mg/dL característicos de Overt Diabetes (ZAJDENVERG, L. et al., 2022).

Ao diagnóstico, a gestante deve ser orientada sob as possíveis intercorrências de um mal controle glicêmico e quais abordagens são necessárias para um bom prognóstico (BRASIL, 2019). A manutenção de um controle glicêmico adequado é eficaz para reduzir os riscos maternos e fetais, principalmente aqueles relacionados aos eventos adversos perinatais sérios, como morte, distocia de ombro e fratura óssea (ZAJDENVERG, L. et al., 2022). Sendo assim, deve-se reforçar a importância do monitoramento da glicemia capilar várias vezes ao dia, assim como das mudanças no estilo de vida, como adequação dietética e prática de exercícios físicos orientada, assim como insulinização, se prescrita (BRASIL,

2019). Vale destacar que, para todas as gestantes diagnosticadas com diabetes, a orientação nutricional e a prática de exercícios físicos, na ausência de contraindicações obstétricas, constituem-se como pilares necessários na abordagem terapêutica (ZAJDENVERG, L. et al., 2022).

Este trabalho objetiva apresentar como as mudanças no estilo de vida são capazes de influenciar o controle glicêmico e seu manejo nas pacientes diagnosticadas com DMG.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão bibliográfica qualitativa, desenvolvido através de buscas de documentos e diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Ministério da Saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido pela presença de hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gestação. É caracterizado pela intolerância aos carboidratos que se inicia durante a gravidez e que não preenche os critérios diagnósticos para diabetes mellitus fora da gestação (ZAJDENVERG, L. et al., 2022).

Números globais documentando a saúde demonstram que a DMG é uma condição em ascensão mundial. Segundo o International Diabetes Federation (IDF), 15% de todas as mulheres do mundo são afetadas pela DMG, embora existam variações regionais que refletem diferenças de natureza genética, ambiental e socioeconômica. Mulheres das Ilhas do Pacífico e hispânicas/latinas estão entre as mais afetadas. Já em território nacional, segundo estudos mais recentes, a média é de aproximadamente 18% (ZAJDENVERG, L. et al., 2022).

Uma extensa quantidade de pesquisas foca nos fatores de risco relacionados ao DMG. A Diretriz Brasileira de Diabetes (2023) os expõe, sendo idade materna avançada, sobrepeso e obesidade, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, presença de condições associadas à resistência à insulina, como acantose nigricans, obesidade central, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica e síndrome dos ovários policísticos, os principais.

Os impactos do Diabetes Gestacional na saúde materna e fetal foram amplamente analisados na literatura. Pacientes com DMG têm elevado risco de desenvolver hipertensão, pré-eclâmpsia, parto cesáreo, e suas consequentes morbidades, além de possível persistência do diabetes após a gravidez. Por outro lado, o feto corre o risco de apresentar macrossomia, distocia de ombros, tocotraumatismo, hipoglicemia neonatal e hiperbilirrubinemia (Rezende, 2022).

No que se refere ao diagnóstico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), o DMG deve ser diagnosticado por meio do teste de tolerância oral à glicose (TOTG) realizado entre 24 e 28 semanas de gestação. Confirma-se o diagnóstico quando se observa glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL, glicemia em 1 hora ≥ 180 mg/dL ou glicemia em 2 horas ≥ 153 mg/dL. Ademais, o Diabetes Mellitus Gestacional pode ser diagnosticado ainda no 1º trimestre, se, ao pedir os exames de primeira rotina, a paciente apresentar uma glicemia entre 92 e 125 mg/dl. Valores maiores que 125 diagnosticam diabetes pré-gestacional; já um valor menor que 92 é considerado dentro dos valores de referência, dessa forma, para essas pacientes, iremos pedir o TOTG durante o período que já foi mencionado previamente.

Em relação ao manejo do DMG, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2023) sugere intervenções iniciais focadas em mudanças de estilo de vida, como dieta balanceada e exercício físico regular. Estudos recentes sugerem que cerca de 70% dos casos de DMG podem ser geridos com tais medidas não farmacológicas. No entanto, quando essas estratégias se mostram insuficientes para manter níveis glicêmicos adequados, a terapia com insulina se torna imperativa.

Dessa forma, observa-se que a literatura científica reforça a importância do diagnóstico precoce, do acompanhamento multidisciplinar e da adoção de estratégias de prevenção, visando minimizar os riscos maternos e neonatais associados ao Diabetes Mellitus Gestacional.

4 RESULTADOS

A literatura especializada analisada nesta revisão bibliográfica evidencia de forma clara que intervenções baseadas em mudanças no estilo de vida – especialmente dieta balanceada e prática regular de atividade física – exercem papel central no controle glicêmico de gestantes com diabetes gestacional. Autores como Rezende (2021) e Cunningham F. G. et al. (2022) destacam que essas medidas são recomendadas como tratamento de primeira linha, sendo eficazes na maioria dos casos.

Segundo os estudos relatados por Williams Obstetrícia (CUNNINGHAM, F. G. et al., 2022), aproximadamente 70% a 85% das gestantes com diabetes gestacional conseguem manter a glicemia dentro dos limites recomendados apenas com medidas não farmacológicas. O controle glicêmico adequado está associado a uma redução expressiva de complicações obstétricas, como macrossomia fetal, parto cesáreo e pré-eclâmpsia.

As evidências também indicam que a atividade física regular, como 30 minutos de caminhada diária, melhora a sensibilidade periférica à insulina e reduz os níveis de glicemia pós-prandial. De acordo com o Ministério da Saúde (2022), a introdução de planos alimentares individualizados, com orientação nutricional, reduz a necessidade de insulinoterapia em até 50% dos casos.

A seguir, a Tabela 1 resume os achados extraídos das principais referências.

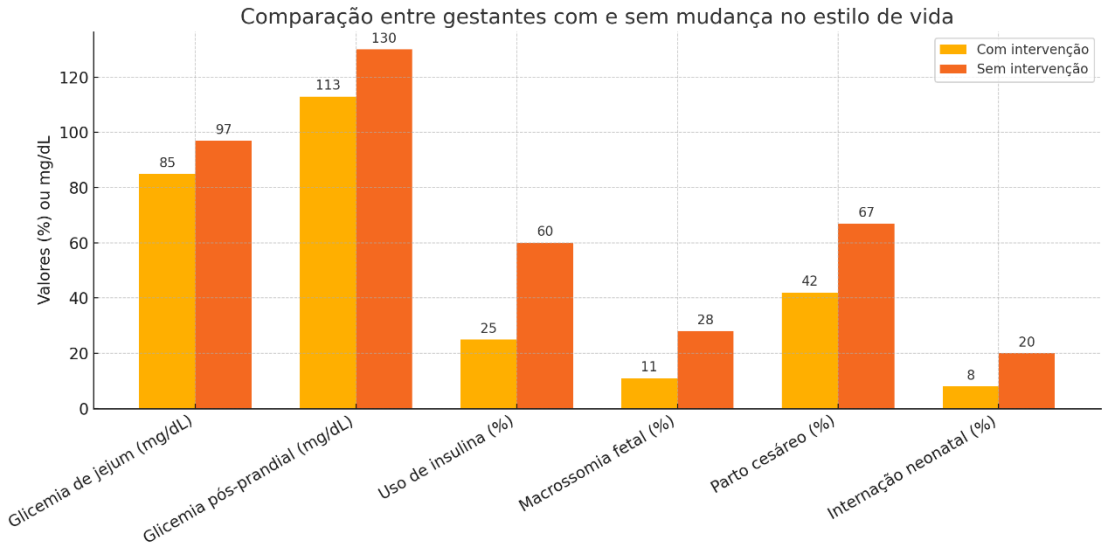
Tabela 1 – Comparação entre gestantes com e sem mudança no estilo de vida no controle do diabetes gestacional

Indicador	Grupo com intervenção (dieta + exercício)	Grupo sem intervenção significativa
Glicemia de jejum média (mg/dL)	85	97
Glicemia pós-prandial (mg/dL)	113	130
Uso de insulina (%)	25%	60%
Macrossomia fetal (%)	11%	28%
Parto cesáreo (%)	42%	67%
Internação neonatal (%)	8%	20%

Fonte: Adaptado de REZENDE (2021); CUNNINGHAM et al. (2022); BRASIL (2022).

Com base nos dados da Tabela 1, o Gráfico 1 foi elaborado para ilustrar de maneira visual os impactos positivos da mudança no estilo de vida em gestantes com diabetes gestacional.

Gráfico 1 – Comparação dos principais indicadores clínicos entre gestantes com e sem intervenção no estilo de vida



Fonte: Elaboração própria.

Os achados revelam que a intervenção precoce com hábitos de vida saudáveis reduz consideravelmente a progressão da hiperglicemia e as complicações obstétricas, além de promover melhor qualidade de vida durante a gestação. Ainda segundo Cunningham F. G. et al. (2022), o seguimento multidisciplinar com equipe obstétrica, endocrinológica e nutricional melhora significativamente a adesão ao tratamento e os desfechos materno-fetais.

Portanto, a revisão indica de forma conclusiva que a mudança no estilo de vida deve ser priorizada no manejo inicial do diabetes gestacional, conforme recomendação das diretrizes internacionais, sendo eficaz, segura e economicamente viável.

5 DISCUSSÃO

Diante dos fatos, evidencia-se que o diabetes mellitus gestacional exerce considerável impacto sobre a saúde materna e fetal. Assim, uma vez estabelecido o diagnóstico e na ausência de contraindicações obstétricas à prática de exercícios físicos, torna-se imperativo instituir, de forma imediata, modificações no estilo de vida. O manejo inicial baseia-se na combinação de um plano alimentar individualizado, prescrição de atividade física regular e monitoramento sistemático da glicemia capilar. Dessa forma, caso os níveis glicêmicos não apresentem melhora dentro de um período de aproximadamente duas semanas, recomenda-se a introdução da terapêutica farmacológica, sendo a insulinoterapia subcutânea o método de primeira escolha, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2019). A abordagem farmacológica será discutida mais adiante.

Conforme previamente exposto, a taxa de sucesso do tratamento não farmacológico para o diabetes mellitus gestacional é considerada satisfatória. No entanto, para que tais resultados sejam efetivamente alcançados, é fundamental a implementação de um acompanhamento individualizado e conduzido por equipe multiprofissional. Ressalta-se que essas gestantes devem ser inseridas no seguimento pré-natal de alto risco, conforme as diretrizes clínicas. Ademais, é assegurado a essas mulheres o acesso a atendimentos especializados, como acompanhamento nutricional, avaliação endo-

crinológica e encaminhamento para programas de atividade física, condicionados à disponibilidade dos serviços oferecidos pelo município e às condições socioeconômicas da paciente. Complementarmente, o suporte psicológico configura-se como uma estratégia relevante para favorecer a adesão às mudanças no estilo de vida, contribuindo para melhores desfechos maternos e fetais (BRASIL, 2019).

A dieta prescrita à gestante com diabetes mellitus gestacional deve ter como objetivos primordiais o controle glicêmico e a manutenção de um ganho ponderal materno adequado, contribuindo, assim, para a prevenção de desfechos adversos tanto fetais quanto maternos (BRASIL, 2019). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (2015), a alimentação deve ser estruturada em refeições fracionadas, com porções controladas, a fim de evitar picos glicêmicos. Nesse sentido, recomenda-se a realização de 6 a 8 refeições diárias, priorizando-se o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Ademais, orienta-se a adoção de práticas alimentares saudáveis, como realizar as refeições em ambiente tranquilo, mastigar adequadamente os alimentos, além de uma ingesta hídrica ao longo do dia. As orientações dietéticas iniciais podem ser conduzidas pelo médico responsável, incluindo a restrição de alimentos com alto índice glicêmico, bem como de produtos processados e ultraprocessados. No entanto, para a elaboração de um plano alimentar individualizado, acessível e nutricionalmente equilibrado, é altamente recomendável o acompanhamento por um nutricionista, conforme preconizado pelas diretrizes nacionais (BRASIL, 2019).

A prática regular de exercícios físicos durante a gestação é considerada segura e deve ser incentivada, desde que inexistam contraindicações médicas ou obstétricas. Conforme Granado et al. (2022), são recomendadas atividades de baixa intensidade e com mínimo impacto articular, como caminhadas, natação, hidroginástica, pilates, yoga e treinamento de força supervisionado. A frequência ideal é de aproximadamente 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2015). Tanto o Ministério da Saúde quanto a Federação Internacional de Diabetes recomendam a utilização de um Diário de Caminhada, ferramenta que visa estimular a adesão à prática de exercícios por meio do registro sistemático das atividades realizadas. Nesse diário, a gestante é orientada a anotar a data, a duração da atividade e quaisquer observações relevantes percebidas durante a execução dos exercícios, o que favorece o acompanhamento clínico e a motivação contínua para a manutenção de um estilo de vida ativo.

Quadro 1 – Diário de Caminhada

Data	Dia da semana	Horário	Duração do exercício	Hidratação	Alimentação	Glicemia	Como se sentiu?

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes (2019, p. 30).

Igualmente, a vigilância diária da glicemia capilar periférica com fitas e medidores de glicose realizada pelas próprias pacientes auxiliam no grau de compreensão da doença, logo, é uma das estratégias promovidas que comprovadamente promovem a adesão ao tratamento e melhores resultados (BRASIL, 2019). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), para as mulheres com tratamento não medicamentoso, são encorajadas 4 aferições diárias, os horários devem ser em jejum pela manhã e após as 3 principais refeições do dia, as metas glicêmicas são em jejum < 95mg/dL, 1 hora pós refei-

ção < 140 mg/dL, 2 horas pós refeição < 120 mg/dL, pré-prandiais e madrugada < 100 mg/dL. Após 2 semanas de dieta eficaz, atividade físicas regulares e essa vigilância, espera-se um controle de pelo menos 70% das dosagens glicêmicas, esse aspecto que vai determinar o início do tratamento medicamentoso. Sendo assim, se mais de 30% de medidas alteradas para as pacientes com tratamento não farmacológico ou 20% e alguma alteração ultrassonográfica sugestiva de mal controle, como feto GIG ou polidrâmnio, está recomendada a insulinoterapia subcutânea (GRANADO et al., 2022). O uso de hipoglicemiantes orais tem seu uso restrito, durante a gravidez a Metformina é a droga mais segura, pode ser indicada como terapia complementar à insulina ou quando o uso de insulina não for possível ou pouco acessível (BRASIL, 2019).

Dada a importância de um acompanhamento rigoroso tanto da mãe quanto do feto, a monitorização do crescimento fetal também deve ser avaliada por ultrassonografia obstétrico a cada 4 semanas ao final da gestação, recomenda no final do segundo trimestre (GRANADO et al., 2022), esse seguimento pré-natal tem por objetivo principalmente avaliar o ganho de peso e gordura, pela circunferência abdominal do feto, e o líquido amniótico (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2015). A avaliação da vitalidade fetal deve ser realizada por meio de cardiotocografia a partir de 38 semanas, desde que o controle glicêmico esteja satisfatório com medidas não farmacológicas, como dieta e atividade física. Na presença de resultados não tranquilizadores, recomenda-se a associação com ultrassonografia para a composição do perfil biofísico fetal (GRANADO et al., 2022).

A resolução da gestação deve ser individualizada, com base na avaliação da vitalidade fetal. Em gestantes que apresentam controle glicêmico adequado por meio de modificações no estilo de vida, é possível permitir a progressão da gestação até 40 semanas, sendo acompanhadas por conduta expectante e aguardar o início espontâneo do trabalho de parto. Entretanto, nos casos em que houver controle inadequado, presença de polidrâmnio ou macrossomia fetal, a interrupção da gestação deve ser considerada a partir de 37 semanas (GRANADO et al., 2022).

No momento do parto, seja por via vaginal ou cesariana, é fundamental manter o monitoramento da glicemia materna, considerando o estresse metabólico ao qual a gestante está submetida. Recomenda-se manter os níveis glicêmicos entre 70 e 120 mg/dL. Em casos de hipoglicemia, está indicada a administração intravenosa de soro glicosado a 5%. Por outro lado, se os níveis estiverem acima de 120 mg/dL, deve-se considerar a aplicação de insulina regular por via subcutânea, contudo, cerca de 86% das gestantes nessa condição não precisam de administração de insulina intraparto (BRASIL, 2016).

Após o parto, os cuidados clínicos devem ser mantidos, visto que os recém-nascidos de mães com diabetes apresentam maior susceptibilidade a complicações imediatas, como hipoglicemia neonatal, taquipneia transitória e síndrome da membrana hialina. Ademais, tanto a mãe quanto a criança enfrentam um risco aumentado de desenvolver, a longo prazo, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e doenças cardiovasculares. Por esse motivo, recomenda-se o monitoramento rigoroso da glicemia periférica do neonato nas primeiras 24 horas de vida, com avaliações aos 1, 3, 6, 12, 18 e 24 horas, considerando valores inferiores a 45 mg/dL como indicativos de hipoglicemia. Complementarmente, deve-se realizar acompanhamento laboratorial materno durante o puerpério, destacando-se a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 6 e 8 semanas pós-parto, seguido de monitoramento anual com glicemia em jejum e hemoglobina glicada (BRASIL, 2019).

Em última análise, gestantes com obesidade ou que requerem insulinoterapia para o controle glicêmico apresentam risco elevado de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 no futuro. Dessa forma, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde reforcem a importância da adoção e manutenção de hábitos de vida saudáveis, visando a otimização do controle glicêmico durante e após a gestação. A prevenção primária por meio da educação e do acompanhamento contínuo é fundamental para

reduzir as complicações maternas e neonatais, promovendo melhor prognóstico a longo prazo para mãe e filho.

6 CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição de grande relevância na prática obstétrica, pois traz implicações tanto para a saúde materna quanto para o desenvolvimento fetal. O diagnóstico precoce, o acompanhamento adequado e o controle glicêmico eficaz são fundamentais para prevenir complicações como macrossomia, pré-eclâmpsia e parto prematuro. Ademais, o DMG representa um fator de risco para o desenvolvimento futuro de diabetes tipo 2 na mãe e na criança, o que reforça a importância do acompanhamento contínuo no pós-parto. Assim, o enfrentamento do DMG exige uma abordagem multiprofissional, centrada no cuidado humanizado, na educação em saúde e na promoção de hábitos saudáveis, contribuindo para melhores desfechos gestacionais e redução de riscos a longo prazo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consenso brasileiro sobre diabetes gestacional: 2019**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz, 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Consenso_Brasileiro_Manejo_DMG_2019.pdf. Acesso em: 26 de abril de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. (pp. 1–694). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/man. Acesso em 3 de junho de 2025

BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA;.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams obstetrícia**. 26. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

GRANADO, M., et al. Guia do Episódio de Cuidado: DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG). **Albert Einstein**: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, 2022. Cartaz. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Diabetes-Gestacional.pdf. Acesso em: 27 de maio 2025.

International Diabetes Federation, IDF GDM Model of Care – Implementation Protocol. 2015. Disponível em: https://idf.org/about-diabetes/types-of-diabetes/gestational-diabetes/. Acesso em: 26 de maio de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diabetes mellitus na gestação: cuidados no parto e puerpério. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diabetes-mellitus-na-gestacao-parto-puerperio/. Acesso em 12 de maio de 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes. Acesso em 27 de abril de 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. p. 1–63. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85975/WHONMHMND13.2eng.pdf. Acesso em 25 de maio de 2025.

REZENDE, J. (14ª ed.). Rezende Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/05/livro_cuidados_obstetricos.pdf. Acesso em: 26 de abril de 2025.

ZAJDENVERG, L. et al. Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, v. 99, p. 1–29, 2022. DOI: 10.29327/557753.2022-12, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/planejamento-metas-e-monitorizacao-do-tratamento-do-diabetes-durante-a-gestacao/?pdf=4742. Acesso em 27 de maio de 2025

ZAJDENVERG, L. et al. Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, p. 1–20, 2022c. DOI: 10.29327/557753.2022-11, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-diagnostico-da-hiperglicemia-na-gestacao/?pdf=4878 Acesso em: 27 abr. 2025

ZAJDENVERG, L. et al. Tratamento farmacológico do diabetes na gestação. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes,** p. 1-31, 2022b**.** 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-13, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-farmacologico-do-dm2-e-dmg-na-gestacao/?pdf=3664. Acesso em: 26 abr. 2025