v7.n9.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REPERCUSSÕES MATERNO-FETAIS

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS: SCREENING, DIAGNOSIS, TREATMENT AND MATERNAL-FETAL OUTCOMES

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REPERCUSIONES MATERNO-FETALES

Karollyne Saulino Campos[1]

e798951
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i9.8951

PUBLICADO: 09/2026

RESUMO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma das intercorrências metabólicas mais frequentes da gestação e associa-se a desfechos maternos, fetais e neonatais adversos. Objetivo: analisar estratégias atuais de rastreamento, critérios diagnósticos, tratamento, monitorização e repercussões materno-fetais do DMG. Método: revisão integrativa baseada em diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, FEBRASGO, Ministério da Saúde/OPAS e literatura internacional de referência. Resultados e discussão: recomenda-se glicemia de jejum na primeira consulta pré-natal; valores de 92 a 125 mg/dL são compatíveis com DMG, enquanto glicemia ≥126 mg/dL sugere diabetes diagnosticado na gestação. Entre 24 e 28 semanas, o TOTG com 75 g utiliza pontos de corte de 92 mg/dL em jejum, 180 mg/dL em 1 hora e 153 mg/dL em 2 horas, sendo um valor alterado suficiente para diagnóstico. O tratamento inicia-se com terapia nutricional, atividade física quando possível e automonitorização; a insulina é a primeira escolha farmacológica quando metas não são atingidas. Conclusão: rastreamento universal, diagnóstico oportuno, controle glicêmico e seguimento pós-parto são essenciais para reduzir complicações e risco metabólico futuro.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes gestacional. Gravidez. Hiperglicemia. Insulina. Macrossomia.

ABSTRACT

Gestational diabetes mellitus (GDM) is a frequent metabolic complication of pregnancy and is associated with adverse maternal, fetal and neonatal outcomes. Objective: to analyze current screening strategies, diagnostic criteria, treatment, monitoring and maternal-fetal repercussions of GDM. Method: integrative review based on guidelines from the Brazilian Diabetes Society, FEBRASGO, Brazilian Ministry of Health/PAHO and major international literature. Results and discussion: fasting plasma glucose is recommended at the first prenatal visit. Values from 92 to 125 mg/dL support GDM, whereas ≥126 mg/dL suggests overt diabetes in pregnancy. At 24–28 weeks, a 75-g oral glucose tolerance test uses thresholds of 92 mg/dL fasting, 180 mg/dL at 1 hour and 153 mg/dL at 2 hours; one abnormal value establishes GDM. Treatment begins with medical nutrition therapy, physical activity when appropriate and glucose monitoring; insulin is the preferred pharmacologic therapy when targets are not achieved. Conclusion: universal screening, timely diagnosis, glycemic control and postpartum follow-up are central to reducing complications and future metabolic risk.

KEYWORDS: *Gestational diabetes. Pregnancy. Hyperglycemia. Insulin. Macrosomia.*

[1] Bacharel em Medicina pelo Centro Universitário UniNorte – Rio Branco, Acre, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

RESUMEN
La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una complicación metabólica frecuente del embarazo y se asocia con resultados maternos, fetales y neonatales adversos. Objetivo: analizar el tamizaje, los criterios diagnósticos, el tratamiento, la monitorización y las repercusiones materno-fetales del DMG. Método: revisión integrativa basada en directrices de la Sociedad Brasileña de Diabetes, FEBRASGO, Ministerio de Salud/OPS y literatura internacional. Resultados y discusión: se recomienda glucemia en ayunas en la primera consulta prenatal. Valores de 92 a 125 mg/dL son compatibles con DMG y ≥126 mg/dL sugieren diabetes diagnosticada durante el embarazo. Entre 24 y 28 semanas, la prueba oral con 75 g utiliza puntos de corte de 92, 180 y 153 mg/dL en ayunas, 1 y 2 horas, respectivamente; un valor alterado establece el diagnóstico. Conclusión: el tamizaje universal, el control glucémico y el seguimiento posparto reducen complicaciones y riesgo metabólico futuro.

PALABRAS CLAVE: *Diabetes gestacional. Embarazo. Hiperglucemia. Insulina. Macrosomía.*

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) constitui uma das alterações metabólicas mais frequentes da gestação e decorre do aumento progressivo da resistência à insulina, especialmente a partir da segunda metade do período gestacional. Sua relevância clínica está relacionada à associação com desfechos maternos, fetais e neonatais adversos, além do aumento do risco metabólico futuro para a mulher e sua prole. Nesse contexto, o reconhecimento oportuno da hiperglicemia e a organização de estratégias assistenciais baseadas em evidências são componentes essenciais do cuidado pré-natal.

A realização desta revisão justifica-se pela elevada frequência do DMG e pela necessidade de sistematizar recomendações aplicáveis à prática clínica brasileira, articulando documentos nacionais com evidências internacionais relevantes. O objetivo geral é analisar as estratégias atuais de rastreamento, os critérios diagnósticos, as modalidades de tratamento, a monitorização e as principais repercussões materno-fetais do diabetes mellitus gestacional. Como objetivos específicos, busca-se discutir os fundamentos fisiopatológicos e fatores de risco, descrever os critérios de rastreamento e diagnóstico, sintetizar metas glicêmicas e alternativas terapêuticas, examinar a vigilância do crescimento fetal e a via de parto e abordar o seguimento metabólico pós-parto e a continuidade do cuidado.

Apesar da existência de critérios diagnósticos e recomendações consolidadas, persistem desafios relacionados ao momento do rastreamento, à interpretação dos testes glicêmicos, à definição das metas de controle, à indicação de tratamento farmacológico e ao seguimento materno após o parto. O problema que orienta esta revisão consiste, portanto, em compreender

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

como as evidências e diretrizes atuais podem ser integradas para favorecer rastreamento, diagnóstico e manejo mais consistentes do DMG, reduzindo variações de conduta e repercussões materno-fetais evitáveis.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação que não preenche critérios de diabetes manifesto. Sua relevância decorre da frequência crescente, paralela ao aumento da idade materna, do excesso de peso e das alterações metabólicas na população, além da associação com complicações obstétricas, fetais e neonatais. A gestação normal envolve adaptações que favorecem a disponibilidade de nutrientes ao feto e, sobretudo a partir do segundo trimestre, hormônios placentários e mudanças na sinalização da insulina aumentam a resistência insulínica materna. Na maioria das mulheres, a secreção pancreática compensa esse fenômeno; quando a reserva funcional das células beta é insuficiente, ocorre hiperglicemia, tornando o pré-natal uma oportunidade estratégica para identificar tanto DMG quanto diabetes previamente não reconhecido.[6,13,14,17]

A hiperglicemia materna atravessa a placenta sob a forma de glicose e estimula hiperinsulinemia fetal. Esse mecanismo favorece crescimento fetal excessivo, adiposidade, macrossomia e hipoglicemia neonatal após a interrupção súbita do aporte materno de glicose no parto. A relação entre glicemia e desfechos perinatais é contínua, o que fundamenta a importância do rastreamento e da padronização diagnóstica. No Brasil, recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), FEBRASGO, Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde propõem glicemia de jejum na primeira consulta e, para gestantes sem diagnóstico prévio, teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g entre 24 e 28 semanas, considerando diferentes cenários de disponibilidade assistencial.[10,13,17]

O diagnóstico oportuno é relevante porque o tratamento reduz desfechos associados à exposição hiperglicêmica. A abordagem terapêutica inicia-se com terapia nutricional individualizada, atividade física quando não houver contraindicação obstétrica e automonitorização glicêmica; a insulinoterapia é indicada quando as metas não são alcançadas com as medidas iniciais. A condução deve integrar controle metabólico, avaliação do crescimento fetal, planejamento obstétrico e educação da gestante.[16,18]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Além das repercussões da própria gestação, o DMG identifica mulheres com risco aumentado de recorrência em futuras gestações, diabetes mellitus tipo 2 e outras alterações cardiometabólicas. Por isso, o cuidado deve prosseguir no puerpério e ao longo da vida. Diante desse cenário, este estudo objetiva analisar criticamente as estratégias atuais de rastreamento e diagnóstico do DMG, as metas de controle e modalidades de tratamento, suas principais repercussões materno-fetais e neonatais e as recomendações para acompanhamento após o parto, com ênfase nas diretrizes e consensos aplicáveis à realidade brasileira.[3]

2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa, descritiva e qualitativa, elaborada para reunir e analisar recomendações e evidências de referência sobre diabetes mellitus gestacional. A pergunta norteadora foi: quais estratégias de rastreamento, critérios diagnósticos, metas glicêmicas, intervenções terapêuticas e medidas de seguimento apresentam maior aplicabilidade clínica para reduzir repercussões maternas e fetais?

A busca bibliográfica foi orientada por documentos institucionais e publicações científicas relacionadas aos eixos clínicos do estudo. Foram priorizadas a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025, documentos da FEBRASGO, o consenso brasileiro desenvolvido com OPAS/OMS e Ministério da Saúde, além de publicações internacionais de referência. Os termos empregados incluíram gestational diabetes, hyperglycemia in pregnancy, screening, oral glucose tolerance test, insulin, fetal macrosomia, neonatal hypoglycemia e postpartum diabetes, isoladamente ou em combinações compatíveis com os temas analisados.

Foram elegíveis diretrizes, consensos, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais de grande porte que abordassem rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitorização ou desfechos do DMG. Foram excluídos materiais sem fonte verificável, publicações duplicadas e estudos exclusivamente experimentais sem aplicabilidade obstétrica. A seleção priorizou documentos com pertinência clínica direta para os objetivos da revisão e fontes capazes de sustentar pontos de corte diagnósticos, metas terapêuticas e recomendações assistenciais.

A análise foi organizada por categorias temáticas previamente definidas: fisiopatologia e fatores de risco; rastreamento precoce; TOTG de 75 g; metas glicêmicas e automonitorização; terapia nutricional e atividade física; insulinoterapia; crescimento fetal e vigilância ultrassonográfica; repercussões maternas, fetais e neonatais; via de parto; e seguimento

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

metabólico pós-parto. Não foi realizada metanálise. Os valores diagnósticos e recomendações terapêuticas foram conferidos prioritariamente nas diretrizes brasileiras e nos consensos citados. Os elementos gráficos foram elaborados especificamente para esta revisão, com indicação da fonte conceitual.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. Fisiopatologia e fatores de risco

A resistência à insulina aumenta progressivamente durante a gravidez, sobretudo na segunda metade. Lactogênio placentário, hormônio de crescimento placentário, progesterona, cortisol e mediadores inflamatórios participam dessa adaptação. A finalidade fisiológica é preservar a oferta de glicose ao feto; entretanto, mulheres com menor capacidade compensatória de secreção de insulina desenvolvem hiperglicemia.[6,14]

O DMG compartilha mecanismos com o diabetes tipo 2, incluindo resistência periférica à insulina e disfunção de células beta. Obesidade, história familiar de diabetes, idade materna elevada, síndrome dos ovários policísticos e DMG prévio aumentam a probabilidade da doença, mas a ausência desses fatores não a exclui, justificando estratégia universal de rastreamento no Brasil.[1,2] A glicose materna atravessa a placenta, enquanto a insulina materna não o faz em quantidade significativa; a hiperinsulinemia fetal resultante favorece deposição de gordura e crescimento fetal excessivo.[6,14]

Antecedente de DMG, recém-nascido macrossômico, obesidade, ganho ponderal excessivo e história familiar reforçam a vigilância e também ajudam a estimar risco metabólico futuro. Contudo, fatores clínicos isolados não substituem o rastreamento laboratorial.[13,17]

3.2. Rastreamento precoce e diagnóstico na primeira consulta pré-natal

A SBD recomenda glicemia de jejum na primeira consulta de gestantes sem diabetes conhecido. Resultado inferior a 92 mg/dL não estabelece DMG precoce e, em condições de disponibilidade técnica, indica TOTG entre 24 e 28 semanas. Glicemia de 92 a 125 mg/dL é compatível com DMG, enquanto valor ≥126 mg/dL preenche critério de diabetes diagnosticado na gestação.[1] A HbA1c pode ser considerada adicionalmente no início do pré-natal para identificar diabetes manifesto ou risco aumentado; HbA1c ≥6,5% é compatível com diabetes, mas não substitui o TOTG recomendado para diagnóstico de DMG entre 24 e 28 semanas.[17]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A distinção entre DMG e diabetes manifesto é clinicamente relevante, pois hiperglicemia que já alcança critérios diagnósticos utilizados fora da gestação sugere doença mais intensa e possivelmente preexistente. A interpretação da glicemia também deve considerar a qualidade pré-analítica, uma vez que processamento inadequado pode produzir valores artificialmente menores e interferir na classificação diagnóstica.[13,17]

Considerando esses critérios, o percurso desde a glicemia de jejum na primeira consulta até a realização do TOTG entre 24 e 28 semanas pode ser compreendido de forma integrada com o esquema diagnóstico apresentado na Figura 1.

3.3. Teste oral de tolerância à glicose e critérios diagnósticos entre 24 e 28 semanas

O TOTG com 75 g deve ser realizado após preparo adequado. Os pontos de corte brasileiros são: jejum ≥92 e <126 mg/dL; 1 hora ≥180 mg/dL; e 2 horas ≥153 e <200 mg/dL. Apenas um valor alterado é suficiente para estabelecer DMG.[1,2] Esses critérios se relacionam à associação contínua entre níveis glicêmicos maternos e desfechos perinatais demonstrada no estudo HAPO.[10] Após a 24ª semana, glicemia de 2 horas ≥200 mg/dL deve ser interpretada como diabetes diagnosticado na gestação.[10,17]

A orientação pré-exame deve incluir alimentação habitual sem restrição deliberada de carboidratos e jejum conforme protocolo. Durante o teste, a gestante deve permanecer em repouso e não ingerir alimentos. Em locais com disponibilidade técnica total, gestantes com glicemia inicial <92 mg/dL devem realizar o TOTG entre 24 e 28 semanas; em cenários de disponibilidade parcial, estratégias simplificadas podem ser adotadas conforme o consenso brasileiro, reconhecendo-se que não substituem integralmente o teste completo.[13,17]

3.4. Metas glicêmicas e automonitorização

O tratamento depende de metas objetivas. Valores frequentemente utilizados são glicemia de jejum <95 mg/dL, 1 hora pós-prandial <140 mg/dL e 2 horas pós-prandial <120 mg/dL. O monitoramento pós-prandial é particularmente útil por sua relação com crescimento fetal e por permitir ajustes de alimentação e insulina.[16]

A interpretação deve privilegiar padrões repetidos, e não valores isolados. O registro conjunto das glicemias e da alimentação auxilia na identificação de horários de maior elevação e orienta intervenções individualizadas. A automonitorização também possui função educativa, pois demonstra à gestante como refeições e atividade física repercutem no perfil glicêmico.[16]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Na prática, a interpretação seriada desses valores permite reconhecer padrões de hiperglicemia e direcionar ajustes individualizados, tendo como referência as metas glicêmicas organizadas na Figura 2.

3.5. Terapia nutricional, ganho de peso e atividade física

A terapia nutricional é primeira linha e deve assegurar crescimento fetal adequado sem cetose materna ou restrição excessiva. O plano alimentar considera peso pré-gestacional, ganho ponderal, rotina e cultura alimentar, com distribuição apropriada de carboidratos ao longo do dia. O objetivo não é promover perda ponderal durante a gestação, mas adequar ganho de peso e qualidade alimentar.[2,18]

Na ausência de contraindicações obstétricas, a atividade física integra o tratamento. Exercícios aeróbicos moderados e atividades após refeições podem melhorar a utilização periférica de glicose. A prescrição deve respeitar condicionamento prévio, segurança gestacional e orientações obstétricas; quando as metas permanecem acima do alvo, a atividade física não substitui a farmacoterapia indicada.[18]

3.6. Insulinoterapia, ajustes terapêuticos e prevenção de hipoglicemia

A Diretriz SBD 2025 recomenda considerar farmacoterapia quando duas ou mais medidas, avaliadas após 7 a 14 dias de tratamento não farmacológico, permanecem acima das metas. A insulina é a terapia farmacológica de primeira escolha para DMG.[8] A escolha do esquema depende do padrão de hiperglicemia: elevação de jejum pode exigir insulina basal, enquanto elevações pós-prandiais podem demandar insulina de ação rápida.[18]

A educação para aplicação integra o tratamento e deve abranger técnica, locais e rodízio de aplicação, armazenamento, transporte e relação entre horário da insulina e refeições. As necessidades podem aumentar com a progressão da gestação, exigindo ajustes guiados pelo perfil glicêmico. A gestante deve ser orientada a reconhecer e tratar hipoglicemia e a procurar avaliação diante de episódios recorrentes.[18]

Próximo ao parto, mudanças na ingestão e na dinâmica obstétrica podem alterar a necessidade de insulina. Protocolos hospitalares devem prever monitorização e ajustes para prevenir tanto hiperglicemia quanto hipoglicemia durante jejum, indução ou trabalho de parto.[18]

Desse modo, a progressão do tratamento deve acompanhar a resposta às medidas iniciais e o padrão glicêmico observado, seguindo a lógica assistencial representada na Figura 3, que articula intervenções não farmacológicas, monitorização e indicação de insulinoterapia.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

3.7. Crescimento fetal e vigilância ultrassonográfica

A hiperglicemia materna favorece hiperinsulinemia fetal e deposição de tecido adiposo. A circunferência abdominal fetal pode refletir esse processo, e a SBD admite considerar crescimento fetal, incluindo circunferência abdominal ≥ percentil 75 entre 29 e 33 semanas, como elemento adicional na decisão terapêutica em casos selecionados.[18]

A frequência de ultrassonografias e da vigilância fetal depende do controle glicêmico, uso de medicação, crescimento, líquido amniótico e comorbidades. A ultrassonografia não substitui o controle glicêmico, mas fornece informação complementar sobre o efeito fetal. Crescimento excessivo apesar de glicemias aparentemente adequadas deve motivar revisão da qualidade das medidas, horários pós-prandiais e adesão; polidrâmnio também pode justificar reavaliação do controle e investigação de outras causas obstétricas.[18]

3.8. Repercussões maternas, fetais e neonatais e via de parto

O DMG associa-se a maior ocorrência de distúrbios hipertensivos, incluindo pré-eclâmpsia, e a maior probabilidade de intervenções obstétricas quando há crescimento fetal excessivo. O tratamento, mesmo de formas mais leves, reduz alguns desfechos adversos.[9,11] No longo prazo, a principal repercussão materna é o risco aumentado de diabetes tipo 2.[3]

Macrossomia e recém-nascido grande para a idade gestacional são desfechos clássicos. O aumento do diâmetro biacromial contribui para distócia de ombro e trauma de parto. Após o nascimento, a persistência transitória de hiperinsulinemia fetal pode causar hipoglicemia neonatal; também são descritos hiperbilirrubinemia, desconforto respiratório e maior adiposidade neonatal.[7,10]

O diagnóstico de DMG isoladamente não determina cesariana. A via e o momento do parto devem seguir critérios obstétricos, considerando estimativa de peso fetal, controle glicêmico, condições cervicais, comorbidades e evolução da gestação. A estimativa ultrassonográfica de peso possui margem de erro, especialmente em pesos extremos, razão pela qual decisões por suspeita de macrossomia devem ser individualizadas.[1,4]

Durante o trabalho de parto, o objetivo metabólico é evitar hiperglicemia materna acentuada e também prevenir hipoglicemia. O recém-nascido de mãe com diabetes deve ser avaliado quanto ao risco de hipoglicemia e alimentado precocemente conforme condição clínica e protocolo neonatal. A integração entre obstetrícia, enfermagem e pediatria favorece transição segura.[4,5]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Esses achados demonstram que a repercussão da hiperglicemia gestacional ultrapassa o controle metabólico materno e alcança diferentes desfechos obstétricos e neonatais, cuja relação clínica é representada de forma integrada na Figura 4.

3.9. Seguimento metabólico pós-parto

Com a saída da placenta, a resistência insulínica cai rapidamente e muitas mulheres com DMG deixam de necessitar insulina. Isso não significa resolução definitiva do risco metabólico. A reclassificação pós-parto é fundamental para identificar diabetes persistente ou pré-diabetes, e o TOTG de 75 g é utilizado para detectar alterações que podem não ser identificadas apenas pela glicemia de jejum.[3,9]

A perda de seguimento pós-parto é frequente. Agendar a reavaliação antes da alta e manter o diagnóstico de DMG visível no prontuário podem favorecer a continuidade. Após o puerpério, alimentação saudável, atividade física, controle de peso e rastreamento periódico são componentes centrais de prevenção de diabetes tipo 2. O antecedente de DMG também deve ser considerado em futuras gestações, com avaliação glicêmica precoce e planejamento reprodutivo.[3,9]

Por isso, o encerramento da gestação não deve significar o término da vigilância metabólica, e a continuidade do cuidado deve seguir uma sequência organizada de reavaliação e rastreamento periódico, conforme o fluxo apresentado na Figura 5.

3.10. Organização da assistência e continuidade do cuidado

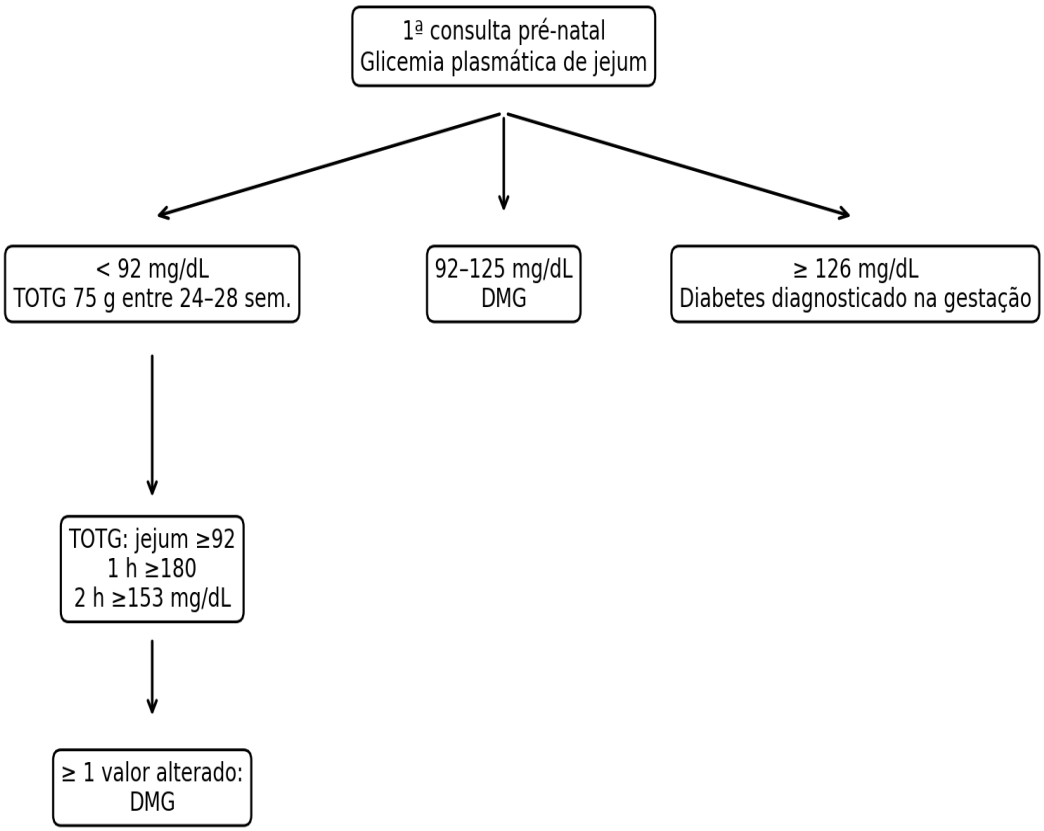
A proposta brasileira de rastreamento considera cenários de disponibilidade técnica total e parcial, aumentando sua aplicabilidade em regiões heterogêneas. A Atenção Primária participa do rastreamento e do seguimento pós-parto, enquanto o pré-natal de alto risco e a endocrinologia podem ser necessários conforme gravidade. Fluxos claros entre os níveis assistenciais reduzem perda de resultados e de seguimento.[5,13,17]

A educação em saúde deve incluir técnica de glicemia capilar, registro das medidas, uso seguro da insulina, reconhecimento de hipoglicemia e importância das consultas. Recomendações precisam considerar renda, cultura alimentar, rotina de trabalho e acesso a insumos, pois a efetividade do tratamento depende tanto da evidência clínica quanto da viabilidade do plano. A atuação multiprofissional favorece orientações consistentes e continuidade do cuidado.[5,8]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Assim, a qualidade da assistência ao DMG depende da execução articulada de cada etapa: rastreamento, diagnóstico, início oportuno do tratamento, monitorização, vigilância materno-fetal, planejamento obstétrico e reclassificação metabólica após o parto. Essa continuidade transforma recomendações clínicas em cuidado efetivo e reduz o risco de desfechos adversos imediatos e futuros.[3,13,17]

Figura 1. Fluxograma simplificado para rastreamento e diagnóstico do diabetes mellitus gestacional



Fonte: Elaboração da autora com base em Sociedade Brasileira de Diabetes (2025) e OPAS/Ministério da Saúde/FEBRASGO/SBD (2017).

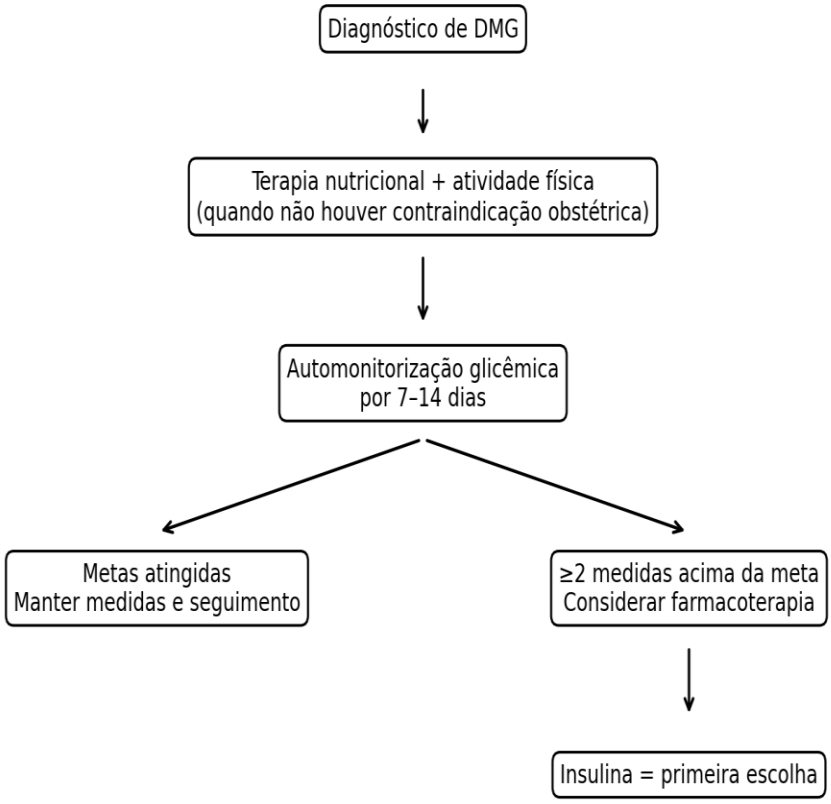
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 2. Metas usuais de monitorização glicêmica no diabetes mellitus gestacional

Momento	Meta glicêmica usual
Jejum	< 95 mg/dL
1 hora pós-prandial	< 140 mg/dL
2 horas pós-prandial	< 120 mg/dL

Fonte: Elaboração da autora com base em Sociedade Brasileira de Diabetes (2025), especialmente nas recomendações de planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação.

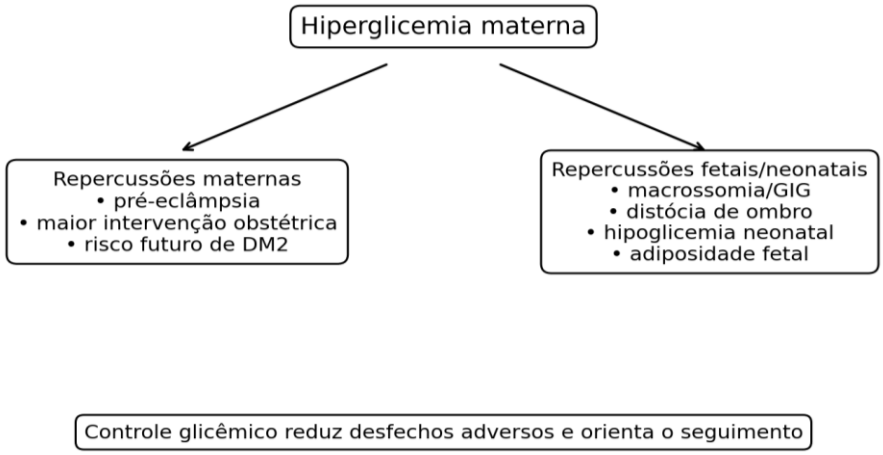
Figura 3. Sequência simplificada de manejo terapêutico no diabetes mellitus gestacional



Fonte: Elaboração da autora com base em Sociedade Brasileira de Diabetes (2025), nas recomendações de tratamento farmacológico do diabetes na gestação, e em FEBRASGO.

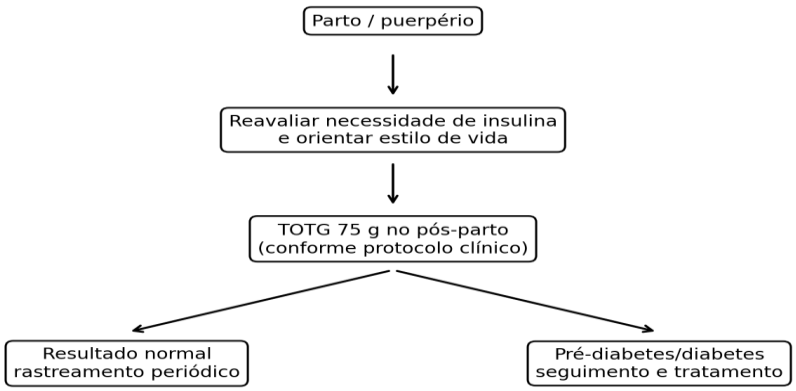
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 4. Principais repercussões maternas, fetais e neonatais relacionadas à hiperglicemia gestacional



Fonte: Elaboração da autora com base em HAPO Study Cooperative Research Group (2008), Crowther *et al.* (2005), Landon *et al.* (2009) e diretrizes da FEBRASGO.

Figura 5. Seguimento metabólico após gestação complicada por diabetes gestacional



Fonte: Elaboração da autora com base em Bellamy *et al.* (2009), Sociedade Brasileira de Diabetes (2025) e recomendações brasileiras de seguimento metabólico pós-parto.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus gestacional é condição frequente e clinicamente relevante por associar alterações metabólicas maternas a repercussões obstétricas, fetais, neonatais e futuras. A evidência analisada sustenta abordagem organizada desde a primeira consulta pré-natal, com rastreamento universal, diferenciação entre DMG e diabetes manifesto e realização do TOTG de 75 g entre 24 e 28 semanas quando indicado.

O tratamento deve iniciar-se após o diagnóstico, combinando terapia nutricional individualizada, atividade física quando segura e automonitorização. Quando as metas não são atingidas após período inicial de intervenção não farmacológica, a insulinoterapia permanece a primeira escolha farmacológica segundo a diretriz brasileira. O controle glicêmico deve ser integrado à avaliação do crescimento fetal e às condições obstétricas, sem transformar o diagnóstico de DMG em indicação automática de cesariana.

O cuidado deve prosseguir no puerpério e ao longo da vida. A reclassificação metabólica, o incentivo a hábitos saudáveis e o rastreamento periódico são essenciais diante do risco aumentado de diabetes tipo 2. No contexto brasileiro, ampliar o acesso ao diagnóstico, à monitorização, ao acompanhamento nutricional e ao seguimento pós-parto continua sendo prioridade assistencial.

Conclui-se que o maior impacto clínico depende da continuidade da linha de cuidado: rastrear, diagnosticar corretamente, tratar precocemente, monitorar mãe e feto, planejar o parto de acordo com critérios obstétricos e manter vigilância metabólica após a gestação. Essa sequência oferece a melhor oportunidade de reduzir desfechos adversos imediatos e risco cardiometabólico futuro.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Durante a elaboração deste manuscrito, foi utilizada ferramenta de inteligência artificial generativa (ChatGPT, OpenAI) como recurso de apoio à organização e estruturação textual, revisão linguística e aprimoramento da apresentação do trabalho. A seleção e conferência das fontes, a avaliação das informações científicas, a interpretação do conteúdo e a aprovação da versão final permaneceram sob responsabilidade da autora, que assume integral responsabilidade pela precisão, originalidade e integridade do manuscrito.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstetrics & Gynecology, v. 131, n. 2, p. e49–e64, 2018. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002501.

2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care, v. 48, supl. 1, p. S306–S320, 2025. DOI: 10.2337/dc25-S015.

3. BELLAMY, L.; CASAS, J. P.; HINGORANI, A. D.; WILLIAMS, D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, v. 373, n. 9677, p. 1773–1779, 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60731-5.

4. BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 103 p. ISBN 978-65-5993-130-9. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/patrocinadores/20210377-Livro-Cuidados-obstetricos-1.pdf. Acesso em: 25 ago. 2026.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. ISBN 978-65-5993-312-9. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 25 ago. 2026.

6. CATALANO, P. M.; SHANKAR, K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. BMJ, v. 356, p. j1, 2017. DOI: 10.1136/bmj.j1.

7. CROWTHER, C. A.; HILLER, J. E.; MOSS, J. R.; MCPHEE, A. J.; JEFFRIES, W. S.; ROBINSON, J. S. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. New England Journal of Medicine, v. 352, n. 24, p. 2477–2486, 2005. DOI: 10.1056/NEJMoa042973.

8. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. São Paulo: FEBRASGO, 2019. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/noticia/tratamento-do-diabetes-mellitus-gestacional-no-brasil/. Acesso em: 25 ago. 2026.

9. FEIG, D. S.; BERGER, H.; DONOVAN, L.; GODBOUT, A.; KADER, T.; KEELY, E.; SANGHERA, R. Diabetes and pregnancy. Canadian Journal of Diabetes, v. 42, supl. 1, p. S255–S282, 2018. DOI: 10.1016/j.jcjd.2017.10.038.

10. HAPO STUDY COOPERATIVE RESEARCH GROUP. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. New England Journal of Medicine, v. 358, n. 19, p. 1991–2002, 2008. DOI: 10.1056/NEJMoa0707943.

11. INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS CONSENSUS PANEL. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care, v. 33, n. 3, p. 676–682, 2010. DOI: 10.2337/dc09-1848.

12. LANDON, M. B. *et al.* A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. New England Journal of Medicine, v. 361, n. 14, p. 1339–1348, 2009. DOI: 10.1056/NEJMoa0902430.

13. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2017. 36 p.

14. PLOWS, J. F.; STANLEY, J. L.; BAKER, P. N.; REYNOLDS, C. M.; VICKERS, M. H. The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. International Journal of Molecular Sciences, v. 19, n. 11, art. 3342, 2018. DOI: 10.3390/ijms19113342.

15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Edição 2025. São Paulo: SBD, 2025. DOI: 10.29327/5660187. ISBN 978-65-272-1932-3. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/. Acesso em: 25 ago. 2026.

16. ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C.; DUALIB, P.; GOLBERT, A.; NEGRATO, C.; BERTOLUCI, M. Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. DOI: 10.29327/557753.2022-12. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/planejamento-metas-e-monitorizacao-do-tratamento-do-diabetes-durante-a-gestacao/. Acesso em: 25 ago. 2026.

17. ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C. F. S.; DUALIB, P. M.; GOLBERT, A.; MOISÉS, E. C. D.; CALDERON, I. M. P.; MATTAR, R.; FRANCISCO, R. P. V.; NEGRATO, C. A.; BERTOLUCI, M. Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. DOI: 10.29327/557753.2022-11. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-diagnostico-da-hiperglicemia-na-gestacao/. Acesso em: 25 ago. 2026.

18. ZAJDENVERG, L.; DUALIB, P. M.; FAÇANHA, C. F.; GOLBERT, A.; NEGRATO, C. A. Tratamento farmacológico do diabetes na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização de 11 jul. 2024. DOI: 10.29327/557753.2022-13. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-farmacologico-do-dm2-e-dmg-na-gestacao/. Acesso em: 25 ago. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.