

FATORES DE RISCO E TRATAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL

RISK FACTORS AND TREATMENT OF GESTATIONAL DIABETES

FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Ana Paula Alves dos Santos¹
Jeyslane Francisco dos Santos²
Joelson Bispo dos Santos³
Marcilene da Silva Oliveira⁴
Halline Cardoso Jurema⁵

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo compreender os fatores de risco e tratamento do diabetes gestacional, onde a diabetes gestacional é uma desordem metabólica que ocorre durante a gravidez devido às alterações hormonais que causam resistência à insulina, levando a níveis elevados de glicose no sangue. Embora geralmente desapareça após o parto, essa condição pode estar associada a complicações graves, como pré-eclâmpsia, parto prematuro, macrosomia fetal e maior risco de diabetes tipo 2 no futuro para mãe e filho. Este estudo foi de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, focando na revisão bibliográfica sobre os fatores de risco e tratamentos do diabetes gestacional. A pesquisa utilizou fontes secundárias de dados, como artigos científicos, livros, diretrizes clínicas e estudos epidemiológicos previamente publicados. Conclui-se que o tratamento inclui mudanças no estilo de vida, como uma dieta equilibrada e exercícios físicos, além de medicamentos ou insulina, quando necessário. A detecção precoce e o acompanhamento contínuo são fundamentais para uma gravidez segura.

5190

Palavras-chave: Diabetes gestacional. Insulina. Glicose.

ABSTRACT: This study aims to understand the risk factors and treatment of gestational diabetes, where gestational diabetes is a metabolic disorder that occurs during pregnancy due to hormonal changes that cause insulin resistance, leading to high blood glucose levels. Although it usually disappears after delivery, this condition can be associated with serious complications, such as preeclampsia, premature birth, fetal macrosomia and increased risk of type 2 diabetes in the future for mother and child. This study was descriptive in nature, with a quantitative and qualitative approach, focusing on the literature review on the risk factors and treatments of gestational diabetes. The research used secondary data sources, such as scientific articles, books, clinical guidelines and previously published epidemiological studies. It is concluded that treatment includes lifestyle changes, such as a balanced diet and physical exercise, in addition to medications or insulin, when necessary. Early detection and continuous monitoring are essential for a safe pregnancy.

Keywords: Gestational diabetes. Insulin. Glucose.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem, pelo Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

² Graduanda do curso de Enfermagem, pelo Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

³ Graduando do curso de Enfermagem, pelo Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

⁴ Graduanda do curso de Enfermagem, pelo Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

⁵ Orientadora. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo comprender los factores de riesgo y el tratamiento de la diabetes gestacional, donde la diabetes gestacional es un trastorno metabólico que ocurre durante el embarazo debido a cambios hormonales que causan resistencia a la insulina, lo que lleva a niveles altos de glucosa en sangre. Aunque generalmente desaparece después del parto, esta condición puede estar asociada con complicaciones graves, como preeclampsia, parto prematuro, macrosomía fetal y mayor riesgo de diabetes tipo 2 en el futuro para la madre y el niño. Este estudio fue de naturaleza descriptiva, con un enfoque cuantitativo y cualitativo, enfocándose en la revisión de la literatura sobre los factores de riesgo y tratamientos de la diabetes gestacional. La investigación utilizó fuentes de datos secundarios, como artículos científicos, libros, guías clínicas y estudios epidemiológicos previamente publicados. Se concluye que el tratamiento incluye cambios en el estilo de vida, como una dieta balanceada y ejercicio físico, además de medicamentos o insulina, cuando sea necesario. La detección temprana y el monitoreo continuo son esenciales para un embarazo seguro.

Palabras clave: Diabetes gestacional. Insulina. Glucosa.

INTRODUÇÃO

Conforme Vale (2018) o diabetes constitui um grave problema de saúde pública pela sua alta frequência na população, atribuídos pelas suas complicações, alta taxa de mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e diminuição da qualidade de vida. Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento do diabetes, o problema é que vários estudos apontam um baixo seguimento pelos pacientes diante da dieta ideal e recomendada pelos profissionais de saúde.

5191

Durante o período gestacional existem mudanças fisiológicas variáveis no corpo da mulher, como também endócrinas e metabólicas, sendo necessárias alterações nutricionais. O ganho do peso durante o período da gravidez pode acarretar o risco de diabetes, afetando a saúde do feto, por isso o estado nutricional da gestante é importante para que tenha uma gestação saudável.

Ao longo da gestação todas as mulheres estão sujeitas a uma inadequação nutricional, seja pelo crescimento de energia, nutrientes micro e macro e outros que ocorrem durante o período, sendo os seus hábitos alimentares o fator principal do seu estado nutricional, sendo assim as decisões no período da gravidez, podem ajudar ou prejudicar o desenvolvimento do feto e a sua evolução.

A maioria das gestações não ocorre, mas em algumas mulheres grávidas, a doença pode desenvolver ou piorar uma condição existente. Essas gestações que requerem atenção especial são chamadas de gestações de alto risco e podem ser classificadas de acordo com características individuais e condições sociodemográficas adversas, como a baixa escolaridade, idade inferior

a dezessete e superior a trinta e cinco, altura entre um metro e um metro 45 cm, peso inferior a 45 kg e superior a 75 kg, história reprodutiva anterior, como morte perinatal, aborto espontâneo ou nascimentos múltiplos, doenças hipertensivas; distúrbios obstétricos da gravidez atual, como parto prematuro, desenvolvimento uterino, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Complicações clínicas como infecção, diabetes, doença cardíaca, doença renal (Ferreira et al., 2021).

De acordo com Costa et al., (2015) o perfil da glicemia observada durante a gravidez é de hipoglicemia de jejum, a hiperglicemia pós-prandial e aumento da produção de insulina. Sob a influência dos hormônios, glicose e aminoácidos são armazenados principalmente para constituir as necessidades energéticas do feto. A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) está diretamente relacionada à ação insuficiente do pâncreas na produção e liberação de insulina, dificultando o transporte da glicose para dentro das células; ou ambos.

Complementa Pehrson et al., (2024) geralmente, a DMG ocorre na 26^a semana de gestação, quando a placenta produz mais hormônios diabetogênicos (prolactina placentária humana, estrogênio, progesterona, prolactina). A ineficiência do pâncreas durante a gravidez é devido à influência hormonal.

O hormônio lactogênio placentário humano (HPL) pode ser citado como o principal adversário da ação da insulina. A maior fração do hormônio HPL produzido pela placenta é liberada na corrente sanguínea da mãe e durante a gravidez sua concentração aumenta cerca de mil vezes. É normal que as células beta do pâncreas sofrem de hiperplasia durante esta fase da gravidez devido aos efeitos da progesterona e dos estrogênios. O mecanismo é desconhecido, mas o pâncreas trespassa a secretar quantidades muito maiores de insulina (Reginatto et al., 2016).

5192

O metabolismo das grávidas muitas vezes muda a partir da 26^a semana de gravidez, as concentrações de HDL aumentaram enquanto a sensibilidade à insulina diminuiu. Neste momento, as alterações metabólicas contribuem para o aparecimento do DMG. O feto usa aproximadamente 6 mg / kg / min de glicose. Para recompensar, o corpo da mãe promove a quebra da gordura, ou seja, quebra a gordura para obter energia. O triacilglicerol é metabolizado em glicerol e ácidos graxos. A energia obtida dos ácidos graxos é a acetil coenzima Alguns dos quais são convertidos em acetoacetato e beta hidroxibutirato (Silva, 2020).

O primeiro composto de descarboxilação forma acetona. Os resíduos de acetona na corrente sanguínea servem como fonte de energia, especialmente no coração e no músculo esquelético. A acetona volátil é removida pelos pulmões porque contém uma enzima que

transforma o ácido acetoacético e o ácido beta-hidroxibutírico em acetil-CoA. Outras opções: A compensação para o corpo inclui uma redução na glicose plasmática materna e na gliconeogênese. É a produção de glucose a partir dos aminoácidos, lactato e glicerol.

A escolha deste tema é pertinente considerando o crescimento da prevalência de DMG em mulheres grávidas, devido a fatores como a idade materna mais avançada, aumento dos índices de obesidade e sedentarismo, e outros fatores associados ao estilo de vida contemporâneo. Esses fatores de risco são particularmente preocupantes em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a falta de acesso adequado a cuidados pré-natais de qualidade pode agravar ainda mais as complicações decorrentes dessa condição.

Sendo assim, o objetivo da pesquisa foi entender os fatores de risco associados ao diabetes gestacional e abordagens para o tratamento eficaz.

MÉTODOS

Este estudo foi de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, focando na revisão bibliográfica sobre os fatores de risco e tratamentos do diabetes gestacional. A pesquisa utilizou fontes secundárias de dados, como artigos científicos, livros, diretrizes clínicas e estudos epidemiológicos previamente publicados.

5193

Foram incluídos estudos e publicações que abordavam especificamente o diabetes gestacional, identificando fatores de risco e tratamentos. Foram aceitos artigos publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês ou espanhol, disponíveis em bases de dados científicas confiáveis, tais como PubMed, SciELO, LILACS e BVS. Também foram considerados estudos realizados com mulheres grávidas, bem como diretrizes clínicas e revisões sistemáticas que apresentavam dados relevantes sobre o tema. Estudos que tratavam exclusivamente de outros tipos de diabetes, artigos fora do período estabelecido, publicações que não apresentavam metodologias claras ou cujos dados não eram passíveis de comparação com o tema em estudo foram excluídos. Além disso, artigos duplicados e textos que não estavam disponíveis integralmente foram desconsiderados.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica em bases de dados científicas e em literatura acadêmica relevante. Foi utilizada uma estratégia de busca com palavras-chave como "diabetes gestacional", "fatores de risco", "tratamento" e "complicações obstétricas". Os dados obtidos nos artigos selecionados foram organizados em uma planilha de

análise, onde foram categorizados conforme os fatores de risco descritos, tipos de tratamento e resultados clínicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo Batista et al., (2021) a DMG é caracterizado como uma intolerância aos carboidratos de variados graus, diagnosticada pela primeira vez na gestação e que pode persistir ou não após o parto, onde estima-se que aproximadamente 7% das gestações apresentem complicações decorrentes da DMG, totalizando mais de 200 mil casos anuais, um índice relevante que exige atenção devido aos riscos para a gestante e o feto, tornando-se o desenvolvimento dessa condição está associado ao aumento de hormônios contrarreguladores da insulina, como lactogênio placentário, cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina, influenciados pelas mudanças fisiológicas da gravidez, além de fatores genéticos e ambientais.

De acordo com Souza, Iser e Malta (2023) a DMG afeta aproximadamente 25% das gestantes mundialmente, sendo seus principais fatores de risco a baixa estatura <150 cm, histórico familiar de diabetes, idade superior a 25 anos, uso de fármacos hiperglicemiantes, obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação, corticoterapia, antecedentes obstétricos adversos como morte fetal, macrosomia, malformações e polidrâmnio.

5194

De acordo com Araújo e Paiva (2022) na década de 1960, o diagnóstico de diabetes gestacional baseava-se principalmente em achados clínicos e glicosúria, métodos imprecisos que geravam divergências, porém o marco ocorreu em 1964, quando O'Sullivan e Mahan estabeleceram os primeiros critérios estatisticamente validados, utilizando uma prova de tolerância à glicose oral - PTGO com 100g e definindo como diagnósticos valores acima de 2 desvios padrão da média em 752 gestantes, originalmente desenvolvidos para prever risco futuro de diabetes, esses critérios foram adaptados em 1979 pelo *National Diabetes Data Group* para dosagem em plasma, aumentando os limites em 14%.

O diagnóstico, baseado no teste de tolerância à glicose (75g) entre 24^a–28^a semanas, e o tratamento prioritário com terapia nutricional e exercícios moderados de 77% de eficácia são essenciais para reduzir desfechos adversos, onde a educação em saúde e acompanhamento multiprofissional são estratégias fundamentais, visto que 88% das gestantes desconhecem a DMG e suas implicações (Araújo; Campos, 2020).

Um estudo baseado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, Souza, Iser e Malta (2023) dizem que com 1.851 mulheres que tiveram filhos nos dois anos anteriores à pesquisa,

revelou que 97,3% realizaram exame de sangue durante o pré-natal, enquanto 5,9% relataram diagnóstico DMG, com prevalência ajustada de DMG foi de 6,6% com intervalo de confiança de 95% entre 5,0 e 8,5, e variou conforme a idade, sendo maior em mulheres com 25 anos ou mais, razão de prevalência igual a 2,75, e raça, sendo menor entre brancas, razão de prevalência igual a 0,5, mas apesar de 92,9% das gestantes com DMG terem recebido orientações sobre os riscos da doença, apenas 16,1% foram encaminhadas a especialistas. O início precoce do pré-natal, média de 8,28 semanas em gestantes com DMG contra 11,67 semanas sem DMG, $p < 0,001$, destacou-se como fator relevante para o manejo da condição

O estudo de Queiroz e Souza (2016) teve como objetivo avaliar o estado nutricional de portadoras DMG, associando-o com variáveis demográficas, socioeconômicas, obstétricas e clínicas, onde a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com gestantes em um ambulatório de pré-natal. Participaram do estudo 50 mulheres, com idade média de $32,8 \pm 5,6$ anos, das quais 26% estavam no segundo trimestre de gestação e 74% no terceiro.

Como resultado, a maioria das gestantes eram não brancas, casadas ou em união estável, com escolaridade superior a 9 anos, sem atividades remuneradas e com renda familiar inferior a dois salários mínimos, onde o índice de massa corporal (IMC) gestacional revelou que 88% das gestantes apresentavam excesso de peso e com o teste de tolerância à glicose (TOTG) elevado aos 120 minutos, assim foi detectado excesso de peso antes e durante a gestação, embora esse fator não tenha sido associado diretamente com outros fatores de risco para a incidência de DMG (Queiroz; Souza, 2016).

5195

Estudo de Ribeiro et al., (2023) dizem que a equipe de saúde no manejo da DMG, desde o acolhimento até o pós-parto, enfatizando que a inclusão da paciente nas decisões terapêuticas aumenta a satisfação e a qualidade de vida, pois a necessidade de uma abordagem multidisciplinar humanizada, com estratégias integradas para garantir assistência de qualidade. O tratamento do DMG visa reduzir complicações como macrosomia fetal, pré-eclâmpsia e cesarianas, iniciando-se com ajustes dietéticos e atividade física supervisionada, pois quando essas medidas não são suficientes, a insulinoterapia é indicada, embora seu protocolo exija personalização conforme perfil étnico, grau de hiperglicemia e comorbidades, sob rigorosa avaliação médica

O tratamento da DMG consolidou-se em três pilares: terapia nutricional, exercício físico e farmacoterapia. Inicialmente, restrições severas de carboidratos de 8-10% do valor calórico total eram comuns, mas recomendações atuais preconizam 35-50%, preferindo-se

carboidratos de baixo índice glicêmico, onde a insulina permanece como primeira linha farmacológica, com análogos modernos comprovadamente seguros. Antidiabéticos orais, como metformina e glibenclamida, demonstraram segurança e eficácia comparáveis à insulina. Apesar da passagem placentária, não associaram a exposição intrauterina à metformina com obesidade infantil ou alterações metabólicas adversas. Pesquisas de longo prazo ainda são necessárias para esclarecer impactos na prole (Araújo; Paiva, 2022).

O manejo do DMG visa reduzir eventos adversos perinatais, combinando estratégias não farmacológicas como orientação nutricional individualizada e atividade física, e farmacológicas. Quando o controle glicêmico não é alcançado após duas semanas de terapia nutricional, a insulina é recomendada como primeira linha de tratamento, devido à sua segurança e baixa passagem placentária. A posologia deve ser individualizada, podendo incluir esquemas de múltiplas injeções ou uso pontual em refeições com hiperglicemia persistente. Alternativamente, a metformina pode ser considerada quando a insulinoterapia é inviável, embora seja contraindicada em casos de restrição de crescimento fetal, doença renal materna ou percentil fetal inferior a 50. Fatores como idade materna superior a 35 anos, obesidade e diagnóstico precoce de DMG aumentam o risco de hiperglicemia pós-parto e complicações fetais, incluindo macrosomia, risco de traumas neonatais, distúrbios metabólicos e respiratórios (Santos, 2022).

5196

Os principais fatores de risco para a diabetes incluem idade avançada, histórico familiar de diabetes tipo 2 em parentes de primeiro grau, síndrome de ovário policístico, baixa estatura, sobrepeso e ganho de peso excessivo durante a gestação. A terapia nutricional é essencial no manejo da Diabetes Mellitus Gestacional. Considerando a avaliação Hábitos alimentares, excesso de alimentos, características regionais, situação clínica, além de socioeconômica e cultural (Moterle, 2024).

O tratamento adequado e as medidas de prevenção devem garantir uma gestação saudável. O DG geralmente desaparece após o parto, mas pode trazer riscos importantes durante a gravidez, como a macrosomia fetal (bebê com peso elevado), parto prematuro e complicações metabólicas no recém-nascido. Assim, é essencial entender os fatores de risco, o tratamento e as formas de prevenção para lidar com essa condição.

Diversos fatores aumentam a probabilidade de desenvolver DG. Entre eles, o histórico familiar de diabetes tipo 2 é um dos mais relevantes, especialmente se houver parentes de primeiro grau afetados pela doença. Além disso, a idade materna avançada, particularmente

acima dos 35 anos, contribui para a maior propensão ao DG, pois o metabolismo tende a ser menos eficiente (Borges; Nascimento; Neves, 2024).

De acordo com Santos et al., (2024) o sobrepeso e a obesidade são outros fatores de risco importantes. Mulheres com índice de massa corporal (IMC) elevado têm maior resistência à insulina, dificultando o controle glicêmico durante a gestação, além disso, a síndrome do ovário policístico (SOP) também está associada ao aumento do risco, uma vez que essa condição afeta o equilíbrio hormonal e a sensibilidade à insulina. Outros fatores incluem histórico de DMG em gravidezes anteriores, gestação múltipla e histórico de macrosomia fetal, todos indicando maior predisposição ao DMG.

Segundo o Ministério da Saúde (2020), os cuidados na saúde gestacional englobam o acompanhamento pré-natal, com isso deve ser iniciado assim que a gravidez for confirmada (até o primeiro trimestre de gravidez). Durante esse acompanhamento, são realizadas avaliações clínicas, exames laboratoriais que são fundamentais para a detecção precoce de possíveis complicações, além disso, orientações sobre alimentação, atividade física e saúde mental são essenciais para uma gestação saudável, onde as consultas regulares permitem a identificação de fatores de risco, como hipertensão, diabetes gestacional e infecções.

O tratamento do DMG é focado no controle dos níveis de glicose no sangue e na redução de possíveis complicações, onde o acompanhamento médico regular é essencial, com consultas frequentes para monitorar tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do bebê. Uma das principais abordagens terapêuticas envolve a adoção de uma dieta balanceada, controlando o consumo de carboidratos, especialmente aqueles de alto índice glicêmico. Alimentos integrais, proteínas magras e gorduras saudáveis devem fazer parte do cardápio, enquanto alimentos ricos em açúcares e altamente processados devem ser evitados. Além disso, a atividade física regular desempenha um papel fundamental no tratamento. Exercícios leves, como caminhadas, ajudam a melhorar a sensibilidade à insulina e a manter o controle glicêmico (Moura; Brati; Brun, 2021).

O monitoramento da glicose no sangue é uma prática importante durante a gestação. Geralmente, a medição dos níveis de glicose é realizada várias vezes ao dia, tanto em jejum quanto após as refeições, permitindo ajustes no tratamento. Se dieta e exercícios não forem suficientes para controlar os níveis de glicose, o médico pode prescrever o uso de insulina ou outros medicamentos. A insulina é segura durante a gravidez e eficaz para manter os níveis de glicose dentro dos padrões recomendados. Além disso, o monitoramento fetal é necessário para garantir o desenvolvimento adequado do bebê e evitar complicações como macrosomia e

hipoglicemia neonatal. Exames de ultrassonografia e acompanhamento dos batimentos cardíacos fetais são indicados para garantir a saúde do bebê (Gomes, 2023).

A prevenção do DMG passa pela adoção de hábitos saudáveis, tanto antes quanto durante a gravidez. Manter um peso saudável antes da concepção é uma das principais formas de reduzir o risco de desenvolver a condição. O controle do peso é essencial, visto que a obesidade e o sobrepeso são grandes fatores de risco.

Uma dieta equilibrada, rica em frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras, também é importante na prevenção do DMG. Além disso, a prática regular de exercícios físicos antes e durante a gestação contribui para a melhora da sensibilidade à insulina e para a prevenção do ganho excessivo de peso. Mulheres que possuem condições pré-existentes, como a síndrome do ovário policístico ou resistência à insulina, devem buscar tratamento e controle adequados antes de engravidar. O planejamento da gravidez é para mulheres que já tiveram DMG ou que possuem outros fatores de risco, permitindo o controle glicêmico e a adoção de hábitos preventivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DMG é uma condição de relevância significativa na saúde pública, dada sua associação com complicações maternas e fetais. Este trabalho buscou abordar os principais fatores de risco e as estratégias de tratamento, destacando a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado para reduzir os desfechos adversos.

5198

Os fatores de risco mais comuns incluem idade materna avançada, sobrepeso ou obesidade, histórico familiar de diabetes, SOP e ganho excessivo de peso durante a gestação. A identificação desses fatores permite uma abordagem preventiva mais direcionada, especialmente por meio de orientações nutricionais e incentivo à prática de atividade física antes e durante a gravidez.

Quanto ao tratamento, a terapia nutricional e o controle glicêmico são a base do manejo, sendo a dieta equilibrada e a prática de exercícios físicos moderados essenciais para a maioria das gestantes. Em casos em que as medidas não farmacológicas não são suficientes, a insulinoterapia surge como opção segura e eficaz. Novas pesquisas também apontam para o possível uso de metformina, embora seu emprego ainda exija cautela e acompanhamento rigoroso.

Além disso, o acompanhamento pós-parto é crucial, uma vez que mulheres com DG apresentam maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 no futuro. Programas de prevenção e educação em saúde devem ser incentivados para promover hábitos de vida saudáveis a longo prazo.

Em conclusão, o diabetes gestacional é uma condição multifatorial que exige atenção interdisciplinar e individualizada. Investir em estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado pode melhorar significativamente os desfechos maternos e neonatais, reduzindo os impactos negativos a curto e longo prazo. Futuros estudos podem explorar novas abordagens terapêuticas e políticas públicas mais eficientes para o rastreamento e acompanhamento dessas pacientes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B.; PAIVA, S. Diabetes gestacional: evolução dos critérios de diagnóstico e terapêutica. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 17, n. 2, p. 47-53, 2022.

ARAUJO, Andressa Mesquita Motta; NUNES, Edna Mara Aguiar; PITANGA, Glória Maria Alves. The importance of nutrition in the treatment of Gestational Diabetes Mellitus: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 15, p. e517111537263, 2022.

DOI: 10.33448/rsd-v11i15.37263.

Disponível

em:

5199

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37263>. Acesso em: 9 jun. 2025.

ARAÚJO, Ângela Cristina Labanca; CAMPOS, Rachel Rezende. **Rede de atenção: saúde da mulher**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da mulher: bases programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 45-62.

BATISTA, Mikael Henrique Jesus et al. Diabetes Gestacional: origem, prevenção e riscos. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 1981-1995, 2021.

COSTA, Rosiana Carvalho et al. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 131-140, 2015.

FERREIRA, Paula Caroline Fernandes et al. Diabetes gestacional: revisão de literatura Gestational diabetes: literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 111367-111372, 2021.

GOMES, Carla Bezerra. Assistência farmacêutica na diabetes mellitus gestacional. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 398-411, 2023.

MOTERLE, Aline et al. Terapia nutricional no diabetes mellitus gestacional: uma revisão. **Revista Perspectiva**, v. 48, n. 181, p. 101-109, 2024.

MOURA, Alana; BRATI, Luiza Proença; BRUN, Sandra Martini. Tratamento para o diabetes mellitus gestacional: uma revisão de literatura. **Revista GepesVida**, v. 7, n. 16, 2021.

QUEIROZ, Pedrita Mirella Albuquerque; SOUZA, Natália Mayara Menezes de; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo. Perfil nutricional e fatores associados em mulheres com diabetes gestacional. **Nutr. clín. diet. hosp**, p. 96-102, 2016.

PEHRSON, Victoria Barbosa et al. Diabetes gestacional. **Caminhos da Clínica**, n. 3, 2024.

PRATES, Isabela Garrido et al. Diabetes mellitus gestacional. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 2, p. e78561-e78561, 2025.

REGINATTO, Cleiton Jonei et al. Impacto do diabetes mellitus gestacional sobre a massa placentária humana. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 1, 2016.

RIBEIRO, Grasiella et al. Diabetes gestacional: aspectos relacionados ao diagnóstico, risco e tratamento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e294111638457-e294111638457, 2022.

SANTOS, Rayana Nayra Gonçalves et al. A terapia nutricional e sua importância no tratamento do diabetes mellitus. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 10, p. e9480-e9480, 2024.

SANTOS, Pedro Miguel. **Diabetes Gestacional**. 2022. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa (Portugal).

SILVA, Thayane Laís da. **Diabetes mellitus: prevalência no Brasil, fatores de risco, prevenção e suas complicações**. 2020

SOUZA, Cláudia Meurer; ISER, Betine Moehlecke; MALTA, Deborah Carvalho. Diabetes gestacional autorreferido-uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e31030043, 2023.

5200

VALE, B. T. Diabetes Mellitus um problema de saúde pública. **Rev Saúde Foco [Internet]**, v. 9, p. 779-83, 2018.