

Edição XX

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 17

DIABETES GESTACIONAL

ALICE BARROS COELHO¹
GABRIELLA CARLOS FERNANDES¹
MARIA FERNANDA DOS SANTOS GUIMARÃES¹
NAYLA FERNANDA DE OLIVEIRA TANUS²

1. Discente – Medicina na Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS – BH).
2. Médica – Graduada em Medicina pela Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS – BH).

Palavras-Chaves: Diabetes Gestacional; Gravidez de Alto Risco; Resistência Insulínica.

EPIDEMIOLOGIA

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é reconhecido como uma das complicações endócrino-metabólicas mais comuns da gestação, definida como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro diagnóstico durante a gravidez. Nas últimas décadas, a prevalência dessa condição tem aumentado de forma significativa, em paralelo ao crescimento global da obesidade, do diabetes tipo 2 e do envelhecimento materno. Em países desenvolvidos, estudos populacionais apontam prevalências superiores a 15%, principalmente após a adoção dos critérios da *International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG), o que evidencia que o DMG se tornou uma questão de saúde pública de abrangência mundial (GRAY *et al.*, 2018).

Estima-se que a prevalência global varie entre 7 e 14% das gestações, dependendo dos métodos de rastreamento empregados e das características da população estudada. No Brasil, estudos multicêntricos sugerem prevalência em torno de 10%, com variações regionais influenciadas por fatores sociodemográficos, nutricionais e étnicos. A heterogeneidade dos critérios diagnósticos ao longo do tempo também contribuiu para discrepâncias na literatura, reforçando a necessidade de padronização internacional para melhor comparabilidade entre estudos e definição de políticas públicas adequadas (GODINHO *et al.*, 2023).

Determinados grupos populacionais apresentam risco mais elevado de desenvolver DMG. Entre os principais fatores epidemiológicos, destacam-se a idade materna acima de 30 anos e a obesidade pré-gestacional, condições que têm se tornado cada vez mais frequentes devido às mudanças de estilo de vida e ao adiamento da maternidade. Além disso, há maior predisposição em determinadas etnias, como

afrodescendentes, indígenas americanas, asiáticas e hispânicas, que demonstram prevalências consistentemente mais altas quando comparadas a mulheres brancas em estudos multicêntricos internacionais (LANGER, 2018).

O sobrepeso e a obesidade representam fatores-chave para a expansão do DMG. Mulheres com índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² apresentam risco até quatro vezes maior para o desenvolvimento da doença. Esse dado torna-se particularmente preocupante diante da epidemia global de obesidade, afetando inclusive mulheres em idade fértil. Do ponto de vista epidemiológico, o aumento do IMC pré-gestacional não apenas eleva o risco de DMG, mas também está associado a piores desfechos obstétricos, como macrosomia, maior taxa de cesariana e complicações neonatais imediatas (LANGER, 2018).

Outro aspecto relevante é a disparidade no rastreamento e acompanhamento entre diferentes populações. Mulheres em contextos de baixa escolaridade, menor renda e acesso limitado aos serviços de saúde apresentam taxas reduzidas de diagnóstico e tratamento adequados. Esses fatores contribuem para o subdiagnóstico, perpetuando desigualdades em saúde materno-infantil. Além disso, há impacto direto no prognóstico a longo prazo, uma vez que até 50% das mulheres diagnosticadas com DMG evoluem para diabetes tipo 2 em até 10 anos após o parto, aumentando o risco de morbimortalidade cardiovascular futura (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

Do ponto de vista global, a epidemiologia do DMG reflete a transição nutricional e epidemiológica em curso. Em países de baixa e média renda, a coexistência de má nutrição em fases precoces da vida com ganho excessivo de peso na idade adulta tem favorecido o aumento da incidência da doença. Nesse contexto, a Or-

ganização Mundial da Saúde (OMS) e entidades internacionais de ginecologia e obstetrícia vêm reforçando a necessidade de protocolos universais de rastreamento, com início precoce no pré-natal, como medida essencial para reduzir as complicações associadas (GRAY *et al.*, 2018).

Portanto, o DMG configura-se como uma condição em franca expansão epidemiológica, marcada por variações regionais, forte associação a fatores metabólicos e elevada carga de complicações imediatas e tardias. Essa realidade justifica a intensificação de esforços para rastreamento, prevenção e acompanhamento de mulheres em risco, reconhecendo o DMG não apenas como complicação obstétrica aguda, mas também como importante marcador de risco para doenças metabólicas crônicas futuras (GODINHO *et al.*, 2023).

Etiologia

A etiologia do DMG é multifatorial e envolve a interação complexa entre fatores genéticos, ambientais, metabólicos e hormonais. Durante a gestação, o corpo materno passa por adaptações fisiológicas que garantem o crescimento fetal, incluindo aumento progressivo da resistência periférica à insulina. Em mulheres suscetíveis, essa resistência não é compensada adequadamente pelo pâncreas, resultando em hiperglicemia. Assim, o DMG reflete tanto predisposição individual quanto a resposta desregulada às alterações metabólicas próprias da gravidez (GRAY *et al.*, 2018).

Os fatores genéticos desempenham papel importante na suscetibilidade ao DMG. Diversos estudos identificaram polimorfismos associados à função das células beta pancreáticas e à resistência insulínica, semelhantes aos observados no diabetes tipo 2. Genes como o TCF7L2 e variantes ligadas à secreção de insulina têm sido associados ao risco aumentado de

desenvolver a doença. Além disso, o histórico familiar de diabetes tipo 2 é reconhecido como um dos principais fatores de risco, evidenciando a herança poligênica que contribui para a etiologia do DMG (GODINHO *et al.*, 2023).

Do ponto de vista fisiológico, a gestação é caracterizada por um estado de resistência insulínica progressiva, mediada por hormônios placentários como o lactogênio placentário humano, o cortisol, o estrogênio e a progesterona. Esses hormônios, essenciais para o desenvolvimento fetal, induzem um ambiente de maior disponibilidade de glicose para o feto, mas ao mesmo tempo sobrecarregam a capacidade materna de secreção de insulina. Quando a reserva pancreática não é suficiente para compensar esse aumento da resistência, instala-se o quadro de DMG (LANGER, 2018).

A obesidade materna é outro fator central na etiologia. O excesso de tecido adiposo leva à liberação de adipocinas inflamatórias, como o TNF-alfa, que intensificam a resistência insulínica. Além disso, o ambiente pró-inflamatório sistêmico característico da obesidade contribui para disfunção endotelial e alterações metabólicas que aumentam a probabilidade de hiperglicemia gestacional. Esse elo entre obesidade e DMG explica, em parte, a expansão da doença em escala global, acompanhando a epidemia de sobrepeso nas mulheres em idade fértil (LANGER, 2018).

Outro componente etiológico relevante é a influência ambiental e comportamental. Dieta inadequada, sedentarismo e ganho de peso excessivo durante a gestação favorecem o desequilíbrio metabólico e aceleram o aparecimento da intolerância à glicose. Em contraste, estudos demonstram que mulheres que adotam padrões alimentares balanceados e prática regular de atividade física têm risco reduzido de desenvolver DMG, mesmo quando apresentam predisposição genética ou história familiar da doença (GODINHO *et al.*, 2023).

Aspectos imunológicos também têm sido investigados. Embora o DMG não seja classicamente uma doença autoimune como o diabetes tipo 1, alterações na resposta inflamatória da gravidez, mediadas por citocinas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias, podem modular a sensibilidade insulínica materna. Esse desequilíbrio, somado à ação dos hormônios placentários, cria um ambiente propício para o surgimento do distúrbio glicêmico durante a gestação (GRAY *et al.*, 2018).

Portanto, a etiologia do DMG resulta da soma de múltiplos fatores que interagem entre si: predisposição genética, alterações hormonais fisiológicas da gravidez, obesidade, estilo de vida e desregulação imunometabólica. Essa complexidade etiológica explica tanto a heterogeneidade clínica da doença quanto as dificuldades em estabelecer estratégias universais de prevenção. O reconhecimento desses elementos permite não apenas compreender a fisiopatologia do DMG, mas também delinear intervenções direcionadas para populações de maior risco (GODINHO *et al.*, 2023).

Sinais e sintomas

O DMG caracteriza-se, na maioria dos casos, como uma condição assintomática, sendo identificado principalmente durante o rastreamento laboratorial de rotina. A ausência de sinais clínicos específicos é explicada pelo fato de que as alterações glicêmicas tendem a ser leves ou moderadas, diferentemente do diabetes tipo 1 ou tipo 2 não controlados, que frequentemente cursam com manifestações clínicas evidentes. Essa característica torna o rastreamento universal ou baseado em fatores de risco fundamental para a detecção precoce, já que depender apenas de sintomas poderia resultar em um número significativo de diagnósticos perdidos (GODINHO *et al.*, 2023).

Quando sintomas ocorrem, eles podem ser semelhantes aos do diabetes mellitus tipo 2, incluindo polidipsia, poliúria, polifagia e fadiga. No entanto, esses sinais muitas vezes se confundem com mudanças fisiológicas próprias da gravidez. Por exemplo, a necessidade frequente de urinar pode ser consequência da compressão vesical pelo útero gravídico, dificultando a diferenciação da poliúria patológica. De maneira semelhante, a fadiga é uma queixa comum da gestação, mas, quando exacerbada, pode estar relacionada a hiperglicemia persistente. Essa sobreposição entre sintomas fisiológicos e patológicos representa um desafio clínico, reforçando a baixa especificidade dos sinais para fins diagnósticos (GRAY *et al.*, 2018).

Além dos sintomas clássicos do diabetes, outras manifestações podem surgir como consequência das complicações associadas ao DMG. O ganho de peso materno acima do esperado para a idade gestacional, a hipertensão arterial gestacional e a pré-eclâmpsia são exemplos de condições que frequentemente coexistem com o distúrbio glicêmico. Entre os achados obstétricos, destaca-se o polidrâmnio, que pode ser identificado por ultrassonografia e está diretamente relacionado ao excesso de glicose no sangue materno, o que aumenta a diurese fetal e, por consequência, o volume do líquido amniótico. Esse achado deve sempre levantar suspeita clínica de DMG (LANGER, 2018).

Do ponto de vista fetal, os sinais podem ser indiretos, mas constituem pistas importantes para a investigação da glicemia materna. A macrosomia fetal é o achado mais característico, definida como peso estimado acima do percentil 90 para a idade gestacional. Outros parâmetros frequentemente observados incluem aumento da circunferência abdominal e alterações no crescimento assimétrico. Essas manifestações decorrem do excesso de glicose transferida

pela placenta, que estimula a secreção de insulina fetal e promove acúmulo de gordura corporal. Por isso, a ultrassonografia de rotina pode revelar indícios de DMG ainda não diagnosticado (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

Algumas mulheres também podem relatar sintomas menos específicos, como visão turva, cefaleia recorrente ou maior suscetibilidade a infecções urinárias e vaginais. A hiperglicemia favorece o crescimento de microrganismos, especialmente fungos do gênero *Candida*, tornando as candidíases de repetição um achado clínico que deve motivar a investigação laboratorial. Embora esses sinais não sejam patognômicos, quando associados a fatores de risco como obesidade ou histórico familiar de diabetes, reforçam a necessidade de monitoramento intensivo (GODINHO *et al.*, 2023).

O impacto subjetivo da percepção dos sintomas também merece destaque. Estudos qualitativos indicam que algumas mulheres diagnosticadas com DMG relatam sensação de fraqueza, fome excessiva, sede aumentada e, sobretudo, preocupação com o bem-estar do bebê. Entretanto, como esses sintomas são frequentemente atribuídos ao “curso normal” da gestação, acabam sendo minimizados, tanto pelas próprias gestantes quanto pelos profissionais de saúde. Essa minimização pode atrasar a procura por avaliação médica e dificultar a adesão ao tratamento, além de influenciar negativamente a confiança no sistema de saúde (EDWELL & JACK, 2016).

Portanto, o DMG é caracterizado predominantemente por um curso clínico silencioso, no qual sinais e sintomas clássicos do diabetes aparecem de forma discreta ou são confundidos com queixas fisiológicas da gestação. A inespecificidade clínica reforça a importância de protocolos de rastreamento sistematizados e da atenção multiprofissional durante o pré-natal,

garantindo que manifestações sutis sejam corretamente interpretadas e que tanto a mãe quanto o feto recebam o acompanhamento necessário (GODINHO *et al.*, 2023).

Diagnóstico

O diagnóstico do DMG representa um dos principais desafios na prática obstétrica, dado o caráter assintomático da doença e a sobreposição de manifestações clínicas com as alterações fisiológicas da gravidez. Por esse motivo, a detecção depende fortemente da aplicação de protocolos laboratoriais padronizados, capazes de identificar a intolerância à glicose de forma precoce, permitindo a intervenção antes do surgimento de complicações materno-fetais (GODINHO *et al.*, 2023).

Historicamente, diferentes critérios foram propostos para definir o DMG, refletindo a evolução do conhecimento sobre os riscos metabólicos na gestação. Atualmente, as diretrizes mais utilizadas derivam do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO), que estabeleceu associações entre níveis de glicemia materna e desfechos neonatais adversos, como macrosomia, hipoglicemia neonatal e parto cesáreo. A partir desses dados, a *International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG) sugeriu pontos de corte que foram posteriormente incorporados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conferindo maior uniformidade ao diagnóstico em nível global (GRAY *et al.*, 2018).

O exame mais amplamente utilizado é o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose, realizado entre a 24^a e a 28^a semana de gestação. O protocolo prevê a aferição da glicemia em jejum, após 1 hora e após 2 horas da sobrecarga. O diagnóstico de DMG é confirmado quando ao menos um dos valores estiver acima dos pontos de corte: jejum ≥ 92 mg/dL, 1 hora ≥ 180 mg/dL ou 2 horas

≥ 153 mg/dL. Essa estratégia permite identificar casos precoces e reduzir o risco de complicações obstétricas, sendo considerada padrão-ouro em muitos países, inclusive no Brasil (GODINHO *et al.*, 2023).

Algumas diretrizes, como as do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), ainda recomendam a chamada abordagem em “duas etapas”. Nesse modelo, realiza-se primeiramente um teste de triagem com 50 g de glicose, medindo-se a glicemia após 1 hora. Caso o valor seja ≥ 140 mg/dL, a paciente é submetida ao TOTG com 100 g de glicose em três horas. Embora esse método seja amplamente utilizado nos Estados Unidos, ele apresenta maior complexidade logística e maior número de visitas necessárias, o que pode impactar a adesão em populações de baixa renda (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

Além da glicemia, exames complementares podem contribuir para a avaliação clínica. A hemoglobina glicada (HbA1c), embora não seja recomendada isoladamente para diagnóstico de DMG, pode auxiliar na identificação de hiperglicemia crônica e no rastreamento precoce de diabetes pré-existente não diagnosticado antes da gestação. Em contrapartida, sua interpretação deve ser cautelosa, uma vez que alterações fisiológicas na eritropoiese durante a gravidez podem influenciar seus valores (LANGER, 2018).

A ultrassonografia obstétrica desempenha papel complementar no diagnóstico indireto do DMG. Alterações como macrosomia fetal, polidrâmnio ou aumento da circunferência abdominal fetal são indicativos de possível descompensação glicêmica materna. Apesar de não substituir os testes laboratoriais, esses achados reforçam a necessidade de investigação imediata e servem como ferramenta de monitoramento da eficácia terapêutica (GODINHO *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante é a identificação de fatores de risco, que orientam a realização de rastreamento precoce ainda no primeiro trimestre. Entre eles estão: idade materna acima de 25-30 anos, obesidade, ganho de peso excessivo durante a gestação, histórico familiar de diabetes tipo 2, antecedentes obstétricos de macrosomia ou óbito fetal e diagnóstico prévio de DMG. Nesses casos, recomenda-se a realização de glicemia de jejum já na primeira consulta do pré-natal, permitindo distinguir entre diabetes pré-existente e DMG (GRAY *et al.*, 2018).

Apesar dos avanços nos critérios diagnósticos, ainda existe controvérsia quanto à uniformização global das recomendações. A utilização de diferentes protocolos entre países, e até entre instituições dentro de um mesmo país, pode levar a variações significativas nas taxas de prevalência. Isso ressalta a importância da padronização e da adaptação dos métodos diagnósticos às realidades locais, considerando fatores socioeconômicos, disponibilidade de recursos e perfil epidemiológico da população atendida (EDWELL & JACK, 2016).

Por fim, deve-se destacar que o diagnóstico do DMG não termina no parto. A monitorização glicêmica no puerpério é crucial para identificar mulheres que permanecem com intolerância à glicose ou que evoluíram para diabetes tipo 2. As recomendações internacionais sugerem a repetição do TOTG entre 6 e 12 semanas após o parto. No entanto, a adesão a esse acompanhamento é frequentemente baixa, constituindo um dos principais gargalos na prevenção secundária do diabetes (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

Tratamento

O tratamento do DMG tem como objetivo principal manter os níveis glicêmicos dentro de uma faixa considerada segura, prevenindo complicações para a mãe e para o feto. Essa abordagem exige uma combinação de estratégias que

vão desde modificações no estilo de vida até, quando necessário, terapias farmacológicas. A individualização do cuidado é fundamental, uma vez que a resposta ao tratamento varia conforme fatores clínicos, metabólicos e sociais de cada gestante (GODINHO *et al.*, 2023).

A base do tratamento é a terapia nutricional, considerada a primeira linha de intervenção. O plano alimentar deve ser elaborado por nutricionista especializado, levando em conta as necessidades energéticas da gestante, o ganho de peso recomendado e a manutenção da euglicemia. Recomenda-se fracionar as refeições em três principais e dois a três lanches intermediários, priorizando alimentos ricos em fibras, proteínas magras e carboidratos complexos de baixo índice glicêmico. Essa estratégia visa evitar picos pós-prandiais de glicemia, que estão diretamente relacionados a complicações como macrosomia fetal (LANGER, 2018).

O controle do ganho de peso gestacional também é peça-chave no manejo do DMG. O excesso de peso durante a gravidez aumenta o risco de resistência insulínica e complica o controle metabólico. A orientação deve seguir as recomendações do *Institute of Medicine*, que estipula metas específicas de ganho ponderal de acordo com o IMC pré-gestacional. O monitoramento contínuo desse parâmetro no pré-natal é essencial para a avaliação da eficácia do plano terapêutico (GRAY *et al.*, 2018).

A atividade física supervisionada é outro pilar fundamental do tratamento. Exercícios aeróbicos moderados, como caminhada, hidroginástica e bicicleta ergométrica, realizados de forma regular e sob orientação médica, contribuem para a melhora da sensibilidade à insulina e para o controle do peso. A prática deve ser adaptada às condições clínicas da gestante, respeitando contraindicações obstétricas como ameaça de parto prematuro ou sangramento vaginal. Evidências demonstram que a inclusão de ativi-

dade física reduz significativamente a necessidade de tratamento farmacológico (GODINHO *et al.*, 2023).

Quando medidas não farmacológicas se mostram insuficientes, a insulinoterapia é a opção de escolha, considerada o padrão-ouro no tratamento farmacológico do DMG. A insulina não atravessa a barreira placentária, sendo segura para o feto. O esquema deve ser individualizado de acordo com os níveis de glicemia capilar e o perfil metabólico da paciente. Insulinas de ação rápida, como a lispro e a aspart, são frequentemente utilizadas para controle pós-prandial, enquanto insulinas de ação intermediária, como a NPH, podem ser empregadas para controle basal (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

O uso de antidiabéticos orais em gestantes ainda é um tema de debate. Drogas como a metformina e a glibenclamida têm sido estudadas e, em alguns contextos, utilizadas como alternativa à insulina, especialmente em países de baixa e média renda. No entanto, a segurança fetal a longo prazo ainda não é totalmente estabelecida, o que faz com que a insulina continue sendo preferida pela maioria das diretrizes internacionais. O uso dessas medicações deve ser considerado apenas em situações específicas, sob criteriosa avaliação de riscos e benefícios (EDWELL & JACK, 2016).

O monitoramento glicêmico domiciliar é fundamental para avaliar a eficácia do tratamento. Recomenda-se a realização de quatro a sete medições diárias, incluindo glicemia em jejum e pós-prandial. Esse acompanhamento permite ajustes dinâmicos no plano terapêutico e maior autonomia da gestante em relação ao seu cuidado. Além disso, favorece a adesão ao tratamento ao tornar perceptível a relação entre hábitos alimentares, prática de exercícios e níveis glicêmicos (GODINHO *et al.*, 2023).

O tratamento do DMG deve envolver uma abordagem multiprofissional, integrando obste-

tras, endocrinologistas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Essa integração garante que não apenas os aspectos metabólicos sejam controlados, mas também as dimensões emocionais e sociais da gestação com DMG sejam contempladas. O apoio psicológico é especialmente relevante, visto que muitas gestantes relatam ansiedade e medo em relação ao diagnóstico, ao uso de insulina e às possíveis repercussões para o bebê (GRAY *et al.*, 2018).

Outro ponto crucial do manejo é o planejamento do parto. O controle glicêmico próximo ao termo gestacional influencia diretamente nas decisões obstétricas. Gestantes com bom controle metabólico podem ter parto vaginal programado, enquanto casos de macrosomia, descompensação glicêmica ou outras complicações associadas podem indicar a necessidade de parto cesáreo. O acompanhamento intensivo durante o trabalho de parto, com monitoramento glicêmico rigoroso, reduz riscos neonatais de hipoglicemia e desconforto respiratório (LANGER, 2018).

Por fim, o puerpério representa um momento crítico no tratamento do DMG. A maioria das mulheres retorna à normoglicemia após o parto, mas existe risco elevado de evolução para diabetes tipo 2 ao longo da vida. Assim, recomenda-se a realização do teste oral de tolerância à glicose entre 6 e 12 semanas após o parto, além da adoção de medidas preventivas de estilo de vida. O acompanhamento continuado permite não apenas a manutenção da saúde materna, mas também a prevenção de complicações em gestações futuras (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

Prognóstico

O prognóstico do DMG é determinado pela interação de fatores maternos, fetais e ambientais, e deve ser entendido não apenas como uma condição transitória da gravidez, mas como um

marcador de risco metabólico a longo prazo. Estudos apontam que mulheres com DMG apresentam risco significativamente maior de desenvolver diabetes tipo 2 nos anos seguintes ao parto, especialmente quando persistem fatores como obesidade prévia, ganho de peso excessivo durante a gestação e histórico familiar de diabetes. Além disso, a condição reflete uma falha na adaptação fisiológica da gravidez, na qual a resistência à insulina materna ultrapassa a capacidade de secreção pancreática, predispondo essas mulheres a doenças crônicas futuras. Assim, a detecção do DMG oferece uma oportunidade de intervenção precoce, permitindo a implementação de mudanças no estilo de vida e estratégias preventivas já no período pós-parto (GODINHO *et al.*, 2023).

O impacto do DMG na saúde da prole também é relevante no prognóstico. A exposição intrauterina à hiperglicemia está associada a maior risco de macrosomia fetal, distúrbios metabólicos neonatais, e elevação da probabilidade de obesidade e resistência insulínica na infância e adolescência. Esses achados refletem um processo de programação fetal, no qual alterações hormonais e metabólicas durante o desenvolvimento intrauterino influenciam a saúde metabólica ao longo da vida. Portanto, mesmo após a resolução da hiperglicemia materna com o parto, o acompanhamento de longo prazo da criança é essencial para reduzir os impactos intergeracionais da doença (GODINHO *et al.*, 2023).

O seguimento pós-parto desempenha papel crucial no desfecho prognóstico. Apesar das recomendações de rastreamento com teste oral de tolerância à glicose entre 6 e 12 semanas após o parto, diversos estudos relatam baixa adesão a esse protocolo, o que retarda a detecção de diabetes persistente ou intolerância à glicose. Essa lacuna assistencial decorre de fatores logísticos,

falta de percepção de risco pelas pacientes e falhas no sistema de saúde, que frequentemente não integra o cuidado obstétrico ao acompanhamento de longo prazo. Estratégias para melhorar esse cenário incluem educação em saúde durante o pré-natal, agendamento antecipado dos exames e orientação multidisciplinar, elementos que têm mostrado eficácia em elevar as taxas de rastreamento e melhorar o prognóstico materno (ROSENBLOOM *et al.*, 2016).

Outro ponto importante no prognóstico é a alta taxa de recorrência do DMG em gestações futuras, associada principalmente a fatores como sobrepeso, obesidade, resistência à insulina e história de DMG prévio. Intervenções no intervalo intergestacional, como manutenção de peso saudável, alimentação equilibrada e prática de atividade física, podem reduzir significativamente esse risco, além de prevenir a progressão para diabetes tipo 2. Assim, o DMG deve ser considerado uma condição sentinela, que

sinaliza a necessidade de acompanhamento preventivo e educação em saúde, contribuindo para um ciclo reprodutivo mais saudável e com menor morbidade (GODINHO *et al.*, 2023).

Por fim, mulheres com histórico de DMG apresentam risco elevado de desenvolver complicações cardiovasculares e síndrome metabólica ao longo da vida. Esse risco se deve à persistência de fatores como resistência à insulina, inflamação crônica de baixo grau e disfunção endotelial, frequentemente observados já na gravidez. A implementação de estratégias de prevenção secundária — que incluem acompanhamento clínico regular, mudanças no estilo de vida e uso criterioso de terapias farmacológicas quando indicado — é fundamental para modificar a trajetória natural da doença. Dessa forma, o DMG deve ser encarado não como uma condição resolvida com o parto, mas como uma oportunidade de intervenção precoce na saúde cardiometabólica feminina (GRAY *et al.*, 2018; LANGER 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EDWELL, J. & JACK, J. Gestational Diabetes Testing, Narrative, and Medical Distrust. *Journal of Bioethical Inquiry*, v. 14, n. 1, p. 53–63, 2016. Doi: 10.1007/s11673-016-9762-9.

GODINHO, B.V. *et al.* Diabetes Mellitus Gestacional: Fisiopatologia, fatores de risco e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 4, p. 13859–13870, 2023. Doi: 10.34117/bjdv9n4-090.

GRAY, S. G. *et al.* Changing environment of hyperglycemia in pregnancy: Gestational diabetes and diabetes mellitus in pregnancy. *Journal of Diabetes*, v. 10, n. 8, p. 633–640, 2018. Doi: 10.1111/1753-0407.12660.

GRAY, S. G. *et al.* The emerging role of metformin in gestational diabetes mellitus. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, v. 19, n. 6, p. 765–772, 2017. Doi: 10.1111/dom.12893.

LANGER, O. Prevention of obesity and diabetes in pregnancy: is it an impossible dream? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 218, n. 6, p. 581–589, 2018. Doi: 10.1016/j.ajog.2018.03.014.

ROSENBLOOM, J.I. & BLANCHARD, M.H. Compliance with Postpartum Diabetes Screening Recommendations for Patients with Gestational Diabetes. *Journal of Women's Health*, v. 27, n. 4, p. 498–502, 2018. Doi: 10.1089/jwh.2017.6477.