UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA- ILACVN
CURSO DE MEDICINA

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL COLABORATIVO: RELATO DE CASO

LETÍCIA BARBOZA ZAGO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Foz do Iguaçu
2025

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

LETÍCIA BARBOZA ZAGO

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL COLABORATIVO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Goncalves Dias

Foz do Iguaçu
2025

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

LETÍCIA BARBOZA ZAGO

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL COLABORATIVO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Goncalves Dias

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Gonçalves Dias
UNILA

_____

Prof. Dra. Tatiana Consciencia Rebelo Costa

_____

Prof. Dra. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Letícia Barboza Zago
Curso: Medicina
Documento de identificação: RG 50.907.190-9
E-mail: leticiazago2008@hotmail.com
Fone: 18 997345890

Tipo de Documento

(X) Graduação
(...) Especialização
(...) Mestrado
(...) Doutorado

(...) Artigo
(X) Trabalho de conclusão de curso
(...) Monografia
(...) Dissertação
(...) Tese
(...) CD/DVD – Obras audiovisual

Título do trabalho acadêmico: Diabetes Mellitus Gestacional em trabalho multiprofissional colaborativo: Relato de Caso

Nome do orientador: Regina Maria Goncalves Dias
Data da Defesa: ____/____/_____

Licença não exclusiva de Distribuição
O referido autor(a):

A. Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
B. Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA - Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino Americana BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do responsável

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

RESUMO

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) se desenvolve quando a função das células beta pancreáticas é insuficiente para superar a resistência à insulina associada ao estado gestacional e que a hiperglicemia foi detectada pela primeira vez nessa fase. O objetivo deste relato é descrever o caso clínico de uma paciente usuária o Sistema Único de Saúde (SUS) em que foi feito o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional durante as primeiras consultas do pré natal, entretanto foi de complexo manejo na Atenção Primária em Saúde (APS), sendo necessário a colaboração multiprofissional e referência para o serviço especializado para cuidado compartilhado. A metodologia utilizada foi um estudo observacional do tipo descritivo em que foram analisados o prontuário da paciente durante o pré-natal e puerpério tanto das consultas da equipe da Unidade de Saúde, Equipe multiprofissional e Atenção especializada. Com esse relato foi observado como a colaboração entre APS e a rede especializada de saúde foram fundamentais e eficazes para o controle glicêmico, acompanhamento e tratamento da paciente, minimizando os riscos maternos e fetais. Visto que com o diagnóstico precoce e início do tratamento adequado, a gestante e o feto não tiveram complicações a curto prazo.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Gestacional. Cuidado Pré-natal. Atenção primária à saúde. Equipe multiprofissional. Rastreamento.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

ABSTRACT

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) develops when pancreatic beta cell function is insufficient to overcome insulin resistance associated with the gestational state and hyperglycemia was first detected at this stage. The objective of this report is to describe the clinical case of a patient using the Unified Health System (SUS) in which the diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus was made during the first prenatal consultations, however it was complex to manage in Primary Health Care (PHC), requiring multidisciplinary collaboration and referral to the specialized service for shared care. The methodology used was an observational descriptive study in which the patient's medical records during prenatal and postpartum care were analyzed, both from consultations with the Health Unit team, multidisciplinary team and specialized care. With this report it was observed how the collaboration between PHC and the specialized health network were fundamental and effective for glycemic control, monitoring and treatment of the patient, minimizing maternal and fetal risks. Since with early diagnosis and initiation of appropriate treatment, the pregnant woman and the fetus did not have any short-term complications.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, Prenatal Care, Primary Health Care, Multidisciplinary Team, Screening.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

RESUMEN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se desarrolla cuando la función de las células beta pancreáticas es insuficiente para superar la resistencia a la insulina asociada con el estado gestacional y la hiperglucemia se detecta por primera vez en esta etapa. El objetivo de este relato es describir el caso clínico de una paciente usuaria del Sistema Único de Salud (SUS) en la cual el diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional fue realizado durante las primeras consultas prenatales, sin embargo fue de complejo manejo en la Atención Primaria de Salud (APS), requiriendo colaboración multidisciplinaria y encaminamiento al servicio especializado para atención compartida. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo observacional en el que se analizaron las historias clínicas de las pacientes durante la atención prenatal y posparto, tanto de las consultas con el equipo de la Unidad de Salud, Equipo Multidisciplinario y Atención Especializada.Este informe mostró cómo la colaboración entre APS y la red de salud especializada fue fundamental y efectiva para el control glucémico, seguimiento y tratamiento del paciente, minimizando los riesgos maternos y fetales. Ya que con un diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento adecuado, la embarazada y el feto no presentaron complicaciones a corto plazo.

Palabras clave: Diabetes Gestacional, Atención Prenatal, Atención Primaria de Salud, Grupo de Atención al Paciente, Tamizaje Masivo.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. DESCRIÇÃO DO CASO 12
3. DISCUSSÃO 20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 24
REFERÊNCIAS 25

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

1. INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus gestacional é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (BRASIL, 2012). Desenvolve-se em mulheres grávidas cuja função das células beta pancreáticas são insuficientes para superar a resistência à insulina associada ao estado de gravidez (DURNWALD, 2024a).

A hiperglicemia é a complicação mais comum durante a gestação. Estima-se que 16,8% dos recém-nascidos vivos tiveram mães com hiperglicemia. Destas, 84% em razão do diabetes mellitus gestacional (DMG), sendo portanto o tipo mais frequente de diabetes encontrado na gravidez. Cerca de 18% das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentam DMG (LIAO et al., 2021). E a tendência é que a prevalência aumente ao longo do tempo devido ao aumento da idade materna média e do IMC, particularmente com o aumento da obesidade (DURNWALD, 2024a).

Os fatores de risco para DMG são variados e têm efeitos aditivos quando vários fatores estão presentes, sendo eles, história pessoal de DMG em gestação anterior, tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum elevada; histórico familiar de 1º grau, de Diabetes; IMC pré gestacional ≥ 30 kg/m2; condições médicas associadas, como Síndrome dos ovários policísticos (SOP); idade materna avançada ≥ 35 anos; nascimento anterior de uma criança ≥ 4.000g (DURNWALD, 2024a).

O diagnóstico de Diabetes mellitus gestacional é feito durante o pré natal por meio do rastreamento com o exame de Glicemia de Jejum ou Teste de tolerância oral à glicose com 75g de glicose (TOTG) entre 24º a 28º semana, sendo que o diagnóstico de DMG deve ser considerado nas gestantes com glicemia plasmática em jejum de 92 a 125 mg/dL em qualquer momento da gestação ou com os seguintes pontos de corte no TOTG: (glicemias em jejum, 1 e 2 horas) ≥ 92 mg/dL; ≥ 180 mg/dL e ≥ 153 mg/dL, respectivamente (ZAJDENVERG *et al.*, 2022).

O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível para minimizar a morbidade materna e neonatal (DURNWALD, 2024b). Inclui terapia nutricional, com aconselhamento nutricional por um nutricionista, monitoramento

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

próprio da glicemia, administração de insulina quando as concentrações alvo de glicose no sangue não forem atingidas com dieta (DURNWALD, 2024b).

A dieta é importante para que se consiga adequado controle glicêmico, cerca de 70 a 85% das pacientes com DMG atingem o controle glicêmico com a terapia nutricional. A princípio se preconiza a ingestão de 1.800 a 2.200 kcal por dia, sempre levando em consideração o IMC da paciente e também o trimestre da gestação no qual ela se encontra e que essas calorias sejam fracionadas em 6 refeições, sendo elas, café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

Já os exercícios físicos aumentam a sensibilidade periférica à insulina e o consumo de glicose, sendo importantes para o controle glicêmico. Orienta-se caminhada de 30 minutos, três vezes por semana, hidroginástica ou prática de exercícios resistidos, sendo importante a supervisão de profissional habilitado nessas atividades e desde que não tenha contra indicações (BARROS *et al*., 2010).

Além da mudança do estilo de vida, é crucial a monitorização da glicemia para identificar quais alimentos têm maior influência sobre os níveis glicêmicos, melhorar a aderência ao tratamento com dieta e insulina, sendo necessário de 4 a 7 aferições diárias. É considerado um tratamento adequado quando pelo menos 70% das glicemias atingem a meta, sendo que as metas de glicemias são em jejum de 95 mg/dl, após 1h das refeições glicemia menor que 140 mg/d e após 2h das refeições glicemia menor que 120 mg/dl (ZAJDENVERG, 2023).

Em pacientes com diabetes gestacional, após uma a duas semanas, se o controle glicêmico não estiver adequado, deve-se iniciar terapêutica medicamentosa com Insulina NPH na dose inicial de 0,5 UI /Kg de acordo com o peso atual da paciente. A dose total diária será fracionada em três aplicações ao dia, sendo metade antes do café da manhã, um quarto antes do almoço e o restante, um quarto, às 22h. Após o início da insulina deve-se manter o controle glicêmico e a partir dele orientar a necessidade de ajuste da dose de insulina NPH (FERNANDES, 2018).

Atentando se para o fato de que sempre que as medidas da glicemia de jejum estiverem anormais, deve se incluir a aferição dos valores glicêmicos da madrugada às 3h da manhã (FERNANDES, 2018). Assim sendo, o cuidado da gestante com Diabetes mellitus gestacional deve ter como objetivo minimizar complicações materno e fetal, como recém-nascido grande para a idade gestacional

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

(GIG) e macrossomia, pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, polidrâmnio, natimortos, morbidade neonatal, desenvolvimento futuro materno de diabetes mellitus e obesidade futura no filho (CAUGHEY, 2024).

Para seguimento no pré natal, pacientes com DMG precisam de avaliação quanto a possíveis lesões de órgãos alvo, presença de malformações fetais com ultrassonografia morfológica e ecocardiograma fetal, monitoramento da vitalidade fetal com dopplervelocimetria e perfil biofísico fetal para avaliar função placentária (GABBE; GRAVES, 2003).

Espera-se que, após o parto, o metabolismo de carboidratos retorne para as condições antes do parto. Porém, sabe-se que o risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2 ou intolerâncias à glicose permanece alto, variando de 3% a 65% (HOD *et al.*, 2015). Assim, preconiza se que todas as mulheres que apresentaram DMG sejam avaliadas seis semanas após o parto, utilizando-se os critérios padronizados para a população de não gestante (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

Considerando a relevância do cuidado da gestante no Pré-natal na Atenção Primária à Saúde e a alta prevalência do DMG no país. É de crucial importância o estudo desse tema para diagnóstico precoce, manejo adequado, acompanhamento multiprofissional e melhora dos desfechos materno-fetais nos casos de pacientes com DMG na Atenção Primária à saúde.

Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma paciente usuária do SUS durante o seu Pré-natal e puerpério, em que foi realizado o diagnóstico de DMG no primeiro trimestre gestacional e como foi o manejo multiprofissional do caso, relacionando o caso com as principais diretrizes da Obstetrícia e do Ministério da Saúde. A metodologia empregada é de um estudo observacional descritivo no qual relata o caso de uma gestante com DMG do SUS, no qual foram utilizados dados do prontuário da paciente.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Este relato de caso tem como objetivo ilustrar o acompanhamento de uma gestante em situação de risco intermediário, conforme a estratificação do Risco da Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná (2022). A paciente J.D.C., uma mulher negra de 35 anos, residente na cidade de Foz do Iguaçu - Paraná, é casada e mãe de dois filhos. Ela possui o ensino médio incompleto e atualmente trabalha como babá. A paciente vive com o esposo e os filhos em uma residência localizada na área urbana de Foz do Iguaçu.

Em setembro de 2023, J.D.C. procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade para iniciar o acompanhamento pré-natal, após um teste rápido de farmácia que indicou resultado positivo para gravidez. Durante a consulta inicial com a enfermeira da unidade, foi realizada a estratificação do risco da gestante, sendo classificada como de risco intermediário devido à sua raça (negra). E como parte do protocolo, foram solicitados exames laboratoriais, incluindo Beta HCG, exames do primeiro trimestre, ultrassonografia obstétrica e sorologias para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, com o objetivo de monitorar e assegurar a saúde tanto da mãe quanto do feto. Além disso, foram observados alguns fatores de risco para DMG, como DMG prévio, obesidade (IMC 35), HAS crônica e raça negra.

A paciente, gestante com idade gestacional de 8 semanas e 5 dias, compareceu à unidade de saúde para retorno e avaliação dos exames laboratoriais do primeiro trimestre. Durante a consulta, foi realizado o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, pois sua glicemia de jejum apresentou um valor de 109 mg/dL, acima do limite de 92 mg/dL e abaixo de 126 mg/dL. Diante do diagnóstico, a equipe médica iniciou o tratamento com mudanças no estilo de vida, incluindo orientações para uma alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos e monitoramento da glicemia capilar (HGT). Além disso, foi programado um retorno em duas semanas e a paciente foi encaminhada para acompanhamento nutricional especializado, visando melhor controle metabólico e orientação alimentar específica para a gestação.

Os exames laboratoriais realizados no primeiro trimestre evidenciaram os seguintes resultados: Beta HCG qualitativo reagente, hemoglobina 12,4 g/dL, hematocrito 37%, leucocitos 9.100/mm³, plaquetas 362.000, TSH 2,62, Anti-HBs reagente, Anti-HBc total não reagente, tipagem sanguínea A e fator Rh positivo. A

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

parcial de urina demonstrou traços de hemoglobina, enquanto a sorologia para toxoplasmose apontou IgG positivo e IgM negativo. Outros exames, como pesquisa de ovos e cistos de parasitas, urocultura e eletroforese de hemoglobina, não apresentaram alterações. Os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C foram não reagentes. A ultrassonografia obstétrica realizada em 09/10/2023 confirmou feto único com idade gestacional de 7 semanas e 2 dias, atividade cardíaca de 150 bpm e a presença de um nódulo miométrio subseroso de 1,4x1,0 cm.

Dando seguimento ao acompanhamento do pré-natal, a gestante compareceu à consulta com 10 semanas e 2 dias para apresentar os registros do controle glicêmico e da pressão arterial. Foi identificado aumento da pressão arterial em mais de uma aferição, com valores variando entre 130/100 mmHg e 150/100 mmHg, ou seja, aumento da pressão arterial antes das 20° semanas, confirmando seu diagnóstico de Hipertensão arterial crônica. Além disso, os controles glicêmicos demonstraram elevação da glicemia, principalmente em jejum e após o café da manhã, com valores chegando a 132 mg/dL em jejum e até 220 mg/dL uma hora após a refeição matinal, conforme quadro 1 e quadro 2 abaixo, ou seja, não atingiu as metas de glicemia em jejum, menor que 95 mg/dl, e após 1h da refeições, menor que 140 mg/dl. Diante desse quadro, foi prescrito Metildopa 250 mg, um comprimido a cada 12 horas, para controle da pressão arterial, mantendo-se também as orientações sobre mudanças no estilo de vida e monitoramento domiciliar da glicemia e da pressão arterial. A paciente manteve a sua estratificação de risco em risco intermediário durante as primeiras duas semanas após o diagnóstico de DMG, já que o tratamento consistia em mudanças do estilo de vida. Além disso, ela foi encaminhada para acompanhamento em serviço multiprofissional especializado e solicitado ultrassonografia obstétrica com Translucência Nucal para melhor avaliação do desenvolvimento fetal.

Quadro 1- Valores de Pressão arterial da paciente aferidas no acolhimento da Unidade de Saúde

Data	Idade gestacional	Pressão Arterial
23/10/2023	9 semanas e 2 dias	130/100 mmHg
30/10/2023	10 semanas e 2 dias	140/90 mmHg

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

30/10/2023	10 semanas e 2 dias	150/100 mmHg

Fonte: Dados do prontuário 2023-2024

Quadro 2 - Controle das Glicemias realizado pela paciente

Jejum	1h após café	antes do almoço	1h após almoço	Antes do jantar	1h após o jantar
115	119	93	**159**	**103**	108
110	118	**98**	113	89	130
132	**220**	**102**	114	**105**	139
113	**140**			**102**	129
132	**145**	93		89	120
131	**152**		125	75	

Fonte: Dados do prontuário 2023-2024

Com Idade Gestacional de 11 semanas e 2 dias, conforme a datação da primeira ultrassonografia, a paciente retornou para nova consulta, apresentando manutenção dos níveis elevados de glicemia em jejum, apesar das mudanças no estilo de vida. Dessa forma, foi indicada insulinoterapia com insulina NPH na dose inicial de 10 UI à noite, com orientações detalhadas sobre sinais de hipoglicemia e a importância do seguimento rigoroso do controle glicêmico. O acompanhamento seguirá com monitoramento contínuo dos níveis glicêmicos e pressóricos, além da adequação do tratamento conforme a evolução do quadro clínico da gestante. Nessa consulta, a paciente foi reclassificada quanto ao risco, sendo agora classificada em Pré Natal de alto risco devido ao uso de insulinoterapia para o DMG.

Durante todo o acompanhamento pré-natal, foi realizado um monitoramento rigoroso da glicemia capilar (HGT) e da pressão arterial, permitindo a adequação do tratamento conforme a evolução do quadro clínico da gestante. Houve necessidade de ajustes progressivos nas doses dos medicamentos, tanto para controle glicêmico quanto para o manejo da hipertensão, sempre com base nos registros diários e nas avaliações médicas. O acompanhamento foi conduzido de forma integrada, de acordo com as necessidades, entre o médico da unidade de saúde e o especialista em Ginecologia e Obstetrícia do pré-natal de alto risco, garantindo uma abordagem

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

abrangente e individualizada para a paciente com a Coordenação do Cuidado pela equipe de Saúde da Família.

Quadro 3 - Valores de Pressão arterial da paciente aferidas no acolhimento da Unidade de Saúde durante tratamento com Metildopa

Idade Gestacional	Pressão arterial
11 semanas e 2 dias	120/ 90 mmHg
13 semanas e 2 dias	110/60 mmHg
16 semanas e 4 dias	120/90 mmHg
19 semanas e 4 dias	120/80 mmHg
23 semanas e 4 dias	120/80 mmHg
24 semanas e 4 dias	130/70 mmHg
30 semanas e 4 dias	120/80 mmHg
32 semanas e 4 dias	120/90 mmHg
34 semanas e 4 dias	120/80 mmHg

Fonte: Dados do prontuário 2023-2024

Os ajustes na insulinoterapia foram realizados de maneira gradual, priorizando a administração de Insulina NPH no período noturno, conforme quadro 4, uma vez que os valores de glicemia alterados ocorriam predominantemente em jejum. A titulação da dose foi feita conforme a resposta da paciente ao tratamento, com o objetivo de alcançar níveis glicêmicos adequados e reduzir o risco de complicações materno-fetais. Além do tratamento medicamentoso, reforçaram-se orientações sobre a importância da adesão ao plano alimentar, da prática de atividades físicas compatíveis com a gestação e do monitoramento contínuo da glicemia para garantir um controle metabólico eficaz.

Quadro 4 - Ajustes medicamentosos durante o pré-natal

Idade Gestacional	Insulina NPH	Metildopa

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

10 semanas e 2 dias		250 mg 12/12h
11 semanas e 2 dias	10 UI a noite	
19 semanas e 4 dias	15 UI a noite	
20 semanas e 4 dias	17 UI a noite	250 mg 8/8h
24 semanas e 4 dias	20 UI a noite	
31 semanas e 5 dias	22 UI a noite	
32 semanas e 4 dias	24 UI a noite	
34 semanas e 5 dias	26 UI a noite	

Fonte: Dados do prontuário 2023 - 2024

No segundo trimestre da gestação, foram solicitados novos exames laboratoriais, testes rápidos e ultrassonografia morfológica para avaliação da saúde materno-fetal. Os exames foram coletados com IG de 18 semanas e 4 dias e não apresentaram alterações patológicas, demonstrando um quadro clínico estável da gestante até o momento.

Os resultados laboratoriais indicaram exames de rotina dentro da normalidade, com exame de urina tipo 1 (EAS) sem alterações, VDRL não reagente, hemoglobina de 11,8 g/dL e hematócrito de 36,1%, sugerindo adequada reserva de ferro. A contagem de leucócitos foi de 8.500/mm³ e a de plaquetas, 316.000/mm³, ambos dentro dos parâmetros esperados para o período gestacional. A sorologia para toxoplasmose manteve o perfil de IgG positivo e IgM negativo, indicando imunidade prévia e ausência de infecção ativa. A pesquisa de ovos e cistos de parasitas foi negativa, e a urocultura não evidenciou crescimento de microrganismos, afastando infecção urinária. Os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C permaneceram não reagentes. A ultrassonografia morfológica, realizada com idade gestacional de 22 semanas e 6 dias, demonstrou adequado desenvolvimento fetal, sem a presença de malformações estruturais evidentes na avaliação do momento. A biometria fetal estava compatível com a idade gestacional estimada, e os parâmetros anatômicos analisados estavam dentro da normalidade.

No terceiro trimestre de gestação, a gestante deu continuidade ao acompanhamento no pré-natal de alto risco, onde foi solicitada uma ultrassonografia Doppler para avaliação fetal, além da realização de uma rotina específica de

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

monitoramento para Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), devido ao aumento esporádico da pressão arterial e à presença de edema em membros inferiores. A paciente não relatou outros sintomas sugestivos de complicações mais graves, como cefaléia intensa, epigastralgia ou escotomas visuais, sinais clássicos que poderiam indicar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia é uma condição hipertensiva da gestação que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associada a proteinúria e/ou disfunção de órgãos-alvo. Ela pode levar a complicações graves, como insuficiência renal, encefalopatia, restrição de crescimento fetal e, em casos mais severos, evolução para eclâmpsia, que envolve a presença de convulsões associadas à hipertensão e à disfunção orgânica. A eclâmpsia é uma emergência obstétrica e requer manejo imediato, com a administração de medicamentos anticonvulsivantes (como sulfato de magnésio), controle rigoroso da pressão arterial e, em casos graves, interrupção precoce da gestação.

No caso desta gestante, os exames laboratoriais de rotina, coletados em 05/04/2024 (Idade gestacional de 32 semanas e 6 dias), não apresentaram alterações significativas. Os resultados de hemoglobina (Hb 11,7 g/dL) e hematócrito (Ht 36,8%) estavam dentro dos limites esperados, sugerindo um bom estado nutricional e nenhuma evidência de anemia. A contagem de leucócitos (7.700/mm³) e plaquetas (362.000/mm³) estavam dentro dos parâmetros normais, e o exame de urina tipo 1 (EAS) não revelou alterações significativas, assim como a urocultura, que não evidenciou o crescimento de microrganismos. A pesquisa de Streptococcus do grupo B também foi negativa, reduzindo o risco de infecção neonatal. Os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C foram todos não reagentes, confirmando a ausência de infecções transmissíveis.

A rotina de DHEG foi complementada com testes laboratoriais adicionais, que apresentaram os seguintes resultados: bilirrubina total de 0,37 mg/dL, bilirrubina direta de 0,06 mg/dL e bilirrubina indireta de 0,31 mg/dL, parâmetros normais que indicam ausência de disfunção hepática. Os níveis de desidrogenase láctica (LDH) estavam dentro dos limites de referência (153,9 U/L), enquanto as enzimas hepáticas TGO e TGP estavam normais (16,9 U/L e 10,9 U/L, respectivamente), descartando lesão hepática significativa. A creatinina urinária foi de 34 mg/dL, e a proteína urinária foi de 12 mg/dL, o que sugere a ausência de proteinúria significativa, um dos principais critérios para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

contagem de plaquetas, apesar de um leve aumento (307.000/mm³), ainda estava dentro do intervalo normal, o que indica que não havia trombocitopenia , uma condição que pode ocorrer em casos graves de pré-eclâmpsia.

Com esses resultados e a ausência de sinais clínicos sugestivos de complicações graves, o manejo da gestante continuou sendo realizado com monitoramento contínuo da pressão arterial, exames laboratoriais periódicos e ultrassonografia para acompanhamento do crescimento fetal. Caso houvesse qualquer alteração nos exames ou no quadro clínico da paciente, seriam adotadas intervenções adicionais, conforme os protocolos de manejo da DHEG e para prevenir possíveis complicações associadas.

A gestante iniciou o trabalho de parto espontâneo na idade gestacional de 37 semanas e 1 dia, em 12/05/2024, com evolução clínica monitorada de perto em leito de maternidade da cidade, considerando seu histórico de hipertensão gestacional e Diabetes Mellitus Gestacional. Ao final de todo o acompanhamento no pré-natal, a paciente estava em uso de Metildopa 250 mg a cada 8 horas para controle da pressão arterial, além de Insulina NPH 26 UI administradas no período noturno, visando o controle glicêmico adequado. Essas medicações foram ajustadas ao longo da gestação para garantir o equilíbrio entre a pressão arterial e os níveis glicêmicos, prevenindo complicações.

Durante o trabalho de parto, não houve intercorrências clínicas significativas. A pressão arterial foi monitorada regularmente, e a glicemia também foi acompanhada, com os níveis mantidos dentro dos limites recomendados para evitar riscos de hiperglicemia ou hipoglicemia durante o processo. Não foram observados sinais de pré-eclâmpsia, e a evolução do parto ocorreu de forma tranquila. A paciente não apresentou queixas ou complicações adicionais, como dor abdominal intensa, cefaléia ou alterações visuais, que poderiam sugerir o desenvolvimento de complicações graves.

A recomendação, segundo a Associação Americana de Diabetes, para o seguimento do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) após o parto inclui a realização de exames laboratoriais, como glicemia em jejum, TOTG com 75g de glicose (exame padrão ouro), entre 6 e 12 semanas do pós-parto, para avaliar se a gestante desenvolve resistência insulínica ou persistência de hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018; BRASIL, 2019). Após 6 semanas do puerpério, os exames realizados na paciente deste caso indicaram uma glicose de jejum de 81

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

mg/dL e uma hemoglobina glicada de 6,1%, valores que estão dentro dos limites normais e sugerem que a paciente não desenvolveu diabetes tipo 2 no curto prazo. Esses resultados indicam uma boa resposta ao manejo glicêmico realizado durante a gestação, sem sinais de descompensação pós-parto.

Em decorrência disso, a paciente interrompeu o uso de insulina imediatamente após o parto, uma vez que os níveis glicêmicos estavam adequados. No entanto, devido ao histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica, ela continuou com o uso de captopril 25 mg, administrado a cada 12 horas, para o controle da pressão arterial, já que a hipertensão é uma condição crônica que exige monitoramento e tratamento contínuo. A gestante foi orientada sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e do seguimento regular da pressão arterial, além de ser incentivada a manter um estilo de vida saudável, com dieta balanceada e prática regular de exercícios físicos, para prevenir complicações futuras.

Além do acompanhamento regular no pré-natal de alto risco, a paciente recebeu suporte contínuo de uma equipe multidisciplinar, que incluiu nutricionista e fisioterapeuta, profissionais essenciais no manejo do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O nutricionista foi fundamental para a elaboração de um plano alimentar personalizado, ajustado às necessidades nutricionais da gestante, com foco no controle glicêmico. Ele orientou a paciente sobre a escolha adequada de alimentos, o controle de carboidratos e a distribuição das refeições, o que contribuiu para a estabilização dos níveis de glicose e prevenção de picos glicêmicos.

Simultaneamente, o fisioterapeuta desempenhou um papel importante na promoção de um estilo de vida saudável, com a orientação para a prática regular de exercícios físicos, essenciais para melhorar a sensibilidade à insulina e o controle da glicemia. Além disso, a fisioterapia ajudou a gestante a prevenir complicações musculoesqueléticas, melhorar a circulação e otimizar o bem-estar geral, além de orientá-la sobre a execução de atividades físicas seguras durante a gestação. O apoio integrado dessas especialidades foi determinante para os resultados favoráveis no controle do DMG e na evolução positiva do quadro clínico da paciente, assegurando uma gestação mais saudável e sem intercorrências graves.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

3. DISCUSSÃO

O caso apresentado demonstra a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na identificação precoce e no manejo adequado do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O diagnóstico oportuno e o acompanhamento adequado são fundamentais para minimizar complicações materno-fetais.

No presente relato, o diagnóstico foi estabelecido com base no resultado da glicemia de jejum, realizada no primeiro trimestre do pré-natal. Conforme a recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes (Classe I, Nível B), de 2025, é indicado que, na primeira consulta pré-natal de gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus (DM), seja solicitada a glicemia plasmática de jejum. O principal objetivo desse exame é identificar casos de diabetes prévio (overt diabetes) e detectar precocemente o diabetes mellitus gestacional (DMG) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

Além do diagnóstico, é fundamental identificar os fatores de risco para o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), pois eles influenciam tanto a abordagem clínica quanto a prevenção de complicações. No caso desta paciente, observou-se a presença de múltiplos fatores predisponentes, incluindo histórico prévio de DMG, hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica e obesidade. Esses elementos aumentam significativamente o risco de recorrência do DMG e estão associados a desfechos materno-fetais adversos, como macrossomia fetal, parto prematuro e maior probabilidade de desenvolvimento de diabetes tipo 2 no pós-parto. Dessa forma, a identificação precoce desses fatores na Atenção Primária à Saúde (APS) permite uma abordagem preventiva e personalizada, contribuindo para um melhor controle glicêmico e redução de complicações.

A conduta adotada para o manejo deste caso foi adequada e baseada nas melhores práticas recomendadas (DURNWALD, 2024. Após o diagnóstico, a paciente iniciou o tratamento com foco em mudanças no estilo de vida, que incluíram uma alimentação balanceada e a prática regular de atividade física. Além disso, foi realizado o monitoramento da glicemia capilar (HGT) por duas semanas, a fim de avaliar a resposta inicial ao tratamento. No entanto, devido à falha terapêutica observada, foi necessário iniciar a insulinoterapia para garantir o controle glicêmico adequado. A paciente também passou a ser acompanhada em um serviço de alto risco concomitante com a Estratégia de Saúde da Família, garantindo um

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

monitoramento contínuo e o suporte necessário para minimizar complicações (PARANÁ, 2022).

Ao analisar os controles glicêmicos, foi observada uma alteração significativa, especialmente na glicemia de jejum. Diante disso, a conduta indicada seria a solicitação de glicemia durante a madrugada, a fim de distinguir os picos de hiperglicemia causados pelo Fenômeno do Alvorecer ou pelo Efeito Somogyi (FERNANDES, 2018). Esses dois fenômenos apresentam mecanismos fisiológicos distintos e, portanto, demandam abordagens terapêuticas específicas para um manejo eficaz do controle glicêmico. No entanto, a literatura sobre esses mecanismos na gravidez é limitada, uma vez que as variações hormonais durante a gestação podem influenciar de maneira significativa a resposta glicêmica, tornando a diferenciação e o tratamento mais desafiadores (MANDUJANO, 2013).

O tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional deve ser baseado em mudanças no estilo de vida, acompanhamento multidisciplinar contínuo e, quando necessário, o uso de terapia medicamentosa, sendo a insulinoterapia a primeira linha de tratamento medicamentoso (DURNWALD, 2024). Neste caso, inicialmente, a paciente recebeu orientações sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física. No entanto, devido à falha no controle glicêmico, foi necessário iniciar a insulinoterapia para alcançar um controle adequado dos níveis de glicose.

A importância da insulina no tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional é fundamental, pois ela permite um controle glicêmico preciso, especialmente quando as alterações alimentares e a atividade física não são suficientes. A dosagem de insulina é ajustada progressivamente, conforme os resultados dos controles glicêmicos, para garantir que os níveis de glicose permaneçam dentro da faixa segura para a gestante e o feto. Esse ajuste contínuo é essencial para evitar tanto a hipoglicemia quanto a hiperglicemia, prevenindo complicações como macrossomia fetal, parto prematuro e outros riscos associados ao DMG (DURNWALD, 2024). O ajuste das doses de insulina, no caso relatado, foi de modo gradual e a partir dos controles glicêmicos. A paciente iniciou com o uso de Insulina NPH 10 UI a noite com 11 semanas e 4 dias de gestação após não atingir as metas glicêmicas com tratamento não medicamentoso, com mudanças do estilo de vida. Seguiu com acompanhamento quinzenal entre a Unidade de Saúde e a Atenção Especializada com ajustes das medicações conforme controle das glicemias. Ao final da gestação, a paciente com idade gestacional de 37 semanas e 1 dia, entrou em trabalho de

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

parto espontâneo, com uso de Insulina NPH 26 UI administradas no período noturno, que foi suspensa no período do parto.

Durante o puerpério, após 6 semanas do parto, a paciente realizou exames laboratoriais de Glicemia em jejum e Hemoglobina glicada para reclassificação do diabetes, obtendo glicemia de Jejum de 81 mg/dl e HbA1c de 6,1%, ou seja, a paciente do caso não fechou critérios para Diabetes Mellitus. Entretanto, sua HbA1c encontra-se em valores para Pré Diabetes, diante disso ela foi orientada sobre mudanças do estilo de vida, como uma dieta equilibrada e prática de exercícios físicos regulares.

A Sociedade Brasileira de Diabetes orienta que todas as mulheres que tiveram DMG devem ser reclassificadas quanto a situação do diabetes, sendo a realização do TOTG com 75 g de glicose, seis semanas após o parto, considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de diabetes após a gestação e deve ser a opção em situações de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total. Além de que não está indicada a dosagem de hemoglobina glicada no pós parto, pois esse exame não está validado para o diagnóstico no puerpério (BRASIL, 2019). Entretanto, no caso da paciente deste relato, não foi realizado o teste do TOTG, sendo substituído pela Hemoglobina glicada, o que não é preconizado pelas diretrizes da Sociedade de diabetes.

Além disso, a importância do acompanhamento multidisciplinar é evidente, envolvendo médicos, nutricionistas, enfermeiros e educadores físicos. Essa equipe contribui para um tratamento integral e personalizado, garantindo que cada aspecto do manejo do diabetes seja adequadamente monitorado (FERNANDES, 2018). Essa abordagem colaborativa não só permitiu o controle mais eficaz da glicemia, mas também ajudou a reduzir os riscos para a gestante e o feto, promovendo o sucesso do manejo clínico do Diabetes Mellitus Gestacional da paciente do caso relatado.

A APS desempenha um papel fundamental no acompanhamento das gestantes com DMG, realizando a triagem inicial, oferecendo orientações sobre alimentação, atividades físicas e autocontrole glicêmico, além de promover o vínculo com a paciente e o monitoramento da evolução do quadro clínico. No entanto, para gestantes com risco elevado, como as com DMG, o atendimento no pré-natal de alto risco é crucial. Assim, como foi no caso da paciente deste relato. Nesse cenário, uma equipe especializada – composta por obstetras, nutricionistas, enfermeiros e

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

outros profissionais – acompanha de forma mais intensiva a gestante, realizando exames de rotina, ajustes na insulinoterapia e monitoramento fetal constante (FERNANDES, 2018).

Esse modelo de cuidado colaborativo também possibilita uma abordagem mais personalizada, considerando as particularidades de cada paciente e garantindo que todos os aspectos da gestação sejam monitorados adequadamente. O objetivo é promover a saúde da gestante e reduzir os riscos de complicações como macrossomia fetal, parto prematuro, pré-eclâmpsia e outros desfechos adversos. A integração entre APS e o pré-natal de alto risco é, portanto, essencial para o sucesso do manejo do Diabetes Mellitus Gestacional, promovendo não só o controle glicêmico adequado, mas também o bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2012).

Foi com base nesse modelo de cuidado integrado que o caso em questão foi acompanhado conjuntamente sob a Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), em um processo colaborativo com a rede especializada e a equipe multidisciplinar. Essa abordagem permitiu um acompanhamento contínuo e coordenado, garantindo que todos os aspectos do tratamento, desde a orientação inicial até as intervenções mais especializadas, fossem realizados de forma eficiente e personalizada para atender às necessidades específicas da gestante.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição desafiadora, especialmente quando o controle glicêmico se mostra difícil na Atenção Primária à Saúde (APS). O caso descrito ilustra a complexidade do manejo dessa condição, onde a identificação precoce, a intervenção com mudanças no estilo de vida e o monitoramento rigoroso são essenciais, mas, muitas vezes, não são suficientes para alcançar um controle adequado. A necessidade de insulinoterapia, combinada com um acompanhamento constante, é um reflexo da dificuldade de manejo dessa doença, que pode ser influenciada por fatores hormonais, socioeconômicos e comportamentais.

A colaboração entre a APS e a rede especializada, com a atuação de uma equipe multidisciplinar, foi fundamental para o controle glicêmico da paciente, minimizando os riscos tanto para a mãe quanto para o feto. O atendimento no pré-natal de alto risco, em conjunto com o acompanhamento na APS, permitiu uma abordagem integral, com a personalização do tratamento e o monitoramento contínuo da evolução clínica da gestante.

Este caso reforça a importância de estratégias integradas e da capacitação das equipes de saúde para lidar com as particularidades do DMG, destacando a necessidade de um modelo de cuidado colaborativo que promova um manejo eficaz e adequado. A educação em saúde, a aderência ao tratamento e o suporte contínuo à gestante são aspectos-chave para o sucesso no controle do DMG, prevenindo complicações e garantindo a saúde materno-fetal.

O relato também evidencia a necessidade de mais pesquisas sobre o manejo do DMG na APS, particularmente em relação a como os mecanismos fisiológicos dessa condição interagem com as mudanças hormonais da gestação. A evolução do tratamento e o aprimoramento das estratégias de monitoramento glicêmico são essenciais para melhorar a qualidade do cuidado oferecido às gestantes com DMG.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. **Management of diabetes in pregnancy: standards of care in diabetes—2025. Diabetes Care**, v. 48, n. 1, p. S306–S320, jan. 2025. DOI: 10.2337/dc25-S015. Disponível em: https://doi.org/10.2337/dc25-S015. Acesso em: 09 fev. 2025.

BARROS, M. C. de; LOPES, M. A.; FRANCISCO, R. P.; SAPIENZA, A. D.; ZUGAIB, M. **Resistance exercise and glycemic control in women with gestational diabetes mellitus. American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 203, n. 6, p. 556.e1-556.e6, 2010. Acesso em: 22 jan. 2025.

BRASIL, 2012. **Atenção do pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 08 fev. 2025.

BRASIL, 2019. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4. Acesso em: 12 fev. 2025.

CAUGHEY, Aaron B. **Gestational diabetes mellitus: Obstetric issues and management**. **UpToDate,** 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-obstetric-issues-and-management?search=diabetes+gestacional&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 12 mar. 2024.

DURNWALD, Celeste. **Gestational diabetes mellitus: Screening, diagnosis, and prevention. UpToDate**, 2024a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-screening-diagnosis-and-prevention?search=diabetes+gestacional&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 12 mar. 2024.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

DURNWALD, Celeste. **Gestational diabetes mellitus: Glucose management and maternal prognosis. UpToDate**, 2024b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-glucose-management-and-maternal-prognosis?search=diabetes+gestacional&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3>. Acesso em: 12 mar. 2024.

GABBE, S. G.; GRAVES, C. R. **Management of diabetes mellitus complicating pregnancy. Obstetrics and Gynecology,** v. 102, n. 4, p. 857-868, 2003. Acesso em: 22 jan. 2025.

FERNANDES, César Eduardo; SILVA DE SÁ, Marcos Felipe (Ed.). **Tratado de Obstetrícia**. 1. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2018. Acesso em: 08 fev. 2025.

HOD, M.; KAPUR, A.; SACKS, D. A.; HADAR, E.; AGARWAL, M.; DI RENZO, G. C. et al. **The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: a pragmatic guide for diagnosis, management, and care. International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 131, Suppl. 3, p. S173-S211, 2015. Acesso em: 20 jan. 2025.

LIAO, A.; YOSHIDA, A.; ASTORI, A A. F.; FILHO, A. L. S.; JUNIOR, A. T.; SOUZA, A. S. R.; et al. **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente**. Coordenação Almir Antonio Urbanetz. 2. ed., rev. e ampl. Barueri: Manole, 2021. Acesso em: 08 fev. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia – **Atenção Materno Infantil: Gestação**. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. 80 p. (Série Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná; v. 1). ISBN 978-85-66800-27-2. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56

MANDUJANO, A. *et al.* **Does the dawn phenomenon have clinical relevance in normal pregnancy?**. **American journal of obstetrics and gynecology,** vol. 209, n. 2, p, 116.e1-5, 2013. doi:10.1016/j.ajog.2013.04.006. Acesso em: 21 jan. 2025.

RASMUSSEN, L.; POULSEN, C. W.; KAMPMANN, U.; SMEDEGAARD, S. B.; OVESEN, P. G.; FUGLSANG, J. (2020). **Diet and Healthy Lifestyle in the Management of Gestational Diabetes Mellitus. Nutrients,** v.12, n. 10, p. 3050, 2020. https://doi.org/10.3390/nu12103050. Acesso em: 15 mai. 2024.

ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C.; DUALIB, P.; GOLBERT, A.; MOISÉS, E.; CALDERON, I.; MATTAR, R.; FRANCISCO, R.; NEGRATO, C.; BERTOLUCI, M. **Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-11, ISBN: 978-85-5722-906-8. Acesso em: 01 fev. 2025.

ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C.; DUALIB, P.; GOLDBERT, A.; NEGRATO, C.; BERTOLUCI, M.; **Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023).** DOI: 10.29327/557753.2022-12, ISBN: 978-85-5722-906-8. Acesso em: 22 jan. 2025.

Versão Final Homologada
03/03/2025 17:56