



ISSN: 2230-9926

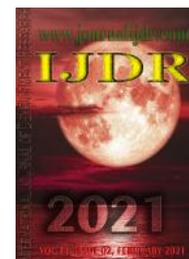
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 02, pp. 44146-44150, February, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21086.02.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPENACCESS

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL DURANTE O PRÉ-NATAL

Bárbara Soany Lima Silveira*, Anne Caroline Arcanjo Santos, Felipe Alves da Câmara, Flávia Hermínia Oliveira Souza Socorro, Hemmely Hevelyn Maria Araújo Melo, Taynara Menezes Ramos, Danielle Alves Barreto, Gabriela Maria Araújo Costa, Magna Calazans dos Santos, Cleíse Souza Gomes, Juliana Thalia Souza de Moura and Vitória Adalgisa Barreto Souza

*Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina, Universidade Tiradentes (UNIT-SE), Av. Murilo Dantas, nº. 300, Bairro: Farolândia, Aracaju-SE

ARTICLE INFO

ArticleHistory:

Received 17th November, 2020
Received in revised form
22nd December, 2020
Accepted 05th January, 2021
Published online 24th February, 2021

Key Words:

Diabetes mellitus gestacional;
Pré-natal; Diagnóstico; Tratamento.

*Corresponding author:

Bárbara Soany Lima Silveira,

ABSTRACT

Objetivo: Este trabalho almeja discorrer sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica da diabetes mellitus gestacional (DMG) durante o pré-natal. **Fonte de dados:** As informações foram coletadas a partir de artigos científicos publicados na última década, pesquisados nas bases de dados SciELO e Pubmed, além de diretrizes, documentos e livros atualizados. **Síntese de dados:** A diabetes mellitus gestacional está entre as complicações mais comuns da gestação e pode gerar consequências negativas tanto para a mãe quanto para o bebê. A orientação quanto a esta doença, assim como o controle glicêmico por por intermédio de alimentação balanceada e prática regular de exercícios físicos indicados para determinada idade gestacional é tão importante quanto a terapêutica medicamentosa com insulina ou metformina. Vale frisar também que para que a conduta desenvolvida pelo profissional de saúde que acompanhe a gestação diabética se torne efetiva, o acompanhamento por uma equipe multiprofissional de saúde que trate a paciente como um ser individual em suas necessidades é fundamental. **Conclusão:** A diabetes mellitus gestacional apresenta diversas frentes de tratamento, passando pelo medicamentoso, sendo primordial que os profissionais de saúde conheçam o manejo correto desta condição.

Copyright©2021, Bárbara Soany Lima Silveira, Anne Caroline Arcanjo Santos, Felipe Alves da Câmara, Flávia Hermínia Oliveira Souza Socorro, Hemmely Hevelyn Maria Araújo Melo, Taynara Menezes Ramos, Danielle Alves Barreto, Gabriela Maria Araújo Costa, Magna Calazans dos Santos, Cleíse Souza Gomes, Juliana Thalia Souza de Moura and Vitória Adalgisa Barreto Souza. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Bárbara Soany Lima Silveira, Anne Caroline Arcanjo Santos, Felipe Alves da Câmara, Flávia Hermínia Oliveira Souza Socorro, Hemmely Hevelyn Maria Araújo Melo, Taynara Menezes Ramos, Danielle Alves Barreto, Gabriela Maria Araújo Costa, Magna Calazans dos Santos, Cleíse Souza Gomes, Juliana Thalia Souza de Moura and Vitória Adalgisa Barreto Souza, 2021. "Abordagem Diagnóstica E Terapêutica Da Diabetes Mellitus Gestacional Durante O Pré-Natal". *International Journal of Development Research*, 11, (02), 44146-44150

Introdução

A diabetes é uma doença em que a glicemia está elevada, em decorrência da mobilização da glicose presente nas células para o sangue. (1) Quando o organismo perde a capacidade de produzir insulina, esta condição é classificada como diabetes mellitus tipo 1 (DM1), e se porventura a síntese de insulina está preservada, mas as células não reconhecem sua molécula e se tornam resistentes a este hormônio, a doença é denominada diabetes mellitus tipo 2 (DM2). (1, 2) A diabetes mellitus gestacional (DMG) é aquela cujo início ou detecção se dá durante a gravidez. (1) A diabetes gestacional é uma das principais intercorrências do período gestacional. (3) Sua prevalência varia entre 3 e 25% das gestações, de acordo com a população estudada e os critérios diagnósticos utilizados. (4, 5)

No Brasil, aproximadamente 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional. (5) Os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco para a diabetes mellitus gestacional, já que, se identificados e corrigidos precocemente, podem evitar que a doença ocorra ou reduzir as repercussões indesejáveis da DMG já instalada. (5) Dentre os fatores de risco para a diabetes durante o período gestacional, citam-se 25 anos de idade, sobrepeso, ganho expressivo de peso durante a gestação, antecedente de diabetes gestacional, história pessoal de várias perdas fetais, incluindo natimorto, síndrome dos ovários policísticos etc. (1) As mulheres que têm algum fator de risco para DMG devem ser avaliadas em relação a esta doença no início da gestação e entre 24 e 28 semanas de idade gestacional. (1) É importante citar que a maioria das mulheres apresentam pelo menos um fator de risco para diabetes gestacional.

(1)Diante do exposto, objetivou-se realizar uma revisão de literatura dos anos de 2010 a 2020 para caracterizar como se dá o diagnóstico e o tratamento da diabetes mellitus gestacional durante o período pré-natal, expondo critérios diagnósticos, recomendações envolvendo mudança de estilo de vida e terapêuticas medicamentosas, além de fazer alusão à importância de a gestante ser assistida por uma equipe multidisciplinar de saúde.

MATERIAIS E METODOS

Tipo de estudo: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura.

Desenho do estudo: Para a realização desta revisão foi seguida a seguinte ordem: definiu-se a questão norteadora (problema) e o objetivo da pesquisa; estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); realizou-se a investigação na literatura, análise e categorização dos estudos; implementou-se a apresentação e discussão dos resultados.

Estratégia de busca: A busca das publicações realizou-se na base de dados Publicações Médicas (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO.br). Foram utilizados os descritores “*gestational diabetes*” e “*multidisciplinary*”. Ademais, houve também busca manual de citações que constam na referência bibliográfica.

Implicações éticas: Como este trabalho aborda somente dados de domínio público, a apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNIT-SE) não foi necessária. Contudo, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de evitar a prática criminosa do plágio, os pesquisadores deram o devido crédito aos autores utilizados no estudo.

Crítérios de inclusão: A pré-seleção do conteúdo foi a análise do título, do resumo e da data de publicação, que atendessem aos objetivos desta pesquisa. Além disso, foram incluídos os artigos publicados entre 2010 e 2020 e disponíveis em inglês e português.

Crítérios de exclusão: Consistiram em trabalhos duplicados, não relevantes e aqueles que não cumpriram o objetivo do presente estudo.

RESULTADOS

Foram realizadas 2 pesquisas, nas bases de dados Scielo e Pubmed, respectivamente. A primeira pesquisa foi efetuada com a palavra-chave “*gestational diabetes*”, limitando-se a artigos publicados entre 2010 e 2020, em português, inglês e espanhol. A partir disso, foram encontrados 355 artigos, sendo 7 deles escolhidos para estudo após a leitura dos títulos e dos resumos. Já a segunda pesquisa foi feita com as palavras chave “*gestational diabetes*” e “*multidisciplinary*”, no período de 2010 a 2020. Assim, foram encontrados 145 artigos em português, inglês e espanhol, sendo 6 destes reunidos para estudo. Ademais, 8 referências foram pesquisadas manualmente, dentre elas, citam-se 1 documento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2 diretrizes, sendo uma da *American Diabetes Association* e outra da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2 livros e 3 artigos.

DISCUSSÃO

Crítérios Diagnósticos da Diabetes Mellitus Gestacional: Segundo a *World Health Organization* de 2014, o diagnóstico da DMG é feito através da alteração do valor considerado normal para a glicemia, independente da idade gestacional. Assim, qualquer um dos seguintes parâmetros podem ser usados, como glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL, glicemia uma hora após sobrecarga de glicose 180 mg/dL ou glicemia duas horas após sobrecarga de glicose entre 153 e 199 mg/dL. (7)

Consequências da Diabetes Mellitus Gestacional: Tanto a mãe quanto o bebê são afetados pela diabetes gestacional, uma vez que ambos têm risco de desenvolver desfechos indesejáveis. (8) Vale frisar que o risco de repercussões desfavoráveis aumenta de modo diretamente proporcional à elevação da glicemia materna. (5)Parto prematuro espontâneo e clinicamente indicado por meio de cesariana ocorre mais frequentemente em gestantes diabéticas do que em não diabéticas. (8) Ao nascerem, filhos de portadoras de DMG apresentam risco aumentado de serem grandes para idade gestacional e terem problemas como macrosomia fetal, toco-traumatismo, distócia de ombro, sofrimento fetal, síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido e desordens metabólicas como hipocalcemia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e icterícia. (3, 8) Dessa forma, compreende-se que, esses recém-nascidos possuem maior morbimortalidade infantil. É válido citar que as repercussões da DMG podem ainda ocorrer na vida adulta dos filhos de mães diabéticas, desencadeando obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica. (1, 3)Mulheres que desenvolveram diabetes durante a gestação também apresentam um aumento considerável do risco de terem diabetes mellitus tipo 2 ao longo da vida. (1) Orientações no tocante à mudança do estilo de vida são fundamentais para reduzir ou postergar a ocorrência de DM2 nestas pacientes. (1)

Manejo Multidisciplinar da Diabetes Mellitus Gestacional : Ao receber o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, as mulheres com esta condição podem se sentir aflitas e inseguras não apenas pelo fenômeno biológico vivenciado, mas também por problemas pessoais da esfera biopsicossocial, incluindo-se os relacionamentos interpessoais, além dos cuidados ofertados pelo profissional de saúde que a acompanha. (9) Em geral, o obstetra é o profissional que dá o diagnóstico de DMG a estas pacientes e forma na paciente as primeiras impressões sobre o problema. Desse modo, a abordagem centrada na pessoa, criando um clima de apoio, empatia e segurança, é essencial neste processo. (9)O tratamento da diabetes mellitus gestacional almeja reduzir a morbimortalidade materno-fetal e melhorar a qualidade de vida materna. (5) Sendo assim, várias classes de profissionais de saúde podem ajudar a paciente que tenha diabetes gestacional. (9, 10)Em estudos, observa-se que quanto mais informação a paciente possui acerca da diabetes melhor é o controle glicêmico. Isto posto, a Enfermagem é de suma importância para a prevenção desta doença, oferecendo palestras educativas sobre o perigo do ganho exacerbado de peso na gestação e sobre a DMG, além de ensinar a aplicação de insulina da forma correta e acompanhar o desenvolvimento fetal em consultas. (10)Uma vez que a primeira escolha de tratamento é a mudança de estilo de vida, a paciente pode ser encaminhada para outros profissionais, como nutricionista e fisioterapeuta ou educador físico, sendo avaliadas e recebendo orientações sobre consumo e padrão alimentar saudável e exercícios físicos. (7, 8, 11, 12)

Durante o parto e o pós-parto, outro profissional de saúde que deve estar capacitado em relação à diabetes mellitus gestacional é o pediatra. (8) Este profissional pode se deparar com diferentes repercussões na saúde do filho de mãe diabética com base no tratamento que ela recebeu durante a gestação e deve estar preparado para ofertar o suporte adequado no caso de complicações neonatais. (8)O desafio para a prevenção e o tratamento das pacientes com DMG se configura pela necessidade do acompanhamento multiprofissional e multidisciplinar. (13) O acesso limitado aos cuidados regulares de monitoramento, os altos custos e a dificuldade de persistir em longo prazo com as mudanças no estilo de vida são obstáculos para o correto manejo dessas pacientes. (13) Além disso, é importante ressaltar a dificuldade de adesão ao tratamento, a qual pode ser decorrente da falta de acesso, de orientação quanto à aplicação da insulina ou de motivação pelo efeitos colaterais da terapêutica. (1, 5, 13)

Dieta: A terapia nutricional individualizada para cada paciente é a primeira escolha de tratamento para a maioria das mulheres com DMG, sendo necessário a atuação dos nutricionista para um controle adequado, já que só com mudanças de hábitos de vida estima-se que pode ser controlada em 70-80% das mulheres. (5, 14) Ainda pode ser

utilizada na prevenção da DMG, ao diminuir o risco da obesidade. (6) Sua efetividade é comprovada pela diminuição do risco de macrosomia fetal e outras complicações materno-fetais, além de evitar o ganho indesejado de peso pelas gestantes. (5) O padrão alimentar baseia-se no fornecimento adequado balanço energético e nutricional. (7) O consumo será baseado nos alimentos in natura ou minimamente processado, em detrimento aos ultraprocessados. (15) O valor calórico total diário é distribuído em três refeições e dois a três lanches, sendo estes permitidos apenas para gestantes não obesas. (5) Devido ao risco de cetose, evitar jejum maior do que 4 a 5 horas. (15) Bem como dietas inferiores a 1.200 Kcal/dia ou que restringem mais de 50% do metabolismo basal. (16) Previne-se episódio de hipoglicemia na madrugada, com a introdução do lanche noturno. (15) Na alimentação, deve haver o equilíbrio entre a ingestão de carboidratos, lipídios e proteínas. (5) Tendo como valores mínimos ao dia, 175 g de carboidratos, 71 g de proteínas e 28 g de fibras. (15, 14) Não deve ser prescrita dieta com menos de 130 g de carboidratos. (16) Os carboidratos de escolha são os complexos e com baixo índice glicêmico, como cereais com alto teor de fibras e massas e pães integrais. (5) Deve-se restringir o consumo de carboidratos de 40 a 45% do total de calorias. (15) Itens ricos em fibras, como frutas, verduras e legumes, aumenta a saciedade e diminuem o tempo de esvaziamento gástrico. (7) Em estudo metanalítico de Rogozi ska (17), além da terapia nutricional, suplementos como probióticos e *mio*-inositol também mostram papel promissor na estratégia de prevenção primária da DMG. Durante o primeiro trimestre mantém-se o controle calórico similar ao pré-gestacional. Para os trimestres subsequentes, aumenta-se em torno de 360 kcal e 475 kcal por dia, respectivamente. (15)

Exercícios Físicos: Segundo estudo randomizado de Rogozi ska et al (16), orientar e influenciar a prática e política relacionada a dieta e atividade física para pacientes com DMG é criticamente importante. A prática de exercícios físicos regulares de intensidade leve a moderada deve ser estimulada em gestantes que não tenham complicações obstétricas. (5) Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares ou atividade física de pouco impacto, como natação, hidroginástica, pilates, musculação, ciclismo e caminhadas sob orientação médica e o cuidado dos profissionais de saúde, como os fisioterapeutas e educadores físicos. (15) Os benefícios desta prática compreendem a diminuição da glicemia, a redução do ganho indesejado de peso materno e o decréscimo na incidência de macrosomia fetal. (5) Há contraindicações absolutas e relativas à prática de exercícios físicos durante a gestação. (5) Em relação às contraindicações absolutas, citam-se restrição do crescimento intrauterino, hipoglicemia grave assintomática, doença hipertensiva da gestação, doença cardiovascular, respiratória ou tireoidiana descompensadas e trabalho de parto pré-termo. (5) Já no tocante às complicações relativas, mencionam-se antecedente de abortamento espontâneo, parto pré-termo prévio, anemia, doença cardiovascular ou respiratória leve a moderada etc. (5)

Tratamento medicamentoso: A terapêutica medicamentosa da diabetes gestacional está indicada quando os alvos glicêmicos não são atingidos ou na vigência de macrosomia fetal percebida no exame de ultrassonografia. (5, 12) A avaliação da necessidade do tratamento medicamentoso é feita por meio da aferição da glicemia capilar pré e pós-prandiais quatro a sete vezes por dia e da medição da circunferência abdominal fetal à ultrassonografia obstétrica realizada entre a 29ª e a 33ª semanas de gestação. (4, 5) Dentre os fármacos mais utilizados, citam-se a metformina e a insulina. A insulina constitui o padrão-ouro para a DMG, mas a metformina vem ganhando destaque em algumas instituições internacionais, sendo adotada como medicação de primeira linha. (12)

Metformina: A metformina é uma biguanida utilizada no tratamento da diabetes tipo 2, sendo os seus alvos moleculares pouco conhecidos, mas seus efeitos bioquímicos bem compreendidos e documentados na literatura mundial. (2)

A metformina exerce seus efeitos através da redução da produção hepática e da absorção intestinal de glicose, além do aumento da utilização da glicose nos músculos esqueléticos e da oxidação dos

ácidos graxos. (19) O seu principal mecanismo seria na redução da gliconeogênese hepática, inibindo o complexo I da cadeia respiratória mitocondrial, aumentando a produção de ATP e AMP. Este, irá ativar a proteína-quinase ativada por AMP (AMPK), que frequentemente encontra-se inativa em casos de obesidade e insulinoresistência. (19, 20) Os efeitos adversos mais comuns são os distúrbios gastrointestinais (ex. náuseas e diarreias) relacionado com a dose, os quais são geralmente transitórios e tendem a diminuir com o tempo ou ingestão concomitante com alimentos. (19, 20) Em relação ao uso da metformina no tratamento da diabetes mellitus gestacional, pode-se afirmar que ela é uma droga segura para o uso durante toda a gestação. (20) Entre os hipoglicemiantes orais, a metformina é a mais utilizada, pois apesar de atravessar a barreira placentária, não há evidências que ela está associada a anormalidades fetais por estudos a curto prazo. (21, 22) Há controvérsias na literatura sobre o tratamento farmacológico de primeira escolha para DMG. (4, 22) A Sociedade Brasileira de diabetes (SBD) e a American (ADA) recomenda a insulina como fármaco de primeira escolha, pois não atravessa a placenta em uma medida mensurável, em contrapartida a metformina atravessa a placenta para o feto, carecendo de estudos a longo prazo para uma maior segurança. (4, 22) Já a *National Institute for Health and clinical Excellence* (NICE) indica metformina e o *International Diabetes Federation* (IDF) indica a metformina e glibenclamida. (5) As gestantes candidatas ao uso dessa medicação são aquelas na faixa etária de 18 a 45 anos, com idade gestacional entre 20 e 33 semanas e glicemia de jejum < 140 mg/dL. (5)

Insulina: A insulino terapia tem sido a droga recomendada em pelo ADA e pelo SBD, já que ela não é capaz de atravessar a barreira placentária e, portanto, não será absorvido pelo feto. (4, 22) Entretanto, outros estudos afirmam que insulino terapia deve ser o tratamento padrão para as gestantes que não alcançaram os alvos glicêmicos com mudança de estilo de vida e uso de hipoglicemiantes orais ou apresentam fatores preditores de falha terapêutica. (5) Em estudos com tratamentos combinantes, o grupo de gestantes que necessitava de complementação da insulino terapia seriam grávidas com idade materna avançada, múltiparas, mulheres com maiores ganhos de peso durante a gestação, diagnóstico precoce da DMG e, especialmente, as mulheres que possuíam maiores Índice de Massa Corpórea (IMC), representando 55,04% do grupo de terapia combinante. (11) O emprego da insulina no tratamento da diabetes gestacional é de alto custo, além de ser menos aceito pelas pacientes e ter ganho indesejado de peso como um dos seus principais efeitos adversos nestas pacientes. (5) Em estudos comparativos, a insulino terapia foi a medição de menor adesão em relação a metformina e, com isso, foi a de menor controle glicêmico, especialmente, em mulheres de baixo nível instrucional. Diante disso, a aderência é um fator importante a ser levado em consideração. (5, 21)

Repercussões Pós-Tratamento Medicamentoso: Ao discorrer sobre as portadoras de diabetes mellitus gestacional que necessitam de medicamentos para o controle glicêmico, é válido destacar que estudos recentes comparam uso de insulina em monoterapia, metformina de forma isolada e metformina em associação com insulina. (8) Dentre as três opções de terapêutica medicamentosa citadas, metformina em monoterapia é a primeira escolha ao avaliar as repercussões para o feto. (8) Ainda que a modalidade de tratamento não interfira na via de parto, no Apgar e na necessidade de internação do recém-nascido em unidades de terapia intensiva, sabe-se que o tratamento oferecido à gestante que adquire DMG reflete de forma direta na idade gestacional e na classificação de peso do recém-nascido. (8) Ou seja, sendo os recém-nascidos adequados para idade gestacional o objetivo da terapêutica, o sucesso do tratamento pode ser avaliado por meio desses. (8) As gestantes tratadas com insulina em monoterapia têm chance diminuída de ter um parto pré-termo, porém apresentam elevado risco de terem um filho pequeno para idade gestacional. (8) Tão desfavorável quanto o nascimento de um recém-nascido grande para idade gestacional (GIG), o que é mais prevalente em casos de diabetes mellitus gestacional não tratados, é o neonato pequeno para idade gestacional (PIG), visto que ambos estão associados à maior morbimortalidade em curto e longo prazo. (8) As

mulheres que adquirem diabetes mellitus gestacional e têm indicação de uso de metformina durante o ciclo gravídico se beneficiam da segurança conferida por este hipoglicemiante oral. (8, 20) Para a gestante, além do controle glicêmico, a biguanida é útil para reduzir o ganho de peso excessivo. (8, 20) Já para o recém-nascido, o risco de nascer pré-termo e ter desfechos neonatais desfavoráveis é diminuído, com aumento da chance de nascer com peso adequado para idade gestacional. (8, 20) Mesmo que o fármaco seja seguro e ofereça diversos benefícios à gestante e ao feto, durante o pré-natal, a eficácia do tratamento com metformina deve ser regularmente avaliada por meio de exames. (8) Isso se torna evidente porque, em doses mais altas do que a necessária para determinada gestante, pode ocorrer evidências de hiperinsulinização fetal. (8) Dessa forma, deve-se valorizar mais o peso do feto estimado pela ultrassonografia em pacientes tratadas com metformina, com o objetivo de evitar aumento excessivo de insulina e recém-nascidos pequenos para idade gestacional. (8) Já as mulheres que usam associação de insulina e metformina para tratar DMG estaticamente possuem chance reduzida de parto prematuro, contudo detém risco aumentado de um recém-nascido grande para a idade gestacional. (8) Desse modo, entende-se que a metformina se tornou a primeira opção terapêutica porque em doses adequadas, se comparada ao uso de insulina ou insulina + metformina, diminui a resistência insulínica materna ao ponto de controlar a glicemia e adequar o ganho de peso da gestante proporcionando também mais partos a termo de crianças com peso adequado para idade gestacional. (8)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o pré-natal, é essencial rastrear a diabetes mellitus nas gestantes, já que a descoberta e a intervenção precoce sob esta doença melhora consideravelmente o prognóstico do binômio mãe-filho. Embora a DMG seja uma doença multifatorial, os critérios diagnósticos são empregados para tentar uniformizar os estudos desta condição. Existem muitas frentes de tratamento para a diabetes mellitus gestacional, que perpassam pelas linhas de tratamento medicamentoso, bem como o não medicamentoso, tornando o manejo multidisciplinar o mais pertinente, visando não só o controle satisfatório da glicemia, mas também viabilizando uma gestação saudável para a mãe e com boas repercussões futuras para o filho desta mulher, passando pelos cuidados de profissionais da saúde como ginecologista e obstetra, enfermeiro e pediatra. Nesse contexto, a terapêutica medicamentosa com metformina é indicada como complemento à dieta e ao exercício físico, englobando o quadro multidisciplinar com a endocrinologia, a nutrição e a educação física. O atual desafio do manejo multidisciplinar da diabetes mellitus gestacional é fornecer conhecimento dentro do nível de entendimento para a gestante, permitindo o emprego de terapia eficaz, segura e que tenha uma boa adesão, englobando todo o aspecto biopsicossocial do binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

- American College of Nurse-Midwives. Diabetes Gestacional (Gestational Diabetes). JMWH [Internet]. 2016 Ago [citado 2020 Jul 23]; 61(5): 677-678. Disponível em: <https://www.advocatehealth.com/assets/documents/subsites/amg/gestational-diabetes.pdf>. Epub Set/Out 2016.
- American Diabetes Association (ADA). 14. Management of Diabetes in Pregnancy: *Standards of Medical Care in Diabetes-2019*. Diabetes Care. 2019 Jan [citado 2020 Jul 23]; 42(Suppl 1): S165-S172. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30559240/>.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. Position Statement. Diabetes Care. 2019 Jan [citado 2020 Jul 23]; 42 (Suppl 1): S165-172. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2019/12/2/0/43.Supplement_1.DC1/Standards_of_Care_2020.pdf.
- Atallah NA, Castro AA. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Diagnóstico & Tratamento [Internet]. 1997, 2 (2): 12-15. Disponível em: http://www.centrocochranebrasil.com.br/cms/apl/artigos/artigo_530.pdf.
- Chávez-García L, Valle-Leal JG, Jiménez-Mapula C, Quintero-Medrano SM, López-Villegas MN. Adherencia terapêutica y control glucémico en pacientes con diabetes gestacional bajo dos esquemas de tratamiento. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2019 Mai [citado 2020 Jul 23]; 147(5): 574-578. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000500574&lng=es.
- Francisco RPV, Trindade TC, Zugaib M. Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico? Rev. Bras. Ginecol. Obst. [Internet]. 2011 Ago [citado 2020 Jul 23]; 33(8): 171-173. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000800001&lng=en.
- Jiel SQ, Liang X, Hong P, Wul D, Kel WL. Application of seamless care service with multidisciplinary diagnosis and treatment in patients with gestational diabetes. Int. J. Clin. Exp. Med. [Internet]. 2015 Ago [citado 2020 Jul 23]; 8(9): 16688-16693. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659092/pdf/ijcem0008-16688.pdf>. Epub Set 30, 2015.
- Kintiraki E, Goulis DG. Gestational diabetes mellitus: multidisciplinary treatment approaches. Metabolism. [Internet]. 2018 Set [citado 2020 Jul 23]; 86:91-101. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29627447/>.
- Peixoto CILS, Ramalho C. A utilização da metformina durante a gravidez. Acta Obstet. Ginecol. Port. [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Jul 23]; 10(1): 43-49. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100007&lng=pt.
- Pereira LRR, CALHAO, ARP. Ser pessoa na hospitalização: relatos de gestantes sobre as relações estabelecidas com a equipe multiprofissional. Rev. Abordagem Gestalt. [Internet]. 2019 Set-Dez [citado 2020 Jul 23]; 25(3): 225-236. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672019000300002.
- Reis LBSM, Silva APR, Calderon IMP. Acompanhamento nutricional no diabete melito gestacional. Com. Ciências Saúde [Internet]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/acompanhamento_nutricional.pdf.
- Ritter JM, Flower R, Henderson G, Loke YK, MacEwan D, Rang HP. Rang & Dale Farmacologia. 9.ed. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan, 2020.
- Rogozi ska E, Chamillard M, Hitman GA, Khan KS, Thangaratinam S. Nutritional manipulation for the primary prevention of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised studies. PLoS One [Internet]. 2015 Fev [citado 2020 Jul 23]; 26;10(2): e0115526. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25719363/>.
- Rogozi ska E, Marlin N, Yang F, Dodd JM, Guelfi K, Teede H *et al*. Variations in reporting of outcomes in randomized trials on diet and physical activity in pregnancy: A systematic review. J. Obstet. Gynaecol. Res. [Internet]. 2017 Jul [citado 2020 Jul 23]; 43(7): 1101-1110. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613023/>.
- Silva AL, Amaral AR, Oliveira DS, Martins L, Silva MR, Silva JC. Desfechos neonatais de acordo com diferentes terapêuticas do diabetes mellitus gestacional. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2017 Fev [citado 2020 Jul 23]; 93 (1): 87-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000100087&lng=en.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
- Souza MLR, Silva RR, Silva TR, Oliveira LC, Dienstmann G, Nascimento IB *et al*. Factors associated with the need for insulin

- as a complementary treatment to metformin in gestational diabetes mellitus. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2019 Dez [citado 2020 Jul 23]; 41(12): 697-702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019001200697&lng=en. Epub Fev 03, 2020.
- Telecondutas: Diabetes e Gestação. TelessaúdeRS/UFRGS. 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/teles_sauders/documentos/telecondutas/tc_diabetes_gestacao_1.3.pdf.
- Utz B, Brouwere VD. "Why screen if we cannot follow-up and manage?" Challenges for gestational diabetes screening and management in low and lower-middle income countries: results of a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 Nov [citado 2020 Jul 23]; 8;16(1): 341. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1143-1>. Epub Nov 8, 2020.
- Weinert LS, Silveiro SP, Oppermann ML, Salazar CC, Simionato BM, Siebeneichler A *et al.* Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* [Internet]. 2011 Out [citado 2020 Jul 23]; 55(7): 435-445. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000700002&lng=en.
- Whalen K, Finkel R, Panavelil TA. *Farmacologia Ilustrada*. 3.ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2008.
- Zuccolotto DCC, Crivellenti LC, Franco LJ, Sartorelli DS. Padrões alimentares de gestantes, excesso de peso materno e diabetes gestacional. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jul 23]; 53:52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100247&lng=en. Epub Jul 01, 2019.
