

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

1. RESUMO:

Diabetes Mellitus é uma doença metabólica que pode se manifestar pela falta ou ausência de produção de insulina. Tendo isso em vista e devido ao aumento da obesidade entre as gestantes, calculado pelo IMC, há uma maior preponderância de que essas se acometam da doença, sendo por redução de tolerância à glicose, causa comum durante a gestação ou por mudanças de hábitos. Além disso, a Diabetes Mellitus pode ser de origem anterior à gravidez ou adquirida durante, entretanto pode cessar após o parto. Destaca-se a necessidade de rastreamento dessas gestantes para que haja um diagnóstico e tratamento correto, feito, principalmente, pelas Estratégias de Saúde da Família. Ao ponderar que a Diabetes Mellitus trata-se de um problema de saúde pública e o conhecimento científico sobre essa temática está concentrado principalmente nos métodos de diagnóstico e tratamento para a doença, justifica-se a importância da realização de uma revisão integrativa de literatura. Essa revisão, cujo objetivo é identificar a produção científica em publicações da área da saúde, aborda as intervenções para um diagnóstico e um tratamento para com as gestantes. A busca pelas publicações será realizada do período de 2017 a 2019 pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “Diabetes Gestacional”, “Tratamento” e “Diagnóstico”, com o intuito de responder a seguinte questão: “Qual a produção científica em publicações da área da saúde, sobre o diagnóstico e tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional?”. Esse estudo trará subsídios suficientes para completar as lacunas existentes no diagnóstico e tratamento da doença entre as gestantes visando a promoção de um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz a fim de melhorar a saúde e a qualidade de vida tanto da gestante quanto do embrião e do feto.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional; Tratamento; Diagnóstico.

2. INTRODUÇÃO:

A Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma síndrome metabólica que distorce o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídeos e afetou, em 2014, 9,3% da população dos EUA, de acordo com Center for Disease Control and Prevention (CDC) (REZENDE, 2017).

A DM pode ser classificada como tipo 1 e 2: a primeira tem como característica a ausência de produção de insulina pelas células β , nas ilhotas pancreáticas e a segunda

ocorre uma deficiência na captação da glicose pelas células insulino-dependentes devido à falha de comunicação entre os receptores de insulina e a insulina propriamente dita. Usualmente, a prevalência dessa doença é diagnosticada em pacientes com 30 anos ou mais, todavia, com o dobramento do número de obesos no mundo nos últimos 20 anos esse diagnóstico passou a ser encontrado em indivíduos mais jovens. Além disso, a quantidade de óbitos é maior no sexo feminino que no masculino (FRANCISCO, 2019; FERREIRA, 2020).

Principalmente nos países ocidentais, o ganho de peso além do recomendado ultrapassa cerca de 40% nas grávidas, com alteração do Índice de Massa Corporal (IMC) para mais que o recomendado, de acordo com o Institute of medicine (IOM). O IMC pré-gestacional é classificado com de baixo peso quando menor que $18,5 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso entre $25,0 \text{ kg/m}^2$ e 30 kg/m^2 , e com obesidade acima ou igual a $30,0 \text{ kg/m}^2$, segundo a World Health Organization (WHO) De acordo com informações do serviço de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS), há a prevalência de 19,2% de mulheres com sobrepeso e apenas 5,7% de baixo peso pré-gestacional. Dessa maneira, a incidência de Diabetes Mellitus entre essas gestantes se torna comum, podendo ser Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) ou Diabetes Mellitus Diagnosticada na Gestação (DMDG), ambas provenientes da Diabetes Mellitus Tipo 2 (PADILHA, 2007; FERREIRA, 2020).

A hiperglicemia no período gravídico-puerperal pode ser comum quando em mulheres já diagnosticadas com a DM anteriormente à gestação e em gestantes sem o prévio diagnóstico. Assim, as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos protocolos de manejo de DM aconselham a diferenciação da hiperglicemia detectada precocemente seja qual for o momento da gravidez e da DM diagnosticada na gestação ou em DMG. Além disso, no Brasil, cerca de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional, o que aumenta a necessidade de estudos que consigam, cada vez mais, diagnosticá-la precocemente (FRANCISCO, 2019; WEINERT, 2011).

A DMG seria, portanto, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Ela não atinge os critérios exigidos para o diagnóstico para a DM. Já a DMDG alcança os níveis glicêmicos determinados para um diagnóstico de DM (SCHMIDT, 1999).

A International Association Of Diabetes And Pregnancy Study Groupas (IADPSG) define o diagnóstico com base no teste oral de tolerância à glicose (TOTG)

com 75g de glicose realizado em duas horas e deve haver uma alteração em pelo menos dois dos momentos analisados, que são: jejum: 92 mg/dL; 1h: 180mg/dL; 2h: 153 mg/dL. Esse teste é, também, utilizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), entretanto os dados possuem pequena variação: jejum:95 mg/dL; 1h: 180mg/dL; 2h:155 mg/dL. (WEINERT, 2011).

Caso demonstrado resultado inferior a 85 ou 95mg/dl, o rastreamento pela intercorrência insulínica é definido como negativo. Mas, se houver dois ou mais fatores de risco para DMG (de acordo com os dados anteriormente citados) recomenda-se repetir a glicemia em jejum a partir da 20 semana de gestação ou um mês após e primeiro teste. Se o resultado for maior ou igual a 85 ou 90mg/dl, o rastreamento é considerado positivo e a gestante é encaminhada para um teste diagnóstico. Glicemias acima de 110mg/dl requerem confirmação imediata, com a repetição da glicemia em jejum e, portanto, se houver outro valor como o anterior, com o jejum de 8 horas, é diagnosticado a DMG. Nos demais casos, o teste é normatizado com a tolerância de 75g de glicose em 2 horas, recomendado entre as semanas 24 e 28 de gestação (SCHMIDT, 1999).

A gestação naturalmente sofre um estado de resistência insulínica em conjunto das mudanças glicêmicas, consequência do consumo de glicose pelo embrião e feto, torna-se um fator de ocorrência do desenvolvimento de DMG. Isso também é consequência da presença dos hormônios lactogênio placentário, cortisol e prolactina, produzidos na placenta, que promovem a atenuação do desempenho da insulina em seus receptores, o que, conseqüentemente, gera um aumento da produção, pelas células β pancreáticas, de insulina nas gestantes saudáveis (FRANCISCO, 2019).

Tanto a DMG quanto a DMDG, quando mal controladas, podem desenvolver, no feto, mal formação fetal, macrossomia fetal, síndrome de angústia respiratória (SAR), abortamento, parto pré-termo, pré-eclâmpsia e morte fetal (REZENDE, 2017).

Além disso, para um diagnóstico dessas gestantes, seria necessário a captação dessas para dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) através de agentes de saúde e profissionais em seu entorno. Esta ação é realizada por busca ativa, onde são realizados testes provocativos de sobrecarga de glicose, a partir do segundo trimestre da gestação. Ainda, recentemente vem sendo empregado a triagem precoce de gestantes de alto risco na primeira consulta do pré-natal (WEIRNERT, 2011).

Para o tratamento dessa enfermidade inicialmente, indica-se orientação alimentar que regule o ganho de massa corporal, cerca de 300g a 400g por semana, a partir do segundo trimestre de gravidez, e o controle metabólico. No valor calórico total prescrito há 40% a 45% de carboidratos, 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de gorduras. Além disso, recomenda-se a prática de atividade física, com o cuidado de não ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o embrião ou feto, tendo em vista os perigos de grandes impactos; e também o monitoramento de glicemias capilares várias vezes ao dia (tanto pré quanto pós-prandiais). Entretanto, caso após duas semanas esse valor continuar elevado, inicia-se o tratamento farmacológico, por insulinoaterapia (DIRETRIZES SBD, 2014-2015).

3. METODOLOGIA:

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RI). A RI será selecionada para condução deste trabalho por se tratar de um método criterioso e de natureza ampla, que visa identificar o conhecimento produzido sobre determinado tema.

A RI é um método de pesquisa sistematizado, com análise e síntese das informações contribuindo para o estudo do tema investigado, auxiliando nas decisões e na melhoria da prática clínica (LOPES, 2010).

Este tipo de pesquisa permite relatar sobre vários assuntos publicados, ajudando na conclusão de uma exclusiva área de estudo, alguns profissionais não têm tempo para ler todo conhecimento científico, desta forma este método de pesquisa torna o acesso às informações mais fácil, resultando em contribuições significativas para a ciência e para a prática clínica (MENDES, 2008).

A questão norteadora da presente pesquisa será: “Qual a produção científica em publicações da área da saúde, sobre o diagnóstico e tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional?”.

Para a busca dos estudos a base de dados escolhida será a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) adotados para os cruzamentos serão: “Diabetes Gestacional”, “Tratamento” e “Diagnóstico”. Os critérios adotados para inclusão dos estudos serão: artigos disponíveis em língua portuguesa, com textos disponibilizados na íntegra e do ano de 2017 a 2019.

Para obtenção dos dados, será realizado um formulário, elaborado pela pesquisadora, contendo informações como: ano de publicação, periódico, autores,

delineamento do estudo, amostra, objetivos, principais resultados e conclusões. A análise dos dados se dará da seguinte forma: leitura, descrição dos dados e construção do quadro sinóptico, por conseguinte, seguirá a leitura detalhada das publicações e análise do conteúdo dos artigos, bem como será realizada a organização dos mesmos, agrupando-os por semelhanças e organizando-os em categorias temáticas.

4. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS GARANTIDOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tendo em vista a produção de uma revisão integrativa, a partir das bases de dados, não é encontrada relação com os aspectos éticos e legais. Dessa maneira, a revisão utiliza-se de informações de acesso público cujas informações encontram-se agregadas e tem como finalidade o aprofundamento teórico de condutas de diagnóstico e tratamento na DMG.

5. RESULTADOS

A partir da combinação das palavras-chaves descritas, foram identificados oito estudos, todos incluídos nesta revisão. Alguns dados referentes aos artigos incluídos, como identificação do estudo, autores, local e data da publicação e delineamento do estudo são apresentados na Tabela 1. Os estudos foram publicados de 2017 a 2019. Os artigos tiveram como autores estudantes e acadêmicos do curso de Medicina, médicos, mestres e doutores.

Tabela 1 - análise de estudos utilizados na revisão integrativa

TÍTULO	PAÍS/ANO DE PUBLICAÇÃO	DELINEAMENTO	INTERVENÇÃO	DESFECHOS
“Recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes diabéticas do pré-natal de alto risco de Itajaí: fatores de risco”	Brasil 2017	Estudo descritivo e retrospectivo e de desenvolviment o transversal	Objetivo – identificar perfil de mulheres portadoras de DMG na presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional	Prevalência de RN GIG de 15%; a macrossomia fetal é mais frequente em gestantes com menos de 30 anos de idade, brancas, que apresentavam IMC

			Intervenção – análise de prontuários de pré-natal	– maior ou igual a $30\text{kg}/\text{m}^2$.
“TeleCondutas nº24 – Diabetes e Gestação”	Brasil 2017	Manual de TeleCondutas	Objetivo – diagnóstico, diferenciação da DM na gestação e DMG e tratamento. Intervenção – terapia farmacológica a não-farmacológica	– Definição de exames e condutas necessárias para o acompanhamento de uma gestante diante do contexto Diabetes e gestação.
“Morbilidade Neonatal na Diabetes Gestacional: Coincidência ou Consequência do Consenso de 2011”	Portugal 2017	Estudo observacional analítico com análise retrospectiva de dados	Objetivo – associar a morbimortalidade perinatal associado com o novo protocolo de diagnóstico e abordagem da DG Intervenção – análise do novo protocolo de diagnóstico e abordagem da DG	– Aumento dos casos de hipoglicemia neonatal, de recém-nascidos LIG e de anomalias congênicas.
“Impacto do trimestre de diagnóstico no Diabetes	Brasil 2018	Estudo retrospectivo descritivo	Objetivo – analisar a influência do trimestre de	– Não foi encontrada diferença após ajustes com outros fatores na diminuição ou

<p>Mellitus Gestacional, no tratamento utilizado e na classificação de peso do recém-nascido”</p>			<p>diagnóstico de DMG nos desfechos materno-fetais</p> <p>Intervenção – rastreamento de diagnósticos do DMG baseado nas diretrizes da Internacional Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)</p>	<p>aumento da razão de chance entre os grupos com diagnóstico no primeiro e terceiro trimestre em relação ao segundo.</p>
<p>“Gestação e deficiência de vitamina D: artigo de revisão na literatura”</p>	<p>Brasil 2017</p>	<p>Revisão de literatura especializada</p>	<p>Objetivo – analisar reposição de vitamina D para gestantes</p> <p>Controle – evitar consequências potencialmente graves na saúde materna e no desenvolvimento fetal e do recém-nascido</p>	<p>As consequências da falta da vitamina D para as gestantes são: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e parto pré-termo; para os recém-nascidos são: baixo peso, raquitismo neonatal, risco de hipocalcemia neonatal, asma, diabetes tipo I, além de uma série de danos associados ao neurodesenvolvimento e ao sistema imunológico da criança.</p>

<p>“Desfechos materno-fetais de gestantes com e sem Diabetes Mellitus Gestacional”</p>	<p>Brasil 2019</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Objetivo – gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional e início de tratamento entre 13 e 33 semanas de gestação com DHEG, RN PIG e GIG e necessidade de UTI que preencheram os critérios diagnósticos segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)</p> <p>Intervenção – exame de glicemia em jejum</p>	<p>População diabética com idade materna mais elevada, maior número de gestações anteriores e incidência de obesidade superior. RN filhos de mães diabéticas apresentaram menor idade gestacional no momento do parto, maior quantidade de cesarianas e foram encontradas mais malformações fetais.</p>
<p>“Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com o</p>	<p>Brasil (2017/2018)</p>	<p>Estudo de Triagem</p>	<p>Objetivo – analisar SM em grupo de 18 a 45 anos, com pós parto entre 6 meses e 1 ano; excluiu-se mulheres com DM II, hepatopatia</p>	<p>Maioria das pacientes apresentou sobrepeso, circunferência abdominal média elevada e valores de bioimpedância acima do preconizado. Percentual de gordura</p>

<p>diagnóstico de diabetes gestacional prévio”</p>			<p>crônica, insuficiência cardíaca, uso de glicocorticoide e as que não realizaram todas as etapas</p> <p>Intervenção – avaliar a relação da frequência de SM, obesidade, intolerância à glicose e DM II com o consumo alimentar habitual atual de macro e micronutrientes.</p>	<p>de 34,6% para as sem SM e de 40% para as com SM. Maioria com CC acima do normal e de HDL elevado, e menos de 50% apresentavam pressão, triglicerídeos e glicemia de jejum elevados. Não encontrou diferenças significativas entre a comparação de consumo de macro e micronutrientes nos grupos com e sem SM.</p>
<p>“Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas no município de Itajaí, SC”</p>	<p>Brasil 2019</p>	<p>Estudo retrospectivo descritivo e observacional</p>	<p>Objetivo – identificar a prevalência de gestantes diabéticas e descrever desfechos obstétricos</p> <p>Intervenção – levantar perfil epidemiológico das pacientes com DMG que realizaram acompanhamento</p>	<p>O percentual de parturientes diagnosticadas com DMG foi de 16,46%. Na sua maioria, eram brancas, com faixa etária predominante entre 31 e 35 anos, ensino médio completo e obesas. A maioria teve um pré-natal adequado, sem intercorrências, com primeira consulta no primeiro trimestre e</p>

			no serviço de pré-natal de alto risco.	mais de oito consultas durante toda a gestação.
--	--	--	--	---

As características metodológicas dos artigos incluídos foram semelhantes em “Recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes diabéticas do pré-natal de alto risco de Itajaí: fatores de risco”, “Impacto do trimestre de diagnóstico no Diabetes Mellitus Gestacional, no tratamento utilizado e na classificação de peso do recém-nascido” e “Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas no município de Itajaí, SC”, na categoria de estudo retrospectivo descritivo; “Morbilidade Neonatal na Diabetes Gestacional: Coincidência ou Consequência do Consenso de 2011” e “Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas no município de Itajaí, SC”, como estudo observacional; “Recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes diabéticas do pré-natal de alto risco de Itajaí: fatores de risco” e “Desfechos materno-fetais de gestantes com e sem Diabetes Mellitus Gestacional”, como estudo transversal; apenas em “Gestação e deficiência de vitamina D: artigo de revisão na literatura” foi abordada a revisão de literatura especializada; e, em “TeleCondutas nº24 – Diabetes e Gestação”, manual de telecondutas. A análise dos resultados dos artigos selecionados definiu condutas para o diagnóstico e para o tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional.

Dessa maneira, pode-se concluir que o rastreio entre as gestantes inicia-se no primeiro trimestre de gravidez. Na primeira consulta de pré-natal, durante a anamnese e exame clínico, deve ser abordado questões de antecedentes fisiológicos e patológicos, cálculo de IMC, da circunferência da cintura e do percentual de gordura (bioimpedância), aferição de pressão arterial, aplicação do Questionário Quantitativo de Frequência de Consumo Alimentar (QQCA) e prescrição de exames laboratoriais, como perfil glicêmico e lipídico. Além disso, é necessário medir a glicemia de jejum.

Caso haja uma hiperglicemia na gestação, deve-se diferenciar DMG de DM na gestação. O primeiro ocorre quando a hiperglicemia, verificada pela primeira vez na gravidez, possui níveis glicêmicos que não atingem os critérios para um diagnóstico de DM. Já DM na gestação tem como características a presença de DM (tipo 1 ou 2) diagnosticada antes da gestação ou DM durante a gestação com glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL, glicemia 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra maior

ou igual a 200 mg/dL, Hemoglobina Glicada maior ou igual a 6,5% e glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de poliúria, polidipsia e perda de peso.

Para diagnóstico da DMG, o exame de glicemia em jejum deve ser maior ou igual a 126 mg/dL. Se o valor obtido for entre 85 mg/dL até 125 mg/dL e a gestante possuir algum fator de risco, é necessário submetê-la ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas. Nele, após a ingestão de 75g de glicose, em jejum de 8 a 14 horas, será colhido amostras de sangue em jejum, após 1 hora e após 2 horas. Assim, se os valores foram maior que 95 mg/dL, 180 mg/dL e 155 mg/dL, respectivamente, pode-se confirmar o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Entretanto, caso apenas um dos valores se altere, repete-se o exame de TOTG na 34ª semana de gestação.

O tratamento de tal acometimento é feito, inicialmente, por mudança de hábitos de vida, como alimentação e atividades físicas. Uma dieta balanceada, com 3 refeições diárias e de 2 a 4 lanches, evitando cetose, com restrição de carboidratos (cerca de 40 a 55% do total de calorias) e preferência para os de baixo índice glicêmico; o uso de adoçantes artificiais não calóricos com moderação, o não uso de álcool e o controle de ganho de peso durante a gravidez (de 5kg a 18kg – dependendo do IMC) são terapias nutricionais que promovem a manutenção da glicemia.

Durante a gravidez, pode manter as atividades físicas da gestante, entretanto com orientação de que não haja fortes impactos e que tenha duração média de 20 minutos ao dia, ou seja, recomenda-se exercícios leves de alongamento e treinamento do assoalho pélvico.

Esse tipo de terapia, chamada terapia não farmacológica atinge cerca de 70 a 85% o plano de normalidade. Todavia, caso não seja suficiente, após duas semanas, é necessário o uso de antidiabéticos orais (metformina e glibenclamida), com prevalência do uso de metformina. Esse é seguro desde o primeiro trimestre de gestação e, de acordo com os estudos, não mostraram complicações nos desfechos fetais, exceto pelo discreto aumento de peso dos filhos de mães que usaram metformina. Sua dose inicial é de 500 mg uma vez ao dia, com dose máxima de 1000 mg duas vezes ao dia. Sua contraindicação está em pacientes com insuficiência hepática descompensada, taxa de filtração glomerular menor que 30ml por minuto, insuficiência cardíaca congestiva grave e doença pulmonar obstrutiva crônica. Cerca de 30% das pacientes irão necessitar de terapia adicional com insulina.

A glibenclamida, embora tenha eficácia parecida com a da insulina e segurança de uso a partir do segundo trimestre, houve o aumento de hipoglicemia neonatal e macrosomia fetal nos filhos de mães usuárias de glibenclamida. O objetivo desse medicamento, assim como a insulina, é provocar a hipoglicemia materna. Sua dose inicial é de 2,5 a 5 mg uma vez ao dia, aumentando conforme o necessário para um máximo de 20 mg por dia, repartidos em 2 a 3 vezes, de 30 a 60 minutos antes das refeições.

Além desses métodos de tratamento, também há a insulino-terapia, recomendada quando há alto risco de falha com o tratamento oral e quando as mudanças de hábitos e a metformina não conseguem manter os níveis de glicemias adequados. A dose inicial deve ser em torno de 0,2-0,5 UI/kg/dia (uma ou duas aplicações diárias).

Tendo isso em vista, o tratamento da DMG deve ser iniciado o mais prévio possível e a gestante será acompanhada ao Pré-Natal de Alto Risco, pois há um maior risco de malformações no primeiro trimestre.

6. DISCUSSÃO

A presente revisão buscou identificar e descrever a designação de diagnóstico e tipo de tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional. Foram identificados glicemia em jejum, TOTG (Teste Oral de Tolerância à Glicose) a partir da 24ª semana em jejum, após 1 hora e após 2 horas e hemoglobina glicada como exames em comum para o diagnóstico. No estudo “Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional prévio”, a DMG foi identificada a partir de padrões ímpares: cintura abdominal maior que 88 cm, colesterol HDL menor que 50 mg/dL, triglicerídeos maior que 150 mg/dL, pressão arterial acima de 130/85 mmHg e glicemia de jejum maior que 100 mg/dL.

No manual de telecondutas “TeleConduta – Diabetes e Gestação”, destaca que em locais ausentes de TOTG, o Ministério da Saúde recomenda para mulheres cujo primeiro exame de glicemia em jejum era inferior a 92 mg/dL repeti-lo entre a 24ª e 28ª semana.

Já sobre o tratamento, foi possível observar uma maior expressão na terapêutica não-farmacológica, a partir de mudanças de hábitos alimentares e prática de atividades físicas. Entretanto, se em 2 semanas não houver melhora do quadro de hiperglicemia, começa-se a introduzir hipoglicemiantes orais, insulinas e combinações desses, de acordo com a necessidade e resposta metabólica de cada gestante.

No estudo “Impacto do trimestre de diagnóstico no diabetes mellitus gestacional, no tratamento utilizado e na classificação de peso do recém-nascido” foi ressaltado a necessidade de controle de glicemia capilar periférica domiciliar em jejum, uma hora após o café da manhã e uma hora após o almoço ou jantar a fim de controlar os estágios de hiperglicemia durante o dia.

7. CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados nesta revisão integrativa, observou-se que as evidências foram suficiente para estabelecer critérios que designem o diagnóstico e o tratamento da DMG. Contudo, observa-se pequenas diferenças insignificantes na adequação dos padrões estabelecidos nos exames de glicemia em jejum e TOTG.

Assim, sugere-se a condução de ensaios clínicos com rigorosa descrição metodológicas e amostras significativas para fundamentar valores preconizados para o diagnóstico da síndrome metabólica. O mesmo processo já não é recomendado no tratamento dessa, pois varia de gestante para gestante de acordo com seu metabolismo.

Esses estudos são imprescindíveis para estabelecer a melhor evidência de diagnóstico que garanta rastreamento eficaz das gestantes, pré-natal adequado e tratamento que não interfira no desenvolvimento fetal ou que cause sequelas futuras ao recém-nascido (RN), como RN grande para a idade gestacional (GIG), ou à gestante, como pré-eclâmpsia.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al., A. W. (2018). *TeleCondutas: Diabetes e Gestação*. Porto Alegre: TelessaúdeRS.

Al., B. L. (2019). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES DIABÉTICAS NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 34-55.

Al., D. C. (2018). IMPACTO DO TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO NO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, NO TRATAMENTO UTILIZADO E NA CLASSIFICAÇÃO DE PESO DO RECÉM-NASCIDO. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 137-146.

Al., M. d. (2018). Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional prévio. *BRASPEN J*, 64-9.

Al., R. R. (2019). DESFECHOS MATERNO-FETAIS DE GESTANTES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 79-92.

ANPED. (07 de abril de 2016). Acesso em 18 de agosto de 2020, disponível em <https://anped.org.br/news/nova-resolucao-5102016-de-etica-na-pesquisa>

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO PÓS-GESTAÇÃO. (2014-2015). *Diretrizes SBD*, 192-197.

Ferreira, L. A., Piccinato, C. d., Cordioli, E., & Ziotnik, E. (2020). ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PRÉ-GESTACIONAL, GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO E RESULTADO PERINATAL: ESTUDO DESCRITIVO RETROSPECTIVO. *EINSTEIN*, pp. 1-6. Acesso em 27 de JUNHO de 2020, disponível em https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-18-AO4851/2317-6385-eins-18-AO4851-pt.x57660.pdf

Gabriela Mimoso, G. O. (2017). Morbidade Neonatal na Diabetes Gestacional: Coincidência ou Consequência do Consenso de 2011. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 589-598.

Gabrielli Zanotto de Oliveira, S. Z. (2017). RECÉM-NASCIDOS GRANDES PARA A IDADE GESTACIONAL EM GESTANTES DIABÉTICAS DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DE ITAJAÍ: FATORES DE RISCO. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 80-96.

Hellman, P., Trindade, M. A., Fonseca, L. D., Nascimento, I. B., & Silva, J. C. (2019). ALTERAÇÕES GLICÊMICAS EM MULHERES PÓS DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *O Mundo da Saúde*, 909-915. doi:10.15343/0104-7809.20194304902915

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, 17(8), 758-64.

Montenegro, C. A., & Filho, J. d. (s.d.). *OBSTETRÍCIA* (13 ed.).

Padilha, P. d., Saunders, C., Machado, R. C., Silva, C. L., Bull, A., Sally, E. d., & Accioly, E. (2007). ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL PRÉ-GESTACIONAL E A PREDIÇÃO DO RISCO DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS. *Revista*

Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, pp. 11-8. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n10/04.pdf>

Pereira, B. G., & Al., e. (2019). RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO BRASIL. *FEMINA*, 786-96. Acesso em 27 de JUNHO de 2020, disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046553/femina-2019-4711-786-796.pdf>

Priscila Aparecida Martins Goulart, R. N. (2017). Gestação e deficiência de vitamina D: Artigo de Revisão na Literatura. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 173-181.

Schmidt, M. I., & Reichelt, A. J. (Fevereiro de 1999). CONSENSO SPBRE DIABETES GESTACIONAL E DIABETES PRÉ-GESTACIONAL. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 43, pp. 14-19. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/abem/v43n1/12048.pdf>

Silva, R. R., Souza, M. L., Oliveira, L. C., Silva, T. R., Bertoli, J. P., & Silva, J. C. (jul-set de 2019). DESFECHOS MATERNO-FETAIS DE GESTANTES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, pp. 79-92. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1023505>

Weinert, L. S., Silveiro, S. P., Oppermann, M. L., Salazar, C. C., Simionato, B. M., Siebeneichier, A., & Reicheit, A. J. (2011). DIABETES GESTACIONAL: UM ALGORITMO DE TRATAMENTO MULTIDICLIPLINAR. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, p. 55/7. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>