

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Andreza Neves da Luz¹
Augusto da Silva Tiburcio²
Leonardo Guimarães de Andrade³

RESUMO: O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma complicação que atinge o metabolismo da gestante, resultando em intolerância à glicose e consequente hiperglicemia, originada pela insuficiência de insulina materna. O que é sempre indicado como forma de tratamento são os exames de rotina, atividades físicas, a ingestão de medicamentos orientados pelo médico e dietas, pois são capazes de controlar a glicose sanguínea. É importante que o profissional de saúde saiba orientar a gestante para que a mesma siga de maneira criteriosa todas as orientações concedidas pelo médico obstetra a fim de se evitar o desenvolvimento da doença e/ou deixe a doença controlada no período gestacional. O farmacêutico é de grande importância, pois cabe à ele orientar de como fazer o tratamento corretamente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus gestacional. Fatores de risco. Diagnóstico. Tratamento. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT: Gestational diabetes mellitus (GDM) is a complication that affects the metabolism of the pregnant woman, resulting in glucose intolerance and consequent hyperglycemia, caused by maternal insulin insufficiency. What is always indicated as a form of treatment are routine exams, physical activities, the intake of medications guided by the doctor and diets, as they are capable of controlling blood glucose. It is important that the health professional knows how to guide the pregnant woman so that she carefully follows all the guidelines given by the obstetrician in order to avoid the development of the disease and/or keep the disease under control during the gestational period. The pharmacist is of great importance, as it is up to him to guide how to carry out the treatment correctly.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus. Risk factors. Diagnosis. Treatment. Pharmaceutical attention.

¹Graduanda em Farmácia pela Universidade Iguazu- UNIG.

² Graduando em Farmácia pela Universidade Iguazu- UNIG.

³ Professor Orientador do curso de Farmácia pela Universidade Iguazu- UNIG

I. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é considerado como um problema de saúde pública, isto por ser uma doença que apresenta disfunção metabólica bastante comum no período gestacional. Assim sendo, é de grande relevância que se busque ainda mais informação acerca da DMG, para que desse modo, efetive-se ações de sensibilização as gestantes sobre a importância do tratamento e especialmente aos riscos materno-infantil associados a essa doença (LIMA, 2018).

O DMG é definido como a alteração dos níveis de glicose na gestação e ocorre normalmente no segundo ou terceiro trimestre. A prevalência desta condição varia entre 1 e 14% das gestações. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento é o ganho excessivo de peso na gestação, podendo acarretar problemas tanto para a mãe quanto para o feto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) representa uma das possíveis intercorrências às quais a gestante está exposta. Devido a elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). (MIRANDA *et al.*, 2018).

O diagnóstico precoce das gestantes portadoras de DMG é de suma importância, por isso é imprescindível que os exames sejam realizados ainda no primeiro trimestre, quando se inicia o Pré-Natal. Pois através da identificação de alterações na glicemia, é possível orientar a gestante acerca dos cuidados que deve adotar durante a gravidez, ressaltando a importância de minimizar os efeitos adversos que causam alterações metabólicas sobre o binômio mãe-filho, assim como também de identificar quais são as mulheres que apresentam um maior risco de desenvolver diabetes futuramente (ROSSET, 2020).

O diagnóstico envolve duas fases distintas que são elas o rastreamento e o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG), no primeiro trimestre da gestação os 4 valores costumam ser menores glicêmicos da gestante costumam ser menores, sendo estimados como valor de referência negativo para DMG a glicemia inferior a 85mg/dL. Se valores iguais ou superiores a 92mg/dL forem obtidos na avaliação entre a 24^a/28^a semana gestacional, o rastreamento será considerado positivo. Valores acima

de 110 mg/dL confirmam o DMG em qualquer fase da gestação (MORAIS *et al.*, 2018, MIRANDA *et al.*, 2018).

Considera-se que cada gestante vivencia a gravidez e o diagnóstico de DMG de maneira distinta. Assim, faz-se necessário promover um cuidado congruente com a realidade e a cultura de cada gestante, atentando para as suas dificuldades e necessidades. É fundamental que se tenha conhecimento dos sintomas relacionados como, poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso espontâneo. A partir desses sintomas, a gestante necessita ser avaliada criteriosamente e com agilidade a fim de apurar demais manifestações de repetição podem ser algumas dessas manifestações (PITTA, 2019).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as principais causas da Diabetes de Mellitus gestacional e os perigos que representa para mulher e bebê, apresentando o melhor tratamento e como o farmacêutico pode orientar essas pacientes.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais causas da Diabetes gestacional;
- Relatar como é feito o diagnóstico;
- Mencionar as causas da Diabetes gestacional;
- Listar os tratamentos para doença;
- Verificar como o farmacêutico pode contribuir para o diagnóstico e tratamento da Diabetes gestacional.

3. METODOLOGIA

O seguinte estudo foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica da literatura científica a partir do tema proposto, através de pesquisas nas bases de dados de artigos científicos eletrônicos como: PUBMED, SCIEL, Google acadêmico e Ministério da Saúde. Para o levantamento bibliográfico, os artigos escolhidos foram pesquisados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português e inglês. Para a coleta de dados foram usados os seguintes descritores: Diabetes Mellitus gestacional; Fatores de risco; Diagnóstico; Tratamento; Atenção farmacêutica.

Foram usados arquivos dos anos de 2018 à 2023, que estavam dentro dos objetivos propostos. Quanto à formatação, foram seguidas as normas da ABNT.

4. JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema, pois a diabetes gestacional precisa ter mais atenção para seu diagnóstico e tratamento, pois pode causar danos tanto para mulher como para o bebê, a falta de atenção adequada causa impacto na saúde pública, pois a mulher pode desenvolver diabetes em futuras gestações ou até mesmo continuar com diabetes depois da gestação.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1. Diabetes mellitus gestacional (DMG)

De acordo com Pinheiro (2017) DMG acomete mulheres em período gestacional. É uma doença que atinge as células que utilizam o açúcar (glicose), causando graus notáveis dessa matéria no sangue, sendo uma ocorrência que pode atingir o percurso da gravidez e a saúde do bebê. São consideradas portadoras da diabetes gestacional as mulheres que adquirem essa doença no período de gravidez e que após o nascimento do bebê é habitual o seu desaparecimento.

Conforme relatos de Jerônimo *et al.*, (2018) a DMG é uma patologia identificada em exames de sangue, no começo da gravidez ou na 24^a semana da gestação. Se a DM for identificada, é necessário um acompanhamento médico criterioso e específico, fazendo-se exames periódicos e detalhados, como a curva glicêmica. Grande parcela das mulheres portadoras da DMG consegue controlar o açúcar apenas por dieta e/ou atividade física.

Segundo Carvalho (2018) a insulina é um hormônio desenvolvido no pâncreas e sua função é equilibrar o acúmulo de açúcar (glicose) no sangue e possibilita que o açúcar não seja armazenado de maneira excessiva. Com a ausência da insulina, o açúcar dos alimentos disponibilizados no sangue não é filtrado pelas células e se aglomera no sangue ocorrendo a DM.

O DMG apresenta etiologia multifatorial, mas sua fisiopatogênica se deve, principalmente, ao fato de que durante a gestação a placenta produz hormônios como lactogênio placentário, progesterona e cortisol, que são responsáveis por gerar um

estado de resistência insulínica, com isso o pâncreas materno tenta aumentar sua produção de insulina na tentativa de compensar essa resistência, porém nem sempre essa produção é suficiente, e a consequência é um aumento dos níveis de glicose materna, que conseqüentemente, apresentará difusão placentária, chegando até o feto (COUTO LCS, *et al.*, 2022).

Quanto aos fatores de risco, associado ao desenvolvimento de diabetes durante a gestação destaca-se os hábitos de vida da sociedade atual, cuja base é o sedentarismo e alimentação com predomínio de produtos industrializado, com isso, a porcentagem de adultos com sobrepeso e obesidade, tem aumentado drasticamente. Portanto, mulheres obesas, com IMC superior à 30kg/m², são mais propensas a apresentarem tal comorbidade. Além disso, a presença de história familiar de diabetes, também é um fator de risco para o desenvolvimento durante a gestação. Por fim, idade materna avançada, também esteve relacionada com maior prevalência de diabetes durante a gestação (BARROS BS, *et al.*, 2021).

5.2. Diagnóstico

De acordo com Carvalho (2018) existem muitas maneiras de diagnosticar a diabetes gestacional, habitualmente é realizado utilizando três formas de exames: glicemia de jejum, teste oral de intolerância a glicose e hemoglobina glicada.

A glicemia em jejum deve ser realizada em todas as grávidas no primeiro trimestre de gestação, sendo um exame capaz de identificar quais gestantes possuem maior probabilidade de apresentar diabetes gestacional (BATISTA, 2018).

Pereira (2018) diz que o exame de glicemia em jejum tem a finalidade de definir a quantidade de glicose no sangue, sendo a primeira etapa para a identificação da diabetes. O procedimento é considerado em normalidade quando o resultado alcançado é de 70 a 99 mg/dl. É por meio de coleta de sangue que esse procedimento é realizado e o paciente deve estar em jejum no período mínimo de 8h.

O teste oral de tolerância à glicose, Carvalho (2018) menciona que deverá ser realizado em gestantes com 24 ou 28 semanas de gestação. Nesse teste a paciente ingere 75g de glicose e após um repouso de 2 horas é realizado a dosagem da glicemia ou 50g e após o repouso de 1 hora é realizado a dosagem da glicemia.

É essencial que essa avaliação seja feita 24 e 28 semanas de gestação, tendo em vista que é o período de elevada produção de hormônios placentários que disponibilizam força periférica a insulina, sendo primordiais para conservar os níveis de glicose no sangue necessário para a plena evolução do feto (BATISTA, 2018).

Já a avaliação da hemoglobina glicada demonstra os níveis de glicose dos últimos três meses. O teste pode ser realizado em aparelhos apropriados ou em laboratórios (MARQUES, 2018).

Pimazoni (2018) enfatiza que esse exame quando realizado para a avaliação de equilíbrio de glicose de pacientes com DM deve ser feito a cada três meses em para as situações de DM com os níveis mais elevados, decorrente de descontrole e seis meses para pacientes com DM com taxas de glicose equilibradas.

5.3. Causas da diabetes gestacional

Tendo características fisiopatológicas semelhantes a Diabetes Mellitus do tipo 2, a Diabetes Gestacional pode ser caracterizada pela fisiologia deficitária do pâncreas na liberação e síntese da insulina e/ ou na incapacidade da insulina em desempenhar o seu papel. Além disso pode também apresentar diferentes graus de resistência insulínica (CAVALCANTI *et al.*, 2018).

Durante a gestação o metabolismo materno passa por adaptações para atender de forma eficiente as necessidades nutricionais da unidade feto placentária. No primeiro trimestre a glicose é carregada para o feto por meio de difusão facilitada e os aminoácidos são transportados ativamente para a circulação placentária. A diminuição nos níveis de glicose e a perda de substrato para glicogênese são aspectos que podem levar a hipoglicemia materna neste período. Durante o segundo trimestre se dá início a resistência à insulina que progride no terceiro trimestre a níveis semelhantes ao da diabetes mellitus do tipo 2 (ZUGAIB, 2019).

Segundo Rezende e Montenegro (2018), na primeira metade do período gestacional os hormônios atuam como facilitadores para o acúmulo energético materno. Já na segunda metade, eles iniciam o favorecimento da transferência energética para o feto de acordo com as necessidades ocasionadas pelo seu desenvolvimento. A deficiência fisiológica do pâncreas na diabetes gestacional é ocasionada pela influência de diferentes hormônios que atuam como

contrarreguladores da ação da insulina e levam ao aumento na resistência insulínica. O hormônio lactogênico placentário (hPL) é citado como principal contrarregulador a ação da insulina (REZENDE & MONTENEGRO, 2018).

Este hormônio atua durante o período gestacional na adaptação materna, possibilitando atender as necessidades energética do embrião e leva ao aumento da resistência insulínica na mãe para garantir uma maior transferência de nutrientes para o feto. O hPL também favorece a síntese proteica, pois proporciona uma fonte de aminoácidos com objetivo de garantir substrato suficiente para o conjunto materno fetal (CUNNINGHAM, 2020).

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2020) são fatores de risco para o acometimento da diabetes gestacional: idade materna; sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; crescimento fetal excessivo; hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; histórico de abortamento de repetição; má formação; morte fetal ou neonatal; macrossomia; síndrome do ovário policístico (SOP); baixa estatura (menos de 1,5 metro).

Mesmo esses não sendo fatores determinantes para diagnóstico eles auxiliam a identificar possíveis etiologias para o surgimento da diabetes gestacional, uma vez que 90% das gestantes acometidas apresentam uma dessas condições (ZUGAIB, 2019).

5.4. Tratamento

O tratamento e controle da diabetes gestacional inclui: monitoramento glicêmico diariamente, seguir dieta prescrita, praticar atividades física e, se necessário, fazer o uso de medicamentos como a insulina. Para as gestantes o primeiro tratamento é iniciado com dieta reduzida de carboidratos associada a atividade física. A prática de atividade física, ajuda no controle de peso, na sensação de bem-estar e melhora a qualidade do sono. Porém o impacto direto da atividade física na redução da glicose na diabetes gestacional requer maiores investigações (FERNANDES & BEZERRA, 2020).

O ganho de peso indicado ao longo da gestação baseia-se na avaliação do IMC pré-gestacional ou no IMC obtido no início do pré-natal. O valor total prescrito deve

ser individualizado e conter 40 a 55% de carboidratos, 15 a 20% de proteínas e 30 a 40% de gordura, e recomenda-se consumo mínimo diário de 175g de carboidratos, 71 g de proteínas (1,1 g/kg/dia) e 28 g de fibras (GOLBERT *et al.*, 2019-2020).

Deve-se dar preferência ao consumo de alimentos que contenham carboidratos com baixo índice glicêmico. A dieta com baixo índice glicêmico no DMG se associou à diminuição da necessidade de indicar o uso de insulina e menor ganho de peso ao nascer. Conforme recomendados pela OMS e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Podem ser usados para a substituição da sacarose os edulcorantes (aspartame, sacarina, acessulfam-k e sucralose) que devem ser utilizados com moderação. Deve ter uma atenção especial quanto à adequação de doses de insulina, aos horários de sua administração e ao conteúdo dos nutrientes fornecidos de todas as refeições (GOLBERT *et al.*, 2019-2020).

Se a gestante fizer a dieta e a prática associada de atividade física como indicado e, não ocorrer diminuição dos valores glicêmicos em duas semanas, poderá necessitar do tratamento farmacológico. Entretanto, isso dependerá dos valores glicêmicos analisados por exames sanguíneos e também da avaliação ecográfica, que irá mostrar possíveis sinais de crescimento excessivo do feto (WEINERT *et al.*, 2018).

A dose inicial de insulina é de 0,5 U/kg, com ajustes individualizados para cada caso. Em geral, associam-se insulinas humanas de ações intermediária e rápida. Os análogos de insulina asparte e lispro têm vantagens sobre a insulina regular, promovendo melhor controle dos níveis de glicemia pós-prandiais com menor ocorrência de hipoglicemias (GOLBERT *et al.*, 2019-2020).

Recomenda-se o monitoramento das glicemias capilares pré e pós-prandiais quatro a sete vezes por dia, especialmente nas gestantes que usam insulina. Após 2 semanas de dieta, se os níveis glicêmicos permanecerem elevados (jejum \geq 95 mg/dL e 1 hora pós-prandial \geq 140 mg/dL ou 2 horas pós-prandiais \geq 120 mg/dL), deve-se iniciar tratamento farmacológico (GOLBERT *et al.*, 2019-2020).

O tratamento farmacológico de escolha, de acordo com a FDA e Anvisa, é a insulino terapia. É importante ressaltar que todo o tratamento deve ser acompanhado pelo obstetra e demais profissionais qualificados que atendem a gestante (BLOTA; 2018). O uso de hipoglicemiantes orais não é a primeira escolha, pois a metformina

atravessa barreira placentária. Já a glibenclamida está relacionada ao maior risco de hipoglicemia neonatal. Nenhuma das duas drogas apresentou efeito teratogênico em estudos anteriores (KELLEY *et al.*, 2018).

5.5. Orientação farmacêutica

A inclusão da assistência nutricional e farmacêutica para os casos de DMG no programa pré-natal é essencial, pois no decorrer das consultas e acompanhamentos, o profissional farmacêutico poderá orientar a gestante sobre o uso dos medicamentos, assim como preparo ou aplicação, no caso de tratamento farmacológico (LIN PC, *et al.*, 2018).

O tratamento multidisciplinar em pacientes de DMG proporciona um desfecho satisfatório para a mãe e filho semelhantes ao de uma gravidez de baixo risco, sem o diagnóstico de DMG. A avaliação, orientação e acompanhamento identificam de forma precoce as alterações metabólicas e permitem a adoção de médicas terapêuticas farmacológicas ou não de forma eficaz e conseqüentemente minimizam a existência de intercorrências durante a gestação e de complicações causadas pela patologia (MORAIS, *et al.*, 2019).

A relação entre farmacêutico e paciente se dá por meio de ações de atenção farmacêutica (AT) que busca orientar e acompanhar o paciente no tratamento farmacoterapêutico. Quando essa relação é estabelecida, estima-se que a AT é uma maneira de buscar e resolver todos os problemas relacionados com o uso de medicamentos que possam surgir durante o tratamento do paciente alcançando assim o efeito desejado. Com a AT pode-se alcançar resultados mais satisfatórios em relação ao acompanhamento das gestantes com diabetes, pois assim toda equipe multiprofissional poderá contribuir e o farmacêutico conseguirá aumentar a eficácia terapêutica da paciente, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida (MOREIRA e SANTOS, 2020).

Segundo Melo (2018) é importante reconhecer que se trata de uma doença crônica, multifatorial e progressiva, ou seja, cada paciente necessita de uma avaliação individual do seu estado de saúde para assim escolher o tratamento mais adequado. Além disso, para o autor, várias ocorrências de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), podem ocorrer durante qualquer tratamento, fazendo com que

o paciente não siga corretamente seu plano terapêutico. Esses problemas podem acontecer por carência da presença do profissional farmacêutico.

Em relação à medidas não farmacológicas, o farmacêutico durante a AT à gestante pode orientar sobre ações em saúde que visem melhorar a qualidade de vida da paciente como a ingestão periódica de água, a redução do consumo de líquidos que prejudicam a saúde como refrigerantes e bebidas com alto índice de açúcar, o controle do consumo de sal e café e também reduzir o consumo de alimentos processados. A presença da DMG, caso tenha complicações, pode contribuir ou influenciar no aparecimento do aumento da pressão arterial, o que gera a possibilidade de pré-eclâmpsia, associada à proteinúria e edema (VERNIER, 2018).

CONCLUSÃO

A Atenção farmacêutica é necessária em todos os níveis da saúde, atuando em conjunto com toda a equipe para construir uma visão holística do paciente e sua realidade. O farmacêutico contribui positivamente na construção de uma população consciente, orientada e informada sobre seu estado de saúde e sobre o seu tratamento medicamentoso ou não medicamentoso.

Com o diagnóstico da DMG, a gestante precisa de acompanhamento em saúde, intervenções restritivas e tratamento farmacológico para minimizar os efeitos da doença e reduzir os riscos. O cuidado farmacêutico promove a recuperação da saúde integralizada com o uso racional de medicamentos a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente, pois no decorrer das consultas e acompanhamentos, o profissional farmacêutico poderá orientar a gestante sobre o uso dos medicamentos, assim como preparo ou aplicação e assim permitir um bom controle metabólico que previne complicações e garante a qualidade de vida e de saúde das pacientes.

REFERÊNCIAS

BARROS BS, *et al.*, **A importância do pré-natal na prevenção de complicações materno-fetais do diabetes mellitus gestacional.** Revista Eletrônica Acervo Científico, 2021; 27:e 7588.

BATISTA. Emerson. **Diabetes gestacional: Diagnósticos**, 2018. Faculdade de Educação e Artes da Universidade do Vale do Paraíba, 2018.

CAVALCANTI, Cindel Neves *et al.*, **Diabetes gestacional**. Revista Presença, v. 4, n. 10, p. 29-42, mar. 2018.

CARVALHO, A. M. *et al.*, **Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus**. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, V. 10, N. 1, P. 8-13, 2018.

COUTO LCS, *et al.*, **Curva de altura uterina: comparação entre gestantes diabéticas com bom controle glicêmico e gestantes não diabéticas**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(7): e10674.

CUNNINGHAM, F. G. **Ginecologia de Williams**. 25^a ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill Education/ Medical, 2020.

FERNANDES, C.N.; BEZERRA, M.M.M. **O diabetes mellitus gestacional: causa e tratamento**. Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 14, n. 49, p. 127 - 139, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/profe/Downloads/2325-9492-1-PB%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/profe/Downloads/2325-9492-1-PB%20(7).pdf). Acesso em: 12 de março de 2022.

GOLBERT, A. *et al.*, **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes**. Clannad. p. 491, 2019-2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2023.

JERÔNIMO, Priscila da Silva *et al.*, **Terapia nutricional e diabetes mellitus gestacional: uma revisão bibliográfica**. 2018. Universidade Federal de Campina Grande, 2018.

KELLEY, K.W.; CARROLL, D.G.; MEYER, A. **A review of current treatment strategies for gestational diabetes mellitus**. Drugs in Context, n. 4: 212282, p. 1-15, 2015. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/88b9/835bd932de713de8fd74b364258d70725f67.pdf?_ga=2.190918570.1221044620.1664803889-572422850.1664803889. Acesso em: 12 de março de 2023.

LIMA, D.A.; BRASILEIRO, A.A; ROSA, L.P.S. **Riscos e consequências das diabetes gestacional: uma revisão bibliográfica**. Estudos., Goiânia, v.39. n. 4. p.561-567, out. 2018.

LIN PC, *et al.*, **The risk factors for gestational diabetes mellitus: A retrospective study**. Midwifery, 2018; 42:16-20.

MARQUES, Isabella de Cássia. **Diabetes mellitus: principais aspectos e diagnóstico através da dosagem de hemoglobina glicada**. 2018. Universidade Federal de Ouro Preto, 2018.

MELO MJ. **O papel do profissional farmacêutico no diabetes mellitus gestacional**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Faculdade de Juazeiro do Norte, 2018; 24 p

MIRANDA, Alexandra *et al.*, **Diabetes Gestacional: Avaliação dos Desfechos Maternos, Fetais e Neonatais**, Rev Port Endocrinol Diabetes Metab. 2018;12(1):36-44.

MORAIS AM, *et al.*, **Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional**. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, 2019; 9(2):1-8

MOREIRA TJ, SANTOS PL. **Impacto da atenção farmacêutica no manejo de pacientes diabéticos**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2020; 6: 96-110.

PITTA LM. **Descrevendo a atuação de enfermeiras nos cuidados à gestante com diabetes gestacional**. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, 2019.

REZENDE FILHO, J; MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende Obstetrícia**. 13^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ROSSETT, T.; WITTMANN, T.; ROTTA, K.; GONÇALVES, R.; PESCADOR, M. **Prevalência do diabetes mellitus gestacional em um ambulatório de alto risco do oeste do Paraná**. fag journal of health (fjh). 2020, 2(2), 195-204. Disponível em: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.193>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2023.

SDB- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2023.

VERNIER LS. **Triagem auditiva de neonatos de mães com Diabetes Mellitus e/ou hipertensão na gestação: uma revisão sistemática da literatura**. Rev. CEFAC. 2018; 21(3): e13717

WEINERT, L.S.; SILVEIRO, S.P.; OPPERMANN, M.L.; SALAZAR, C.C.; SIMIONATO, B.M.; SIEBENEICHLER, A.; REICHEL, A.J. **Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar**. ArqBrasEndocrinoMetab, v. 5, n. 7, p. 435-45, 2018.

ZUGAIB, M.; VIEIRA, R.P. **Obstetrícia**. 4^a ed. São Paulo: Manole, 2019