**DIABETES GESTACIONAL: UMA REVISÃO A CERCA DE SEUS ASPECTOS RELEVANTES**

Ivna Diógenes Carvalho¹; Kerlany Oliveira Carvalho¹; Polyanna Zimermann¹; Maria Goreth Pearce de Sousa Silva²

1Discente do curso de medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí - FAHESP/ Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - IESVAP

²Médica Cardiologista, docente do curso de medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí – FAHESP / Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP

**Modalidade:** Banner

**E-mail do Autor:** ivnadiogenes@hotmail.com

**Categoria:** Estudantes

**Área temática:** Educação em Saúde

**INTRODUÇÃO:** O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), é definido como uma intolerância a carboidratos, em mulheres que anteriormente eram euglicêmicas e desenvolveram tolerância limitada a glicose e diabetes pela primeira vez durante a gravidez. A prevalência global média de DMG é de 10% e a ocorre em cerca de 90% de todas as gestações acometidas pela intolerância à glicose. Quando não diagnosticada ou tratada corretamente pode trazer riscos tanto maternos quanto perinatais. **OBJETIVOS:** Abordar os aspectos relevantes relacionados à Diabetes Gestacional, bem como sua relação com a Diabetes Mellitus tipo II, a fim de ressaltar a importância de seu diagnóstico para prevenção de futuras complicações. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo exploratório realizado por meio de uma revisão de literatura. Para obtenção de dados pertinentes à temática, consultou-se as bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (MEDLINE/BVS). Foram utilizados os seguintes descritores: “Diabetes Gestacional”, “Diagnóstico”, “Fatores de Risco”, “Complicações Associadas”, “Tratamento”, de acordo com os Descritores em Ciência e Saúde (DeCS). Foram considerados artigos publicados entre 2000 e 2019, nas línguas Português e Inglês. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos e pesquisas que não englobassem o tema. **RESULTADOS:** A partir do momento em que a gravidez se faz presente, o metabolismo materno sofre alterações se adaptando as necessidades feto-placentária. No primeiro trimestre de gestação, os efeitos que prevalecem decorrem da utilização da glicose pelo feto, o que pode levar a uma tendência de hipoglicemia em jejum. Juntamente com o crescimento da placenta há o aumento de estrogênios, progesterona e lactogênio placentário humano (HPL) ou somatomamotrofina coriônica humana (HCS), os quais possuem ação antagônica à insulina, sendo assim, responsáveis pelo aumento da resistência insulínica. Os fatores de risco que propiciam a DMG incluem: idade >25 anos, obesidade ou ganha excessivo de peso na gravidez, história familiar de diabetes em parentes de 1° grau, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, síndrome do ovário policístico, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal e de macrossomia. O consenso estabelecido pela International Association Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) é que todas as mulheres grávidas, independente de apresentarem fatores de risco ou não, devem realizar o teste de glicemia em jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 24 a 28 semanas de gestação para o rastreamento da DMG. A partir disso, o critério para o diagnóstico é baseado no TOTG 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra, tendo como ponto de corte os seguintes valores: glicose em jejum ≥ 92mg/dL, ou um resultado de 1 hora de ≥ 180mg/dL, ou uma sequência de 2 horas ≥ 153mg/dL. No que se refere a complicações, estudos apontam que a gestante portadora de DMG não tratada, possui maior risco de rotura prematura de membranas parto pré-termo, feto macrossômico, óbito fetal idiopático, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, hiperbilirrubinemia e risco elevado de pré-eclâmpsia. Além disso, DMG é marcador de risco para o desenvolvimento de DMII, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares. Desse modo, a maioria das gestantes alcança os níveis glicêmicos desejados apenas com medidas não farmacológicas, como a orientação diética associada a atividades físicas. Entretanto, há quem necessitará de fármacos no esquema terapêutico, podendo ser utilizados hipoglicemiantes orais, como metformina, ou insulinoterapia, com opções de insulina de ação intermediaria (NPH) e análogos insulínicos de ação ultrarrápida. **CONCLUSÃO:** Portanto, o diagnóstico e acompanhamento do DMG é de extrema relevância para evitar a morbimortalidade materno-fetal. Dessa forma, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde e da população sobre a necessidade de se realizar a reavaliação e a orientação pós-parto, bem como o incentivo ao aleitamento materno, alimentação balanceada e a prática regular de atividades físicas. A busca ativa dessas mulheres é essencial e deve ser considerada como estratégia para promoção de saúde, especialmente dentro da Estratégia de Saúde da Família, identificando precocemente mulheres com alteração metabólica e possibilitando a adoção de ações de prevenção para complicações.

 **PALAVRAS CHAVE:** “Diabetes gestacional”; “Complicações associadas”; “Fatores de risco”.