

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: UMA VISÃO HOLÍSTICA DA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

BIBLIOGRAPHIC REVIEW: A HOLISTIC VIEW OF GESTATIONALDIABETES MELLITUS

Lays Lopes Monteiro¹
Francini Gomes Pinto Cherene²
Leonardo Araújo Gomes ³

RESUMO: O Diabetes Mellitus já é uma realidade em um número considerável da população brasileira e as gestantes não estão ficando fora dessa estatística. Nos últimos anos, vem aumentando consideravelmente o número de gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional, uma patologia que acarreta problemas materno fetais quando não diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada. O objetivo deste estudo é evidenciar que a doença é rotineira no meio obstétrico e que há evidências que tratamentos não farmacológicos, insulínicos e com hipoglicemiantes orais têm apresentado bons resultados. Para cumprir com o objetivo proposto, foi utilizado um estudo observacional transversal. Indubitavelmente, tratar a gestante traz segurança para todos os envolvidos, mas vale ressaltar que ainda no período puerperal, 6 semanas após o parto, é imprescindível que a puérpera realize o TOTG 75g de dextro para saber se a mesma desenvolveu apenas um Diabetes Mellitus Gestacional ou se a mesma se tornou portadora da doença.

Palavra-chave: Diabetes mellitus gestacional. Diabetes gestacional diagnóstico. Diabetes mellitus gestacional tratamento. Diabetes. Diabetes gestacional e Insulina.

ABSTRACT: Diabetes Mellitus is already a reality in a considerable number of the Brazilian population, and pregnant women are not staying out of it. In recent years, the number of pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus has been increasing considerably, a pathology that causes maternal-fetal problems when not diagnosed early and treated properly. The aim of this study is to show that the disease is routine in the obstetric environment and that there is evidence that non-pharmacological, insulin and oral hypoglycemic treatments have shown good results. To fulfill the proposed objective, a cross-sectional observational study was used. Undoubtedly, treating the pregnant woman brings security to everyone involved, but it is noteworthy that even in the puerperal period, 6 weeks after delivery, it is essential for the puerperal woman to perform the 75g TOTG of dextro to find out if she has only developed gestational diabetes mellitus or if she became a carrier of the disease.

Keyword: Gestational diabetes mellitus. Diagnostic gestational diabetes. Gestational diabetes mellitus. Treatment. Diabetes. Gestational diabetes and insulin.

¹ Farmaceutica. Acadêmica de medicina. E-mail: layslopesmonteiro@outlook.com

² Nutricionista. Acadêmica de medicina. E-mail: francini_gpc@hotmail.com

³ Ginecologista e obstetra. E-mail: dr.leonardoaraujo@outlook.com

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia (aumento de glicose no sangue) que cresce gradativamente com o passar do ano. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em 2019, já se estimava que a DM acometia por volta de 14,3 milhões de adultos entre 20-79 anos. No mundo obstétrico, sem dúvidas, a DM é uma das possíveis intercorrências às quais as gestantes estão expostas.⁽¹⁾

O DM durante a gravidez pode ser classificado como Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) ou Diabetes Mellitus Prévio à Gestação (DMPG) e é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal. O DMG, segundo o Ministério da Saúde (MS), a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a FEBRASGO, é caracterizado quando uma gestante euglicêmica passa a apresentar, pela primeira vez durante a gestação, um estado de intolerância à glicose de grau variado (hiperglicemia), ultrapassando os valores preestabelecidos pelas diretrizes. Esta hiperglicemia pode ou não persistir após o parto.⁽²⁻⁴⁾

O interesse pelo estudo do DM durante a gestação é muito antigo. Duncan, em 1882, já descrevia o DMG como: “Um tipo de diabetes que ocorre apenas durante a gestação, ausente em outros períodos, acarretando muitas vezes morte fetal e materna e podendo apresentar recorrência algum período após.” O DMG é um problema prevalente no mundo. Ele ocorre quando as gestantes não possuem capacidade de aumentar a produção de insulina de forma suficiente para neutralizar a resistência insulínica provocada pelos hormônios diabetogênicos produzidos durante a gestação, sendo eles o lactogênio placentário, cortisol e prolactina e pelas mudanças no controle glicêmico devido à própria gestação. Sua incidência é variável, porém existem alguns fatores que predisõem o surgimento. Por se tratar de uma doença muitas vezes silenciosa, é imprescindível fazer um pré-natal (PN) bem rigoroso, pois a mesma pode acarretar em complicações tanto para gestante quanto para o recém-nascido (RN).^(5,6)

Conforme a FEBRASGO (2019), aproximadamente um em cada seis nascimentos são de mulheres com hiperglicemia durante a gestação. Destas, 84% são decorrentes de DMG. Trata-se de uma porcentagem para a qual devemos ficar atentos, uma vez que o aumento da glicemia materna traz consequências que podem pôr o feto e a mãe em risco.

(I)

Algumas complicações mais frequentemente associadas ao DMG, quando não acompanhadas de forma adequada, são: a cesariana, a pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP, coagulopatia, deslocamento prematuro da placenta e o risco de DM pós-parto para a mãe (nesses casos, é importante que a puérpera, após seis semanas, repita o TOTG 75g de dextro para avaliar se necessita continuar tratamento), a prematuridade, a macrosomia, a distocia de ombro, a hipoglicemia e a morte perinatal para o concepto. Além disso, estima-se que a prevalência de atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional é de 18%, se utilizados os critérios diagnósticos atuais. (4,7,8)

A tabela 1 explicita os fatores de risco para o desenvolvimento da DMG. (9)

Quadro 1 – Fatores de risco para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Fatores de risco para o desenvolvimento de DMG
Histórico familiar de diabetes, especialmente em parentes de primeiro grau;
Peso pré-gestacional 10% acima do ideal ou ganho de peso significativo na fase adulta jovem;
Idade materna superior a 25 anos;
Gravidez prévia de feto maior que 4,1kg ou menor que 2,7kg;
Antecedente pessoal de intolerância à glicose;
Ser membro de grupos étnicos com altos índices de diabetes tipo 2;
Aborto inexplicado no período perinatal ou nascimento de uma criança mal-formada;
Glicosúria na primeira consulta pré-natal;
Síndrome do ovário policístico;
Uso corrente de glicocorticoides;
Hipertensão essencial ou hipertensão relacionada à gravidez;
Sedentarismo;
Baixo peso ao nascer ^(10,12)

1722

Fonte: MARUICHI; AMADEI; ABEL, 2018.

Os objetivos do presente estudo são alertar sobre a importância do diagnóstico precoce de Diabetes Mellitus Gestacional, ressaltar a importância do tratamento não farmacológico, abordar o tratamento farmacológico levando em consideração a monoterapia com insulina e associação ou monoterapia com hipoglicemiantes orais. O método adotado para o desenvolvimento do presente estudo foi a revisão Sistemática e Metanálise. Foram analisados artigos publicados nos últimos 5 anos.

OS ASPECTOS DA DIABETES MELITTUS GESTACIONAL E SEUS TRATAMENTOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Atualmente, o DMG é definido como qualquer intolerância à glicose detectada pela primeira vez durante a gravidez. Este conceito é adotado pelo National Diabetes Data Group (NDDG) a partir de 1979 e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1980.

Um estudo realizado por americanos e publicado na American Diabetes Association, em 2017, acompanhou o rastreamento de rotina de 3.744 gestantes

com DMG e mostrou que gestantes negras e hispânicas apresentaram risco aumentado em desenvolver a DMG quando comparadas a gestantes brancas, além de outros fatores de risco como: a idade materna mais avançada, ganho de peso excessivo durante a gestação, sobrepeso ou obesidade, Síndrome dos ovários policísticos, história prévia de bebês grandes (≥ 4 kg), história familiar de diabetes em parentes de 1º grau, história de diabetes gestacional na mãe da gestante, hipertensão arterial sistêmica na gestação e gestação múltipla. (10)

Dentre os fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento da doença, segundo o MS, o que chama a atenção são as pacientes que apresentam IMC entre 25 e > 30 , visto que esse aumento pode estar diretamente relacionado ao desenvolvimento da DMG, conforme estudos publicados pela Organização Pan Americana de Saúde (2017) em que se encontrou, como resultado, que aproximadamente 58% dos casos de Diabetes Mellitus diagnosticados, no Brasil, sejam originados da obesidade. (11)

No Brasil, aproximadamente 7,6% das gestantes com idade superior a 20 anos apresentam esta intercorrência, sendo 94% dos casos evidenciados por intolerância à glicose e os 6% restantes por hiperglicemia de jejum. As pacientes diagnosticadas previamente como diabéticas são classificadas como portadoras de DMPG. A maioria absoluta dos casos de DMPG é constituída de mulheres com diabetes do tipo 2 (DM2), caracterizado por surgir em idades mais tardias, ter relação com resistência periférica à insulina e deficiência relativa na secreção deste hormônio. Após estudo realizado pelo HAPO (HAPO Study (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome), chegou-se à conclusão de que para o diagnóstico de DMG após o TOTG 75 g de dextro basta um valor alterado para que o diagnóstico do mesmo seja fechado. (12)

Diversas formas de rastreamento do DMG já foram propostas, inclusive o rastreamento seletivo, a partir dos fatores de risco. A Associação Internacional de Diabetes e Gravidez

(IADPSG) publicou, em 2010, uma nova recomendação para classificação e diagnóstico do DMG. A glicemia de jejum deverá ser solicitada de rotina para todas as pacientes na primeira consulta e o resultado será interpretado de acordo com a figura abaixo: (13)

Figura 1 – Rastreo de DMG



Fonte: Oliveira, 2021.

Caso ocorra alteração na glicemia de jejum, devemos avaliar se o jejum foi realizado corretamente, orientar a paciente sobre o exame e solicitar nova glicemia de jejum imediatamente. O diagnóstico só deve ser confirmado caso o segundo exame continue alterado apesar das orientações para a paciente. (13)

O estudo realizado pelo HAPO juntamente com outros estudos realizados no quesito de otimizar o diagnóstico de DMG a IADPSG (pela International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups) avaliou os mesmos que acarretou em um conceito que foi publicado recentemente. Assim, ficou preconizado que, durante o primeiro trimestre, se a glicemia de jejum for menor que 92 mg/dL, a gestante deve fazer o TOTG com 75g de glicose para glicemia em jejum, 1 hora e 2 horas entre 24^a e 28^a semanas de gestação. Para fechar o diagnóstico da DMG, é necessária uma glicemia de jejum igual ou superior a 92 mg/dL em qualquer momento da gestação ou alterações do TOTG, com glicemia de jejum maior que 92 mg/dL, 1h maior que 180 mg/dL e 2h maior que 153 mg/dL, valores esses que também estão sendo seguidos pela American Diabetes Association (ADA).(13)

Quadro 2 – Pontos de corte para TOTG 75 g de dextro, segundo a IADPSG

Jejum	1 hora	2 horas
92 mg/dL	180 mg/dL	153 mg/dL

Fonte: Oliveira, 2021.

No consenso, foi preconizado que, independente se a paciente apresenta fator de risco ou não, deverá, logo na primeira consulta do pré-natal, ser solicitado o exame de glicose em jejum, a fim de rastrear se a mesma é portadora de Diabetes Mellitus prévia o que chamamos de Overt Diabetes. O diagnóstico de Overt Diabetes é confirmado quando a glicemia de jejum for maior ou igual a 126 mg/dL, o que é semelhante ao parâmetro para mulheres não-gestantes. (13) Nesse caso, a paciente terá seu seguimento pré-natal baseado nos mesmos princípios do tratamento de pacientes que, previamente à gestação, apresentavam diagnóstico de diabetes do tipo 1 ou 2. Será importante a investigação de complicações maternas e fetais, como risco aumentado de malformações.

Existem outras formas de diagnosticar a Overt Diabetes, quando por exemplo, fora do período gestacional, a paciente apresenta uma glicemia ocasional ≥ 200 mg/dL sendo esta acompanhada de sintomas como os 4 Ps (poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso) ou quando a hemoglobina glicada (HbA_{1c}) apresenta um valor $\geq 6,5\%$. Segundo a HAPO, se a glicemia de jejum estiver entre 92 e 125 mg/dL, a paciente será considerada diabética gestacional e iniciará o tratamento. (12)

Após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional ou Overt Diabetes, o próximo passo é tratar essa paciente a fim de evitar complicações maternas, fetais e neonatais. Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), os profissionais devem orientar e educar cada gestante. A terapêutica da DMG pode ser dividida em duas: não farmacológica e farmacológica. A associação dos dois métodos, às vezes, se faz necessário variando muito de cada caso. O controle da glicemia de jejum é imprescindível para se obter um bom prognóstico.(14)

A terapia não medicamentosa consiste em mudanças no hábito de vida a começar pela alimentação que deve ser orientada por um profissional especializado que vai basear sua avaliação por meio do perfil antropométrico da gestante, dos alimentos acessíveis a ela, levando em consideração as condições clínicas e socioeconômicas de cada uma. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) ressalta que, na ausência de complicações médicas ou obstétricas ou contra-indicações, a prática de exercícios físicos na gravidez é segura e desejável. A prática de atividade física, ao menos 30 minutos, entre 3 a 5 vezes na semana, tem mostrado resultados positivos.(14)

Segundo o Institute of Medicine, o ganho de peso de uma DMG deve ser vigiado rigorosamente, variando de acordo com o IMC pré-gestacional, conforme mostra a tabela abaixo.(14)

Tabela 1 – Ganho de peso gestacional recomendados até o termo gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho de peso (kg) total até a 14 ^a semana	Ganho de peso (kg) semanal no 2 ^o e 3 ^o trimestres (a partir da 14 ^a semana)	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso < 18,5	1,0-3,0	0,51 (0,44 - 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado entre 18,5 e 24,9	1,0-3,0	0,42 (0,35 - 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso entre 25, e 29,9	1,0-3,0	0,28 (0,23 - 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade ≥ 30	0,2-2,0	0,22 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Federação, 2019.

Todas as gestantes devem ser incentivadas pelo seu obstetra a continuar ou iniciar a atividade física durante o período gestacional, embora o medo de muitas possa levar a não prática, devem-se ressaltar os benefícios que os exercícios físicos trazem à gestante e ao bebê. Vale ressaltar que gestantes com comorbidades, sejam elas obstétricas ou clínicas, devem fazer os exercícios sob liberação do médico obstetra e com acompanhamento profissional (no caso, o educador físico), mas de forma individualizada. A tabela abaixo mostra as atividades seguras que podem ser realizadas durante o período gestacional.(14)

1726

Quadro 3 – Atividades seguras que podem ser realizadas no período gestacional.

Caminhada
Natação
Ciclismo (em bicicleta estacionária)
Aeróbica de baixo impacto
Yoga (desde que evitadas posturas que dificultem o retorno venoso)
Pilates (desde que evitadas posturas que dificultem o retorno venoso)
Corrida
Esportes com uso de raquete
Treinamento de força
Exercícios ergométricos de membros superiores (realizados em casa, sentada assistindo TV, por exemplo)

Fonte: Federação, 2019.

Durante o período gestacional, as atividades físicas devem ser feitas com intensidades moderadas durante 20 a 30 min, diariamente. Lembrando que cada paciente deve ser tratada de forma individualizada. Uma gestante, por exemplo, com DMG deve ser levado em consideração o controle da glicemia. Deve sempre estar atenta à hipoglicemia.(14)

Quando as metas glicêmicas, como descritas no quadro abaixo, não são atingidas através de medidas não farmacológicas, deve-se lançar mão do tratamento medicamentoso, sendo a insulina a medicação de primeira escolha. Algumas vezes, as condições das gestantes não permitem aferição da glicemia adequada. Nesses casos, devemos preconizar a glicemia de jejum porque, se só ela por exemplo estiver alterada, pode indicar que a paciente está fazendo um pico de hipoglicemia noturna (nesses casos, é necessário medir às 3h da madrugada para confirmar a hipótese) e 1 hora pós-prandial, pois é a que melhor reflete os valores dos picos pós-prandiais e a que se associa diretamente com o risco de macrosomia fetal.(14)

Quadro 4 – Metas do controle glicêmico

Horário	Jejum	1 hora pós-prandial	2 horas pós-prandial
Limites de glicemia	< 95 mg/dL	< 140 mg/dL	< 120 mg/dL

1727

Fonte: Federação, 2019.

As metas de glicemia capilar a serem atingidas durante a gravidez, independentemente da idade gestacional, devem ser: Glicemia de Jejum entre 60 mg/dL e 90 mg/dL ou entre 65 mg/dL e 95mg/dL ou, até mesmo, entre 80 mg/dL e 110 mg/dL; e de glicemia pós-prandial (1h) entre 100 mg/dL e 120 mg/dL ou até 140mg/dL; e 2h de até 120mg/dL ou até 155 mg/dL. Vale salientar que, em mulheres com risco aumentado de hipoglicemia, esses alvos devem ser aumentados para glicemia em jejum até 99 mg/dl e, ao deitar-se, de 80 mg/dL até 120 mg/dl. Vale ressaltar que as medidas pós-prandiais devem ser realizadas a partir do início das refeições, sendo a análise de uma hora pós-prandial a que melhor reflete os valores dos picos pós-prandiais avaliados por meio da monitorização contínua de glicose e também a que se associa mais diretamente com o risco de macrosomia fetal.(13)

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda o cálculo da dose inicial de 0,5 UI/Kg/dia. Os ajustes devem ser realizados, no mínimo, a cada 15 dias até a 30ª semana de

idade gestacional e, semanalmente, após a 30^a semana, individualizados para cada caso, baseando-se nos resultados do automonitoramento da glicemia capilar. Dependendo da dose diária calculada, esta deverá ser distribuída em múltiplas aplicações diárias (duas a três), com a maior concentração pela manhã, antes do café da manhã. Para avaliação do bem-estar fetal, é rotina a própria paciente realizar a contagem dos movimentos fetais, diariamente, a partir de 32 semanas de gestação, podendo ser completada com teste simplificado de aceleração da frequência cardíaca fetal.(15)

Quadro 5 – Horários ideais para aplicação da insulina

Tipo de insulina	Horário de Aplicação			
	Café da manhã	Almoço	Jantar	Hora de Dormir
NPH	X	X		X
Regular	X	X	X	

Fonte: Federação, 2019.

O uso dos hipoglicemiantes orais ainda não é uma alternativa adotada por muitos profissionais quando se trata de gestantes, mas vale ressaltar que a Metformina é considerada categoria B pela Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (Food and Drug Administration- FDA), o que significa que os “estudos realizados em animais não demonstraram risco fetal, não havendo trabalhos controlados em mulheres”, contudo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência reguladora de uso de medicações e produtos vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, não aprova a utilização da Metformina para tratamento do DMG. Todavia, por ser uma terapia mais em conta e acessível, já vem crescendo o número de estudos com hipoglicemiantes orais.(16)

A Metformina é uma biguanida de segunda geração que reduz os níveis de glicose por diferentes pontos de atuação. Ela age modulando o apetite, baixa a absorção de glicose, estimula sua utilização pelos tecidos, reduz a RPAI, ativa a AMPK e reduz a glicemia, além de ter efeitos sobre a microbiota intestinal que atravessa a placenta, contudo não há ainda nada que comprove o aumento do risco de defeitos congênitos. Ainda há um ponto positivo. Gestantes com diagnóstico de ovário policístico, com manutenção de uso de Metformina, durante a gestação, apresentaram menores taxas de abortamento quando comparadas

àquelas que descontinuaram sua utilização. Logo podemos avaliar que há benefícios e segurança para a indicação do uso da Metformina, no início da gravidez, no que concerne à ausência de evidências de aumento de malformações congênitas ou aborto espontâneo. Outro hipoglicemiante oral que tem sido alvo de estudos é a glibemclamida que vem apresentando bom controle glicêmico nas glicemias médias, em jejum e pós-prandiais. Resultados semelhantes a tratamentos com insulinoterapia foram obtidos.(16,17)

A indicação terapêutica da Metformina em gestantes ocorre no caso de: dificuldade de acesso ou de administração da insulina; limitações de conservação e armazenamento sob refrigeração; necessidade de altas doses diárias de insulina (>100 UI). São contraindicações da Metformina: insuficiência renal grave (depuração de creatinina inferior a 30 mL/min ou taxa de filtração glomerular < 30 mL/min/1,73 m²) e comprometimento da função renal em quadros agudos de desidratação, infecção grave ou choque.(17)

Estudos randomizados evidenciaram que neonatos expostos à Metformina no útero apresentam menor peso ao nascer do que os neonatos cujas mães foram expostas à insulina, no contexto do tratamento para DMG. O risco de

macrossomia é substancialmente mais baixo (40%) quando a DMG é tratada com

Metformina em comparação à insulina, sem aumento concomitante do risco do recém-nascido ser pequeno para a idade gestacional (PIG).(17,18)

A administração da Metformina, durante a gestação, deve ser gradual para diminuir os efeitos colaterais, com dose entre 500 e 2.500 mg por dia. O tratamento exige investigar a função renal da paciente, devendo a creatinina ser < 1,4 mg/dL. Já se sabe que a Metformina tem resultados obstétricos e perinatais favoráveis no controle glicêmico gestacional, especialmente em pacientes obesas com DMG. Também tem menor taxa de glicose pós-prandial de duas horas e ganho de peso significativamente menor em relação aos outros antidiabéticos orais.(17)

Apesar de comprovada sua passagem transplacentária, há ausência de evidências em relação às complicações materno-fetais, tais como malformações congênitas, hiperinsulinemia neonatal, entre outras. Por ter resultado semelhante à insulina, um ensaio clínico randomizado mostrou redução do ganho ponderal nas gestantes, apresentando benefícios evidentes a curto prazo. Não foram encontrados dados suficientes para análise do uso da Metformina a longo prazo.(18)

Quadro 6 – Recomendações internacionais sobre o uso do hipoglicemiante oral (Metformina) para o controle glicêmico em DMG

Instituição	Recomendação
IDF Federação Internacional de Diabetes	Alternativa terapêutica segura e eficaz Em cenários de recursos escassos e dificuldade de acesso à insulina, as desvantagens teóricas do uso de ADO para mulheres com DMG são muito menores do que os riscos de não tratamento. Metformina pode ser a única opção em locais onde a insulina não pode ser oferecida ou circunstâncias que tornam o seu uso perigoso.
CDA Associação Canadense de Diabetes	Uso deve ser discutido com a paciente. Alternativa para mulheres não aderentes ou que recusam administração de insulina para controle glicêmico.
NHS Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde	Alternativa terapêutica segura e eficaz.
FIGO Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia	Alternativa terapêutica segura e eficaz durante o segundo e terceiro trimestres. Pode ser iniciada como tratamento de primeira linha após não atingir controle glicêmico adequado com modificação do estilo de vida.
NICE Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica	Considerada como primeira linha de tratamento.
ACOG Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia	Uso deve ser discutido com a paciente. Alternativa para mulheres: não aderentes à administração de insulina; cuja equipe de saúde considere que não conseguirão administrar a insulina com segurança; que não possuem acesso à insulina.
ADA Associação Americana de Diabetes	Alternativa terapêutica para DMG. Ensaio clínicos controlados apoiam a eficácia e a segurança em curto prazo. Dados de segurança em longo prazo não estão disponíveis.
SMFM Sociedade de Medicina Materno-Fetal	
SBF Sociedade Brasileira de Diabetes	

Alternativa farmacológica segura como monoterapia ou em associação com a insulina.

Alternativa farmacológica segura como monoterapia ou em associação com a insulina.

Dados de segurança a longo prazo não estão disponíveis.

Fonte: Federação, 2019.

CONCLUSÃO

Ficou evidente a importância do diagnóstico precoce da DMG com intuito de minimizar os riscos maternos fetais. O rastreio precoce permite uma gestação mais saudável e tranquila, uma boa interação médico paciente, orientação e disposição da gestante vão fazer toda a diferença.

Embora a insulina tenha comprovação científica quanto à eficácia de seu uso na DMG, devemos levar em consideração as condições das pacientes e analisar a possibilidade de, talvez, associar ou fazer monoterapia com hipoglicemiantes orais.

Vale ressaltar que as mulheres com diabetes gestacional devem ser reavaliadas com a medida da glicose de jejum ou com o TOTG 75 g, 6 semanas após o parto, com a finalidade de reclassificação de seu estado metabólico. A literatura apresenta uma gama de critérios para a qualidade do controle da glicemia materna no diabetes. A normoglicemia é definida por limites de 90 mg/dL na glicemia de jejum e de 130 mg/dL nas pós-prandiais de uma ou duas horas, avaliadas no perfil glicêmico (PG) diário. A American Diabetes Association recomenda os valores de 105 mg/dL para o jejum, 155 mg/dL na pós-prandial de uma hora e 130 mg/dL na glicemia de duas horas após alimentação.⁽¹⁵⁾

1731

REFERÊNCIAS:

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. *Femina*, 2019; 47(6):786-796.
2. Maruichi MD; Amadei G; Abel, MNC. Diabetes mellitus gestacional/Gestational diabetes mellitus. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 2018, 57(3):124-8.
3. Ribeiro, R, de Souza, MLR, de Oliveira, LC, Ribeiro, T, de Paula Bertoli, JP, Silva, JC. Desfechos materno - fetais de gestantes com e sem diabetes mellitus gestacional. *ACM arq. catarinense med.*, 2019; 48(3):79-92.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020. São Paulo: Editora Clannad, 2020. P. 279–88.
5. Albrecht, CC, Zanesco, C, Ribeiro, MVG, Fadel, CB, Resende, DT. Características evidenciadas em recém-nascidos de gestantes hipertensas e diabéticas: revisão sistemática da literatura. *J. nurs. Health*. 2019; 9(1): 1–20.

6. Rodrigues BSSL, Ferreira, AR, Mazorque, TC, Aguiar, TG. Diabetes mellitus gestacional: Uma revisão sistemática sobre o tema. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2019, 28(2):20
7. Oliveira, LC, de Paula Bertoli, JP, Ribeiro, R, Ribeiro, T, de Souza, MLR, Silva, JC. Auditoria de um serviço de atendimento de gestantes portadoras de Diabetes mellitus gestacional. *Saúde e Pesquisa*, 2019; 12(3):513-20.
8. Oliveira, ISB, Rosa, WDAG, Teodoro, MLR, Silva, SFC, Cardoso, ICO. Complicações e tratamentos do diabetes mellitus gestacional: revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, 2019, 10(1):13.
9. Maruichi MD; Amadei G; Abel MNC. Diabetes mellitus gestacional/Gestational diabetes mellitus. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 2018, 57(3): 124-128.
10. Batista, MHJ, de Sousa, LP, de Souza, DMD, Silva, RO, Nunes, TS, Schimidt, CP. Diabetes Gestacional: Origem, Prevenção e Riscos. *Brazilian Journal of Development*, 2021, 7(1):1981-95.
11. Pedrini DB, Cunha MLC, Breigeiron MK. Estado nutricional materno no diabetes mellitus e características neonatais ao nascimento. *Rev. Bras. Enferm.* 2020, 73(4)-e20181000.
12. Francisco RPV, Trindade TC, Zugaib M. Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2011, 33(8):171-3.
13. Oliveira, ACV, da Silva, OBRG, Souza, LB, Ravagnani, BB, Guimarães, LCR, Souza, IB et al. Diabetes Mellitus Gestacional: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021, 13(5):e7080-e7080.
14. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. *Femina*, 2019; 18-46.
15. Fernandes; Bezerra, MMM. O Diabetes Mellitus Gestacional: Causa e Tratamento/The Managemental Diabetes Mellitus: Cause And Treatment. ID on line *Revista De Psicologia*, 2020, 4(49):127-39.
16. Limberger ZA, Pinheiro R. Tratamento medicamentoso da diabetes mellitus gestacional. Monografia. Guarapava: Campo Real, 2020.
17. Andrade PHA et al. Antidiabéticos orais no diabetes gestacional: revisão de literatura. *Escuta*, 2021, 49(3):177-82.
18. Duarte, BR, Calian, GS, Rodrigues, LA, Albertino, NCN, dos Santos, PPR, Vasconcellos, M. O uso da metformina no tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional. *Multidisciplinary Reviews*, 2021, 4: e2021003-e2021003.