

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO: TRATAMENTO E CUIDADOS NO PRÉ-NATAL



As melhores evidências científicas demonstram que durante a gestação, a terapia nutricional, a atividade física e a monitorização da glicemia capilar assumem importante papel no tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional.

BRASIL, 2016



Objetivo dessa apresentação:

- Apresentar as recomendações para o tratamento não farmacológico e farmacológico da gestante com diabetes mellitus no pré-natal.



Complicações Perinatais Associadas à Hiperglicemia Materna

Maternas

- Desordens hipertensivas da gestação
- Indicação de parto cesáreo
- Polidrâmnio
- Trabalho de parto prematuro
- Progressão ou início de complicações próprias do diabetes mellitus

Feto/Recém-nascido

- Malformações*
- Macrossomia fetal/tocotraumatismo
- Hipoglicemia neonatal
- Prematuridade
- Hipóxia intrauterina e neonatal/morte perinatal

Nota: * Associadas à hiperglicemia na fase embrionária.



Importância do Tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional

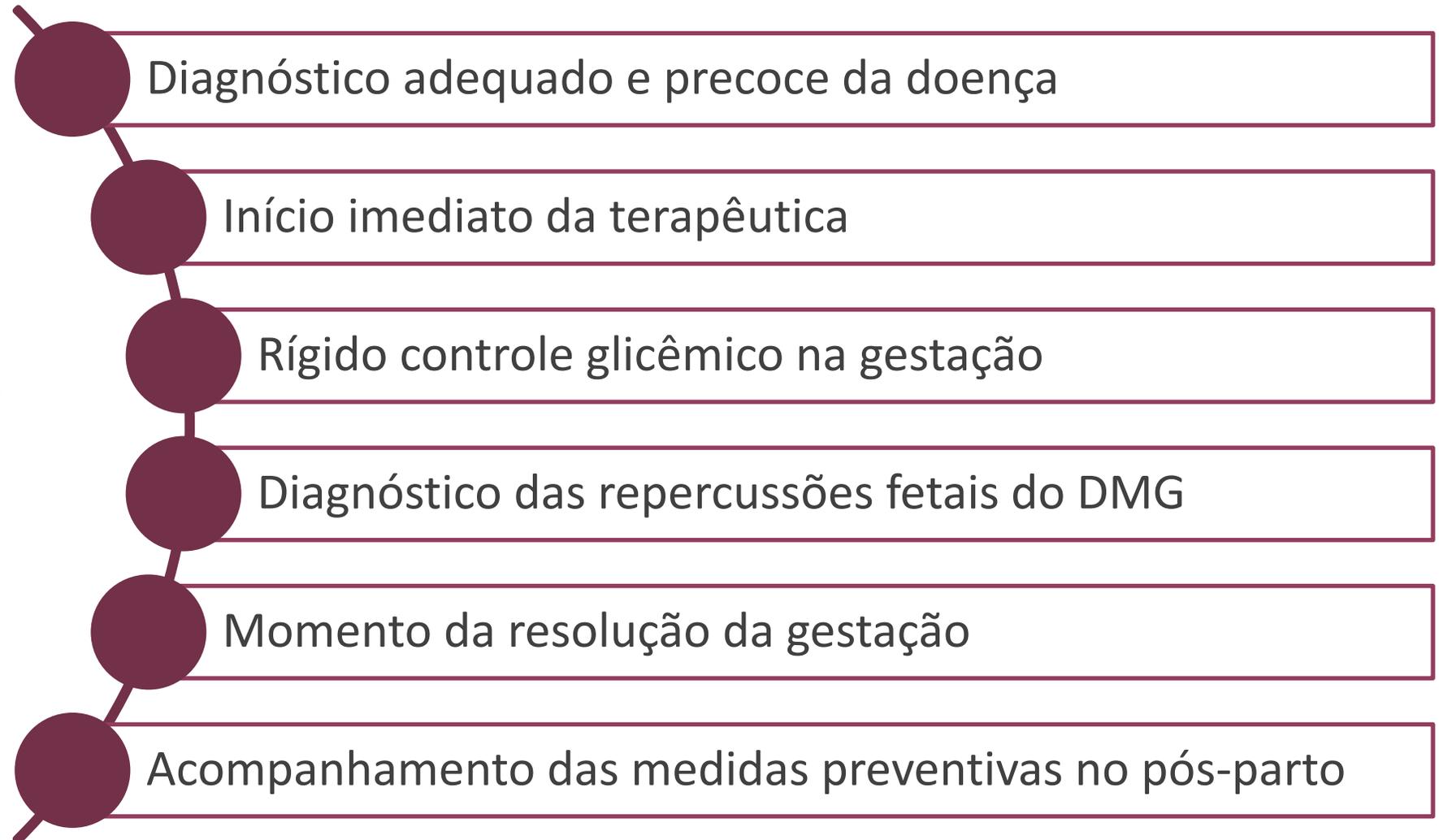
As adaptações do organismo materno na gestação predizem e aceleram o risco de doenças crônicas futuras, tanto na mãe como na criança, o que deve ser levado em consideração na proposta terapêutica das gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), incluindo ações:

- Na gestação,
- Seis semanas após o parto
- Pelo menos uma vez ao ano (por toda vida da mulher e do seu filho).

Os objetivos do tratamento são a diminuição da morbimortalidade perinatal e da morbidade materna a curto e longo prazo. O controle eficaz da glicemia aumenta significativamente a possibilidade de um recém-nascido vivo, com idade gestacional a termo, crescimento proporcional e sem distúrbios respiratórios e metabólicos.



O tratamento adequado do Diabetes Mellitus Gestacional está diretamente relacionado a





Tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional

- Quando se faz o diagnóstico, é essencial conseguir a adesão da gestante à terapêutica.
- As gestantes devem ser orientadas sobre as possíveis repercussões perinatais decorrentes dos níveis elevados de glicemia materna e que o controle da hiperglicemia pode evitá-las.
- Deve-se explicar sobre a importância do auto monitoramento da glicemia capilar, das mudanças na dieta, dos exercícios físicos diários e, quando necessário, das injeções de insulina.
- A gestante deve ser orientada a participar ativamente do controle da vitalidade fetal pela contagem de movimentos fetais diariamente.

É fundamental que se esclareçam e pactuem os papéis, as atribuições dos profissionais de saúde, da paciente e de seus familiares.



Recomendações para a assistência à gestante com **DM Prévio à Gestação**

- O ideal é que a assistência para as mulheres com DM prévio (DM1 e DM2) seja iniciada antes da concepção, incluindo o **preparo pré-concepcional** e o **planejamento da gestação**.
- O **diagnóstico de possíveis comorbidades ou lesões em órgãos-alvo**, a **adequação dos tratamentos não farmacológico e farmacológico** e o **controle metabólico** são etapas fundamentais da assistência, tanto no período pré-concepcional como após a concepção.
- É importante ter a certeza da idade gestacional, devendo o diagnóstico clínico ser confirmado pela ultrassonografia (US) precoce, além da avaliação do crescimento e vitalidade fetal e do volume de líquido amniótico.



Recomendações para a assistência à gestante com **DM Prévio à Gestação**

- Para o melhor resultado da gestação, as mulheres com DM prévio (DM1 e DM2) devem ser acompanhadas em **ambulatórios especializados de pré-natal de alto risco em centros terciários**.
- **A equipe deve ser multiprofissional**, composta por médico obstetra e, idealmente, por médico endocrinologista com experiência no atendimento de gestantes, além de nutricionista, fisioterapeuta ou educador físico, enfermeiro/obstetiz, assistente social e psicólogo. As necessidades terapêuticas (não farmacológicas e farmacológicas) e o tipo de controle metabólico devem ser individualizados.
- **Critérios para internação hospitalar:** controle glicêmico inadequado, descompensação aguda (hipoglicemia ou hiperglicemia), agravamento das comorbidades, repercussões maternas e fetais, intercorrências obstétricas e/ou a necessidade de resolução da gestação.



Recomendações para assistência às gestantes com **Diabetes Mellitus** Diagnosticado na Gestação

- Apesar de o DM ter sido diagnosticado durante a gestação, essas mulheres devem ser consideradas como portadoras de DM prévio e sem tratamento. Como tal, deverão ser avaliadas em relação à existência de lesões em órgãos-alvo, comorbidades, qualidade do controle glicêmico, presença de malformações e alterações do crescimento e vitalidade fetais e do volume de líquido amniótico.
- Devido à presença de hiperglicemia no período da embriogênese, essas mulheres terão risco aumentado para malformação fetal, o que deverá ser investigado.
- A assistência deve ser organizada considerando a presença de lesões em órgãos-alvo ou outras comorbidades, as repercussões fetais e as condições financeiras e técnicas disponíveis.



Rastreamento das Complicações Crônicas do Diabetes Mellitus Pré-Gestacional

Complicação	Método de Rastreamento
Retinopatia	Mapeamento de retina (retinografia) a cada trimestre*
Doença renal diabética	- Albuminúria em amostra OU relação albumina/ creatinina OU proteína em urina de 24 horas - Creatinina sérica e cálculo da TFGe
Neuropatia diabética	Exame clínico
Doença cardiovascular aterosclerótica**	Eletrocardiograma Ecocardiograma

Notas:

* Em caso de presença de sinais de retinopatia pré-proliferativa severa ou proliferativa, a avaliação deve ser feita em intervalos menores, a critério do oftalmologista.

** Deverá ser realizada nas gestantes com mais de 10 anos de DM ou com sintomatologia sugestiva ou com histórico prévio de cardiopatia.



O cuidado pré-natal promovido pela **equipe multidisciplinar**, com **ações educativas** e adaptadas para a realidade de cada mulher, deve fazer parte das rotinas diárias dos profissionais e serem encaradas como estratégias para a redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Terapia Nutricional

- Baseia-se na avaliação do perfil antropométrico da gestante, dos seus hábitos alimentares, da acessibilidade aos alimentos, de características alimentares regionais, das suas condições clínicas, sócio-econômicas e culturais.
- Seu objetivo é atingir as metas glicêmicas, ganho de peso materno adequado e prevenir a ocorrência de desfechos fetais e neonatais desfavoráveis.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Terapia Nutricional

A **Avaliação Antropométrica** deve ocorrer em todas as consultas de pré-natal.

$$\text{IMC kg/m}^2 = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Quadro 3. Ganho de peso gestacional semanal e total (kg) recomendados até o termo gestacional, conforme o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional^(17,18)

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 25,0 e 29,9	1,0-3,0	0,28 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade ≥ 30,0	0,2-2,0	0,22 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fontes: Institute of Medicine^(17,18)



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Terapia Nutricional

Avaliação dos hábitos alimentares, considerar:

- Dieta habitual da gestante, número de refeições, grupos e quantidade de alimentos consumidos.
- Consumo de refrigerantes, bebidas alcoólicas, infusões em geral (café, chá e mate), alimentos com alto índice glicêmico, doces, produtos diet e light e, os tipos de edulcorantes utilizados, consumo de alimentos processados e ultra processados e alimentos ricos em lipídios.

Avaliação clínica:

- Questionar a presença de sintomatologia digestiva (náuseas, vômitos, pirose, constipação, sialorréia) que pode interferir na alimentação
- Investigar casos de picamalácia, como por exemplo: terra, tijolo, gelo, água de sabonete, dentre outros; ou combinações alimentares atípicas como fruta verde embebida em salmoura, pé-de-moleque com pão). Esse transtorno alimentar pode associar-se com anemia, estresse, ansiedade e depressão em gestantes com DMG.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Terapia Nutricional

- As recomendações nutricionais devem ser calculadas individualmente, considerando o IMC, a idade materna, as atividades físicas realizadas, o ganho de peso esperado, as condições socioeconômicas e as condições clínicas, visando ao controle glicêmico e os resultados obstétricos e perinatal favoráveis.

IMPORTANTE: a ceia é uma refeição importante para prevenção de episódios de hipoglicemia naquelas que fazem uso de insulina à noite e deve conter 25 g de carboidratos, além de proteínas ou lipídios.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Atividade Física

- Na ausência de complicações médicas ou obstétricas ou contra-indicações, a prática de exercícios físicos na gravidez é segura e desejável.
- As gestantes devem ser encorajadas a continuar ou a iniciar essa prática, optando por modalidades que ofereçam maior segurança e conforto para o período gestacional.
- Em mulheres com comorbidades obstétricas ou clínicas, os programas de exercícios devem ser individualizados.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Quadro 13. Contraindicações ao exercício durante a gravidez

Atividade Física

Todos os profissionais da saúde devem avaliar cuidadosamente as mulheres com complicações ou contraindicações antes recomendar exercício físico durante a gravidez.

Absolutas	Relativas
Doença cardíaca hemodinamicamente significativa	Anemia
Doença pulmonar restritiva	Arritmia cardíaca materna
Incompetência istmo-cervical ou cerclagem	Bronquite crônica
Gestações múltiplas com risco de parto prematuro	Diabetes do tipo 1 mal controlado (níveis glicêmicos acima de 200mg/dl, hipoglicemia frequente, retinopatia e nefropatia em graus mais avançados, neuropatia autonômica com doenças cardíaca e neuropatia periférica)
Hemorragia persistente no segundo ou terceiro trimestre	Extrema obesidade mórbida
Placenta prévia	Baixo peso extremo (IMC inferior a 12)
Trabalho de parto prematuro durante a gravidez atual	História de estilo de vida extremamente sedentário
Membranas rotas	Restrição de crescimento fetal na gravidez atual
Pré-eclâmpsia	Hipertensão mal controlada
Anemia grave	Limitações ortopédicas
	Transtorno convulsivo mal controlado
	Hipertireoidismo mal controlado
	Tabagismo intenso

Fonte: ACOG Committee Opinion No. 650: physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period.⁽³⁵⁾



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Atividade Física

Estudos apontam benefícios da prática de exercício físico durante a gestação complicada pela DMG.

Resultados maternos indicam concentrações de glicose em

jejum e pós-prandial reduzidas e redução da necessidade de uso de insulina.

Ressaltam também que a mudança no estilo de vida da mulher, pode persistir após o parto e ajudar a prevenir o aparecimento do diabetes tipo2 e suas complicações a longo prazo.

Quadro 14. Exemplos de atividades físicas seguras para o 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 raquetes
Treinamento de força
Exercícios ergométricos de membros superiores (realizados em casa, sentada assistindo TV, por exemplo)

Fonte: ACOG Committee Opinion No. 650: physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period.⁽³⁵⁾



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Atividade Física

Quadro 15. Exemplos de atividades físicas seguras para o período gestacional

Intensidade	Moderada
Frequência	5 ou mais dias na semana
Duração	De 30 a 40 minutos (sendo 5 minutos de aquecimento e 5 de desaceleração)

Quadro 16. Sinais de alerta para interrupção do exercício na gestação

Sangramento vaginal
Contrações uterinas dolorosas e/ou regulares
Perda de líquido amniótico
Dispneia pré-exercício
Vertigem
Cefaleia
Dor torácica
Fraqueza muscular afetando o equilíbrio
Dor ou edema em panturrilha

Fonte: ACOG Committee Opinion No. 650: physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period.⁽³⁵⁾



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Atividade Física

As mulheres devem ser motivadas a manterem a prática da caminhada durante a gestação como, também, após o parto. A entrega de um diário à gestante para anotação e acompanhamento das sessões de exercício é importante tanto para o acompanhamento do profissional de saúde, quanto para a gestante.

Quadro 17. Modelo de Diário de Caminhada

Data	Dia da semana	Horário	Duração do exercício	Hidratação	Alimentação	Glicemia	Como se sentiu?

O diário promove a melhor compreensão da importância desse hábito e ajuda a manter disciplina nas caminhadas diárias.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Monitorização da Glicemia

A monitorização da glicemia **deve ser realizada a partir do diagnóstico e até o pós-parto** visando a adequada avaliação da eficácia e da adesão à terapêutica e, conseqüentemente, obtenção de controle glicêmico adequado.

- A automonitorização da glicemia capilar, utilizando fitas reagentes com leitura em um medidor digital de glicose (glicosímetro), é considerado o mais indicado para o controle glicêmico da mulher com DMG.
- A técnica de monitorização glicêmica deve ser verificada pelo profissional de saúde inicialmente e depois em intervalos regulares.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Monitorização da Glicemia

As metas de glicemia capilar a serem atingidas durante a gravidez, independentemente da idade gestacional, são:

Quadro 18. Metas do controle glicêmico na gestação*

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

*Em usuárias de insulina com episódios frequentes de hipoglicemia, estes alvos podem ser individualizados.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Monitorização da Glicemia

As metas de glicemia capilar a serem atingidas durante a gravidez, independem da idade gestacional.

- 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.
- Importante lembrar que gestantes em uso de insulina devem manter a glicemia de jejum acima de 70 mg/dL e pós-prandiais não inferiores a 100 mg/dL.
- Durante o trabalho de parto e durante o parto a glicemia capilar deve ser mantida entre 70 e 120mg/dl.

Quadro 18. Metas do controle glicêmico na gestação*

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

*Em usuárias de insulina com episódios frequentes de hipoglicemia, estes alvos podem ser individualizados.



Tratamento **Não Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Monitorização da Glicemia

Frequência de realização do monitoramento da glicemia capilar de acordo com o tratamento para diabetes gestacional

Pacientes tratadas com medidas não farmacológicas	
Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total	Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial
Perfil diário de 4 pontos Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar	Perfil de 4 pontos 3 vezes por semana Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar
Pacientes tratadas com medidas farmacológicas	
Viabilidade financeira e disponibilidade técnica total	Viabilidade financeira e disponibilidade técnica parcial
Perfil diário de 6 pontos Jejum, pós-café, antes do almoço, pós-almoço, antes do jantar, pós-jantar	Perfil diário de 4 pontos Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar



RECOMENDAÇÕES PARA AUTOMONITORAMENTO

- 1 Realizar e manter a data e a hora do glicosímetro atualizadas.
- 2 Realizar calibração dos glicosímetros que requerem essa etapa.*
- 3 Manter as fitas reagentes no frasco original, protegidas da luz direta e do calor.
- 4 Tampar o frasco de fitas reagentes imediatamente após retirar a fita que será utilizada.
- 5 Verificar se as fitas estão dentro do prazo de validade.
- 6 O uso das lancetas ou agulhas é individual e descartável.
- 7 Lavar bem as mãos com água e sabão. Se usar algodão com álcool, secar com algodão antes de picar o dedo.
- 8 Preferir picar o dedo nas regiões laterais à polpa digital, por serem locais menos sensíveis à dor.
- 9 Fazer rodízio dos dedos e preservar a impressão digital.
- 10 Picar o dedo com a mão pendente para facilitar a obtenção de gota de sangue de tamanho adequado.
- 11 Orientar para que a gota de sangue cubra de forma apropriada a fita reagente.
- 12 Verificar no manual de cada aparelho os limites de hipo (Lo) e hiperglicemia (Hi).

Nota: * Alguns aparelhos calibram-se automaticamente quando se troca a tira; outros vêm com o calibrador dentro dos frascos de fita.



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Insulina

A insulina está indicada sempre que a mudança no estilo de vida (dieta individualizada e atividade física) não for suficiente para atingir as metas do controle glicêmico.

Existem diferentes tipos de insulina disponíveis e consideradas seguras para serem utilizadas durante a gestação:

Quadro 20. Tipos de insulina e tempo de ação

Tempo de ação/ Nome		Origem	Início de ação	Pico de ação	Duração da ação
Longa duração	Detemir	Análoga	1 – 3 h	6 – 8 h(discreto)	18 – 22 h
Intermediária	NPH	Humana	2 – 4 h	4 – 10 h	10 – 18 h
Rápida	Regular	Humana	0,5 – 1 h	2 – 3 h	5 – 8 h
Ultrarrápida	Asparte	Análoga	5 – 15 min	0,5 – 2 h	3 – 5 h
	Lispro	Análoga	5 – 15 min	0,5 – 2 h	3 – 5 h

Fontes: Hahr e Molitch,⁽⁴⁴⁾ Oliveira e Vencio⁽⁴⁵⁾ e Sociedade Brasileira de Diabetes⁽⁴⁶⁾

NPH - Protamina Neutra Hagedorn



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Insulina

Quadro 21. Tipos de insulina e principal efeito sobre o controle glicêmico

Tipo de insulina	Controle glicêmico
Longa e intermediária	Jejum
Longa e intermediária	Pré-prandial
Rápida e ultrarrápida	Pós-prandial

Dose Inicial e Ajustes na Insulinoterapia

A dose e o tipo de insulina devem ser estabelecidos com base no perfil de automonitoramento da glicemia capilar.

- As insulinas de ação intermediária e longa são indicadas para controle das glicemias de jejum e pré-prandiais;
- As insulinas de ação rápida e ultrarrápida são indicadas para controle das glicemias pós-prandiais.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda dose inicial de 0,5 UI/Kg/dia. Ajustes devem ser realizados:

- a cada 15 dias até a 30ª semana de gestação
- semanalmente após a 30ª semana de gestação



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Insulina

Horários de aplicação

- Dependendo da dose, esta deve ser distribuída em múltiplas (duas a três) aplicações diárias, com a maior concentração pela manhã, antes do café da manhã, sempre por via subcutânea.
- Deve-se informar à gestante que a insulina Regular deve ser aplicada entre 30 e 40 minutos antes da refeição, enquanto que os análogos Lispro e Aspart devem ser aplicados na hora de início da refeição ou 15 minutos antes

Tipo de insulina	Horário de aplicação			
	Café da manhã	Almoço	Jantar	Hora de dormir
NPH	X	X		X
Regular	X	X	X	



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Insulina

Locais de aplicação

Pode-se escolher diferentes regiões de aplicação, de acordo com a preferência da Paciente, tomando os cuidados de não variar a região escolhida em relação ao horário e de manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada local, para prevenir a formação de lipodistrofia.

Quadro 23. Locais de aplicação de aplicação da insulina

	Local	Vantagens	Desvantagens
Abdômen	Distância > 5 cm em torno do umbigo	Fácil acesso Absorção rápida e consistente	Nenhuma
Nádegas e Coxas	Região superior lateral externa do glúteo, tendo como referência a prega interglútea Região frontal e lateral superior da coxa, 4 dedos abaixo da virilha e acima do joelho	Absorção mais lenta do que abdômen e braços	Absorção mais afetada por exercícios
Parte externa do braço	Região posterior, 3 dedos abaixo do ombro e acima do cotovelo	Depois do abdômen, é a região que oferece absorção a mais rápida	Acesso mais difícil para auto aplicação

Fonte: Rodrigues⁽⁴⁷⁾



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Insulina

Preparos para aplicação:

- O frasco de insulina deve ser retirado da geladeira 15 minutos antes a utilização;
- Todo o material deve ser separado e revisado: frasco de insulina, seringa, agulha, algodão e álcool a 70%;
- As mãos e o local de aplicação devem ser higienizados com água e sabão;
- A insulina NPH deve ser homogeneizada por 15 a 20 movimentos suaves de rotação;
- A tampa de borracha do frasco deve ser limpa com o álcool a 70%;
- Após secar, introduzir o sistema agulha-seringa através da tampa de borracha do frasco, virá-lo de cabeça para baixo e aspirar o êmbolo da seringa até atingir a marca das unidades recomendadas.

Quadro 24. Recomendações sobre o uso apropriado de agulhas para aplicação de insulina, por via subcutânea, em indivíduos adultos

Tamanho	Prega subcutânea	Ângulo de inserção	Observações
4 mm	Não necessária	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido celular subcutâneo no local de aplicação
5 mm	Não necessária	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido celular subcutâneo no local de aplicação
6 mm	Necessária	90°	Ângulo de 45° em indivíduos com escassez de tecido celular subcutâneo no local de aplicação

Fonte: Oliveira et al.⁽²⁵⁾



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Antidiabéticos orais

- Apesar de não serem a droga de primeira escolha, podem ter seu uso considerado como monoterapia nos casos de inviabilidade de adesão ou acesso à insulina ou como adjuvante em casos de hiperglicemia severa que necessitam de altas doses de insulina para controle glicêmico.
- A **metformina e glibenclamida** são os medicamentos mais estudados. As diferenças de riscos e benefícios de um sobre outro não estão claramente definidas.
- Os dados disponíveis até o momento referentes à glibenclamida mostraram tendência a inferioridade em parâmetros de eficácia e segurança quando comparados aos da insulina e da metformina.
- Outros agentes orais são contraindicados, considerando a ausência de estudos bem delineados ou de resultados sobre efeitos deletérios durante a gestação.



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Quadro 25. Posologia da metformina (formulação regular)

Metformina

Dose	500 -2500 mg/dia
Horário preferencial	Junto ou logo após as refeições
Meia-vida	6,2 horas

Fonte: Ryu et al.⁽⁵⁶⁾

Segurança

- Metformina é considerada categoria B pela FDA (Food and Drug Administration-EUA) o que significa que os “estudos realizados em animais não demonstraram risco fetal, não havendo trabalhos controlados em mulheres”.
- Até o presente momento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência reguladora de uso de medicações no Brasil, não aprova a utilização da metformina para tratamento do DMG.
- A Metformina apresenta característica de passagem placentária livre, determinando níveis séricos fetais comparáveis aos valores maternos. No entanto, não há evidências que sugiram associação do uso da metformina durante o período embrionário ao risco aumentado de defeitos congênitos.



Tratamento **Farmacológico** do Diabetes Mellitus Gestacional

Metformina

Diferentes sociedades e instituições têm incluído os antidiabéticos orais como opções terapêuticas durante a gestação e estabelecido recomendações em relação às suas indicações e aplicabilidade de uso.

Quadro 26. Indicações para a consideração do uso da metformina no tratamento de Diabetes Mellitus Gestacional

- Não acessibilidade à insulina;
- Dificuldade na autoadministração de insulina;
- Estresse para a paciente em níveis exacerbados decorrentes uso de insulina e que determina restrição alimentar, não corrigida mesmo após orientação adequada;
- Necessidade de altas doses diárias de insulina (>100UI) sem resposta adequada no controle glicêmico e ganho de peso excessivo em uso de insulina

Fonte: Kalra et al.⁽⁵⁴⁾



- A mudança de estilo de vida é um componente essencial no manejo do DMG e pode ser suficiente para o tratamento de muitas mulheres.
- Quando necessário, a terapia medicamentosa deve ser associada para atingir as metas do controle glicêmico.
- A insulina é o medicamento de primeira escolha para o tratamento da hiperglicemia no DMG devido à segurança e eficácia comprovadas, além do fato de não atravessar a barreira placentária.
- Considera-se o uso de metformina como uma alternativa medicamentosa somente em situações especiais de dificuldades de acessibilidade à insulina.

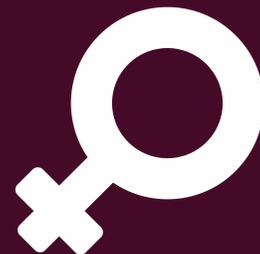
Ministério da Saúde, 2019



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Diabetes – Brasília : Ministério da Saúde.
- Hod M, Kapur A, Sacks DA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131 Suppl 3:S173-S211. doi:10.1016/S0020-7292(15)30033-3
- FEBRASGO. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. *FEMINA* 2019;47(11): 786-96.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2017.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019.57 p.: il. ISBN: 978-85-94091-12-3.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES



DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO: TRATAMENTO E CUIDADOS NO PRÉ-NATAL

Material de 24 de outubro de 2022

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres



Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.