



Tipo do documento	Protocolo Multiprofissional	PDG/SAS	Versão:01/2020
		Pág.: 1/20 Nº13	
Título do documento	Protocolo de Diabetes Gestacional	Data de emissão: 02/03/2021	
		Revisão: 02/03/2022	

1. Introdução

Atualmente, aproximadamente 415 milhões de adultos apresentam diabetes mellitus (DM) em todo o mundo e 318 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, com risco elevado de desenvolver a doença no futuro.

Segundo estudos populacionais realizados nas últimas décadas, a prevalência de DMG varia de 1% a 37,7%, com média mundial de 16,2%. A prevalência estimada para o Brasil, segundo as diretrizes de rastreamento e diagnóstico atualmente adotadas é de cerca de 18%.

Para as mulheres o principal fator de risco para o desenvolvimento de DM do tipo 2 e de síndrome metabólica é o **antecedente obstétrico de DMG (diabetes mellitus gestacional)**. Nesse contexto, a hiperglicemia gestacional constitui um relevante problema da atualidade, pelo aumento de sua prevalência, seguindo a epidemia de obesidade que tem sido observada em vários países.

A hiperglicemia durante a gestação, aumenta o risco de piores desfechos maternos e perinatais, estando associada a maiores índices de abortos, hipertensão arterial, pré-eclampsia, partos prematuros e infecções, bem como, afetando os filhos dessas mulheres, com maior frequência de malformações, macrossomia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, cardiomiopatia hipertrófica e desconforto respiratório, bem como aumento dos riscos dessas crianças desenvolverem obesidade, síndrome metabólica e diabetes na vida futura.



2. Objetivo

Esse protocolo tem por objetivo orientar os profissionais de saúde de Aparecida de Goiânia na identificação e no gerenciamento da Diabetes Gestacional de acordo com as orientações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO); Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-(FEBRASGO); Organização Pan-americana da Saúde (OPAS); Ministério da Saúde (MS).

1. Objetivos específicos

2.1.1. Atenção Básica (Pré-Natal de Risco Habitual)

- Reconhecer fatores de riscos para o Diabetes Gestacional e Diabetes mellitus (prévio ou overt) na gestação;
- Solicitar os exames apropriados para rastrear e diagnosticar precocemente o diabetes na gestação;
- Interpretar adequadamente os resultados dos exames solicitados para rastreio do diabetes na gestação;
- Encaminhar os casos corretamente diagnosticados ao pré-natal de alto risco.

2.1.2. Pré- Natal de Alto Risco

- Identificar sinais de complicações na evolução da doença, com objetivo de reduzir morbimortalidade materna e fetal;
- Otimizar tratamento com objetivo de reduzir complicações na gestação e no feto e recém-nascidos;
- Encaminhar para acompanhamento multiprofissional especializado: endocrinologista, nutricionista, psicólogo (quando necessário);
- Orientar a paciente sobre a doença e os cuidados a serem tomados;
- Encaminhar para o parto em Maternidade de complexidade adequada para cada caso;
- Otimizar busca ativa de pacientes no pós-parto para rastreamento e diagnóstico oportuno de DM;

3. Definição



Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica, caracterizada por um defeito na produção e/ou na ação da insulina.

Considerando o período gravídico-puerperal, é possível a ocorrência de hiperglicemia tanto em mulheres já sabidamente diagnosticadas como portadoras de DM previamente à gestação quanto em gestantes sem esse diagnóstico prévio.

As recentes diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendam que: hiperglicemia inicialmente detectada em qualquer momento da gravidez deve ser categorizada e diferenciada em DM prévio diagnosticado na gestação **ou** em DM gestacional (DMG).

- **Diabetes mellitus gestacional:** mulher com hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que não atingem os critérios diagnósticos para DM;
- **Diabetes mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes ou diabetes prévio):** mulher sem diagnóstico prévio de DM, com hiperglicemia detectada na gravidez e com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da OMS para o DM em não gestantes.

4. Fisiopatologia e Fatores de Risco

A gestação se caracteriza por ser estado fisiológico de resistência à insulina. Essa condição, aliada à intensa mudança nos mecanismos de controle da glicemia, em função do consumo de glicose pelo embrião e feto, pode contribuir para a ocorrência de alterações glicêmicas, favorecendo o desenvolvimento de DMG nessa fase.

São reconhecidos como fatores de risco para DMG

- Idade de 25 anos ou mais;
- Sobrepeso/obesidade - índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m²;
- Antecedente familiar de primeiro grau de diabetes mellitus – DM;
- Antecedentes pessoais de alterações metabólicas: (HbA1c) $\geq 5,7\%$;



- Síndrome dos ovários policísticos e/ou acantose nigricans, e/ou hipertrigliceridemia;
- Hipertensão arterial sistêmica e/ou doença cardiovascular aterosclerótica;
- Uso de medicamentos hiperglicemiantes.

Antecedentes obstétricos:

- Duas ou mais perdas gestacionais prévias;
- Diabetes gestacional prévio;
- Pré - eclâmpsia prévia ou na gestação atual;
- Polidrâmnio prévio ou na gestação atual;
- Macrossomia (recém-nascido anterior com peso ≥ 4.000 g);
- Óbito fetal/neonatal sem causa determinada;
- Malformação fetal;
- Aumento de peso exagerado na gestação atual.

5. Rastreamento (Atenção Básica)

1. Se Início do pré-natal no primeiro trimestre (ou até 20 sem) - primeiro rastreamento = glicose de jejum



NA PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE
(OU ATÉ 20 SEM)
GLICEMIA DE JEJUM

VALOR < 92 mg/dl	Considera-se rastreio negativo, entretanto, deverá ser submetida ao TOTG* 75g com 24 - 28 semanas (<u>rastreio universal</u>).
VALOR ≥92 mg/dl e <126mg/dl	Diagnóstico de DMG precoce. Deve-se confirmar o resultado com uma segunda dosagem da glicemia de jejum.
VALOR ≥126mg/dl	Diagnóstico de diabetes mellitus pré- gestacional. Deve-se confirmar o diagnóstico com nova glicemia de jejum.

*Teste oral de tolerância à glicose.

2. Se início do pré-natal de 24-28 semanas

- Solicitar imediatamente TOTG 75g.

3. Se início do pré-natal com mais de 20 semanas:

- Solicitar TOTG assim que completar 24 semanas.

4. Rastreio universal - independente de fatores de risco

• **CHAMADO SEGUNDO RASTREAMENTO**

- Será realizado para todas as gestantes com glicemia de jejum < que 92mg/dl no primeiro rastreamento (glicose de jejum no primeiro trimestre).
- Será realizado para todas as gestantes que começarem pré-natal a partir de 20 semanas.
- **Orientação para o TOTG:** dieta sem restrição de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste, com jejum de 8 horas, ingestão de 75g de glicose e teste com 3 dosagens - jejum, 60 min e 120 min.



PONTOS DE CORTE ATUALMENTE REFERENCIAS PARA TOTG (DIAGNÓSTICO: UM OU MAIS VALORES ABAIXO)
JEJUM (de 8 horas) ≥ 92 mg/dl
60 min ≥ 180 mg/dl
120 min ≥ 153 mg/dl

Obs.: Se no TOTG, glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl e/ou 120 min ≥ 200 mg/dl , trata-se de DM prévio diagnosticado na gravidez.

6. Critérios para encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco

- Gestantes com rastreio positivo - DMG ou DM prévio;
- Quando se faz o diagnóstico de DMG **é essencial conseguir a adesão da gestante à terapêutica.**
- O profissional de saúde deve informar a paciente o diagnóstico de DMG;
- 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.

Encaminhar a paciente ao ambulatório de pré-natal de alto risco, via regulação de consultas no sistema de agendamento, mediante preenchimento do formulário de encaminhamento (referência-contrareferência) que será lançado no sistema (SISREG) na recepção das unidades.



7. Conduas no ambulatório de Pré- Natal de Alto Risco

O acompanhamento da paciente com DMG ou diabetes prévio abrange **5 pontos**

fundamentais:

- Pré-natal (orientações obstétricas);
- Orientação nutricional;
- Atividade física;
- Monitorização glicêmica;
- Tratamento medicamentoso.

7.1 Orientações Obstétricas

7.1.1. Anamnese

- Idade de inicio do diabetes;
- Hábitos nutricionais;
- Atividades físicas;
- Controle glicêmico;
- Frequência/gravidade de episódios de hipoglicemia;
- Complicações do diabetes: retinopatia, nefropatia, neuropatia;
- Associação com hipertensão arterial crônica;
- Doença periodontal;
- Medicamentos utilizados.

7.1.2. Exame fisico

- Estatura, peso, índice de massa corporal;
- Pressão arterial;
- Palpação de tireóide;
- Avaliação dos pés.

7.1.3. Exames complementares:

- Seguir solicitação de exames de rotina do pré-natal;



- Para as pacientes com DM prévio acrescentar:

1. Hemoglobina glicada na primeira consulta pré-natal e depois, mensalmente, até que valores <6,5% sejam alcançados, quando então poderá ser avaliada a cada 2 ou 3 meses;
2. Proteinúria de 24 horas;
3. Creatinina e Ácido Úrico;
4. TSH;
5. Urocultura;
6. Fundoscopia (encaminhar a Oftalmologia);
7. Ecocardiografia e ECG;
1. Deverão ser repetidos com 20, 28 e 34 semanas de idade gestacional: proteinúria de 24 horas, creatinina sérica e urocultura.

7.1.4. Consultas

- Para DM prévio ou DMG com medicamento:

- mensais até 20 semanas;
- quinzenal até 32 semanas;
- semanal após 32 semanas.

- Para DMG com controle com dieta:

- mensais até 28 semanas;
- quinzenal até 34 semanas;
- semanal após 34 semanas.

Obs.: Encaminhar todas para ambulatório de endocrino e nutrição de alto risco.

5. Exames obstétricos



1º trimestre (entre 11 e 13 sem)	1. Ultrassonografia (USG) para estimativa da idade gestacional; 2. Rastreamento morfológico do primeiro trimestre (medida de translucência nucal);
2º trimestre	1. USG morfológica entre 22 e 24 sem; 2. Doppler obstétrico com 28 sem; 3. ECOCARDIOGRAMA fetal de 28 a 32 sem.
3º trimestre	1. USG para avaliar crescimento fetal e volume do líquido amniótico com 28 / 32 / 36 / 38 semanas.
A cada 15 dias, a partir de 32 - 34 semanas	1. Perfil Biofísico Fetal (PBF) para pacientes em tratamento medicamentoso e/ou com difícil controle glicêmico.
A partir de 34 semanas 28 semanas	1. CTG (cardiotocografia), para pacientes controladas com dieta. 1. Mobilograma - Contagem de movimentos fetais; Considera-se adequado 6 movimentos fetais durante 1 hora após refeições ou 10 movimentos fetais ao longo do dia.

Obs.: A necessidade de repetição dos exames é individualizada por caso.

6. Manejo obstétrico do parto

- Pacientes com DM prévio ou DMG controladas com dieta e exames normais podem ser acompanhadas no ambulatório de pré-natal de alto risco até o final da gestação e serem encaminhadas para o parto em Maternidade de baixa ou média complexidade, a partir de 38-39 semanas. A via de parto é de indicação obstétrica.
- Pacientes com DM prévio ou DMG medicadas com hipoglicemiante oral e com bom controle glicêmico e exames de acompanhamento normais, podem manter



acompanhamento no pré-natal de alto risco e serem encaminhadas para o parto em Maternidade de baixa ou média complexidade, a partir de 37-38 semanas.

A via de parto é de indicação obstétrica.

- Pacientes com DMG em insulino terapia, ou pacientes com mal controle glicêmico, exames alterados como presença de macrosomia, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, exames de vitalidade alterados, devem ser encaminhadas para Maternidade de Alta Complexidade, a partir das 32-34 semanas de gestação.
- Pacientes com DM prévio insulino dependentes, com comorbidades, exames alterados, complicações do diabetes, devem ser encaminhadas para pré-natal de alto risco em serviços de alta complexidade assim que iniciarem o pré-natal, ou no máximo, até 32 semanas de gestação.

2. Orientação Nutricional (ambulatório de nutrição)

Necessidades calóricas segundo o peso corporal	
Peso corporal ideal	30kcal/kg/dia
Acima do Peso	22 a 25 kcal/kg/dia
Obesidade Mórbida	12 a 14 kcal/kg/dia
Abaixo do Peso	Até 40 kcal/kg/dia

- A ingestão de carboidratos deve ser distribuída entre as refeições e lanches para diminuir a hiperglicemia pós-prandial, e limitada a 40% do total de calorias do dia.
- Proteínas na proporção de 40% do total e gorduras na proporção de 20% do total.
- Um plano de refeição típica para as mulheres com DMG inclui três refeições de tamanho pequeno a moderado e dois a quatro lanches.



- Muitas mulheres vão precisar de ajuste individual, dependendo dos níveis de glicose pós-prandial, que são diretamente dependentes do conteúdo de carboidrato da refeição ou lanche.
- A ingestão de proteína deve ser distribuída ao longo do dia, incluída em todas as refeições e lanches para promover a saciedade e fornecem calorias adequadas.
- Um lanche antes de dormir pode ser necessário para evitar cetose durante a noite.
- Ajuste do plano de refeições deve ser contínuo, e baseado nos resultados da automonitorização glicêmica, apetite, e os padrões de ganho de peso.
- A perda de peso durante a gravidez geralmente não é recomendada, embora haja controvérsia sobre esta recomendação para as mulheres marcadamente obesas.
- Indicar adoçantes artificiais (Sucralose, Stévia, Aspartame, Sacarina e Acessulfame-K), com moderação, na dieta a ser seguida.

7.3 Atividade Física

- Recomendar e orientar caminhadas e exercícios de baixo impacto, na frequência igual ou maior que três vezes por semana, por pelo menos 30 minutos, de preferência após as refeições.

7.4 Monitorização Glicêmica

Deve ser sempre realizada no acompanhamento pré-natal:

- Automonitorização no domicílio com glicosímetro : ideal, pois retrata seu cotidiano
- FITAS E GLICOSÍMETRO OFERECIDOS PELO MUNICÍPIO;
- Ambulatorial - com medida de HGT nas UBS (nos casos de impossibilidade de automonitorização);
- Internada - na impossibilidade das opções acima ou paciente descompensada.

1. Mapa glicêmico



- Medidas em JEJUM e 1h ou 2h após almoço e jantar (preferencialmente 1h pós-prandial).
- Pacientes em uso de insulina devem ser orientados a medir em: jejum / antes das refeições /2h após refeições /22 h;

Controle Glicêmico	
Jejum	Até 95mg/dl
1 h pós- prandial	Até 140 mg/dl
2 h pós- prandial	Até 120 mg/dl

Obs.: 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.

7.5 Tratamento Medicamentoso

- Após duas semanas de dieta, se os níveis glicêmicos permanecerem elevados (glicemia de jejum > 95mg/dl ou 1 hora pós-prandial >140 ou 2 horas pós-prandial >120 mg/dl), e/ou medida da circunferência abdominal fetal > P75 pela USG seriada a partir de 28 sem), deve-se iniciar tratamento farmacológico.
- Os antidiabéticos orais (ADO), 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.



No Município de Aparecida de Goiânia está autorizada a prescrição de Metformina como opção de tratamento para DMG, a partir do segundo trimestre

Levar em consideração:

- 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

7.5.1 Metformina

- Dose: 500-2550mg/dia – dar preferência para metformina de liberação prolongada (XR);
- Suspende metformina 48hs antes do procedimento cirúrgico eletivo ou com 37 semanas se vitalidade fetal preservada.

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

7.5.2 Insulina

- Deverá ser prescrita preferencialmente pelo Endócrino, ou após internação para avaliar perfil glicêmico, podendo ser prescrita pelo médico do pré-natal de alto risco.



- Avaliar o uso de insulina de acordo com o perfil glicêmico, individualizando cada caso. Cálculo individualizado no sobrepeso e obesidade. Ajuste progressivo e individual conforme as glicemias obtidas no perfil glicêmico.
- Início de insulinoterapia e cálculo sugerido:

1° trimestre	Peso da gestante X 0,3 UI de insulina/dia
2° trimestre	Peso da gestante X 0,4 UI de insulina/dia
3° trimestre	Peso da gestante X 0,5 UI de insulina/dia

- Associar insulinas humanas intermediária e rápida (NPH e regular, respectivamente – fornecidas pelo SUS). Iniciar esquema insulínico conforme esquema abaixo:

Antes do café da manhã	Antes do almoço	Antes do jantar	Ao deitar
1/3 NPH	1/3 NPH	_____	1/3NPH
1/3 Regular	1/3 Regular	1/3 Regular	_____

7.5.3 Corticoterapia

- Uso de corticosteróides para maturação pulmonar fetal não é contra-indicada, mas deve-se administrá-los de forma concomitante ao monitoramento intensivo da glicemia e aos ajustes da dose de insulina, se necessário.



8. Avaliação Pós-Parto

- Em torno de 15 a 50% das mulheres com DMG desenvolvem diabetes ou intolerância a glicose após a gestação.
- Estas devem ser orientadas, portanto, quanto à necessidade de controle de peso, através da adoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular.
- Agendar consulta de retorno pós-parto e solicitar TOTG 75 gramas, 2 horas, 2 dosagens, para realizar 06 semanas após o parto conforme protocolo parto/pós

Normal	Intolerância à Glicose	Diabetes Mellitus
JEJUM < 100 mg/dl	JEJUM -100 a 120 mg/dl	JEJUM
2h < 140 mg/dl	2h-140 a 199 mg/dl	2h

- Em pacientes portadoras de DM tipo1 e DM tipo2, solicitar: glicemia de jejum, glicemia pós-prandial 2h e hemoglobina glicada.
- Orientar importância da manutenção de amamentação pois está comprovado que reduz risco de DM.
- Encaminhar pacientes para avaliação / consulta com endocrinologista.
- Encaminhar pacientes para o planejamento familiar, em UBS ou ambulatório de ginecologia, ou ambulatório de colocação de DIU, ou para o serviço social da Maternidade para fins de esterilização tubária, segundo desejo ou recomendação individualizada.



9. Considerações finais

Este protocolo foi elaborado fundamentado nas evidências científicas até o momento, enquadrando nos critérios e diretrizes do Ministério da Saúde, bem como medicamentos e insumos disponíveis na rede pública Municipal. E o desvio de sua utilização é de responsabilidade particular de cada profissional, correspondente de cada conselho de classe.

Núcleo de Governança Clínica



Referências

1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

2- Zugaib M, Francisco RPV. *Ostetrícia*, 3ª edição, Editora Manole, 2016.

3- ACOG Practice Bulletin n° 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* vol.131, n°. 2, fev 2018.

4-Avaliação e tratamento do diabetes mellitus gestacional; Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017/2018: 217-222.

5-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.

6-Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Diabetes. Brasília-DF, 2019.

	Nome	cargo	Área de Atuação
Elaboração	Fernanda Rassi Alvarenga	Médica	Ambulatório Especializado
Revisão	Herica Leguizamon	Coordenadora	Núcleo de Governança Clínica
	Thais Kato de Sousa	Enfermeira apoiadora	Núcleo de Governança Clínica
Aprovação	Loanny Moreira Barbosa	Apoio Institucional	Ambulatório Especializado
	Alessandro Magalhães	Secretário de Saúde	Secretaria de Saúde



Anexo I

Orientações fornecidas à mulher com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional e à sua família

O que abordar	Sugestão de Abordagem
O que é Diabetes Mellitus Gestacional?	Situação em que a gestante apresenta aumento do “açúcar no sangue”. Isto ocorre porque durante a gestação, com o ganho de peso da mulher e ação de alguns hormônios, ocorre aumento da resistência à ação da insulina (hormônio responsável por diminuir o açúcar circulante no sangue). Quando o pâncreas da gestante não consegue compensar essa maior demanda com maior produção de insulina, ocorre aumento da glicemia
Risco de macrossomia, polidrâmnio e parto prematuro e internação em Unidade de Terapia Intensiva para o neonato	Explicar que esse “açúcar alto no sangue” vai passar facilmente pela placenta e que seu filho vai recebê-lo. Com isso, o bebê poderá ficar muito grande e passar a urinar muito, levando ao aumento do líquido amniótico. Esses dois fatores podem aumentar o risco do parto prematuro. Destacar que é mais comum ter um recém-nascido prematuro e que ele terá maior risco de precisar ir para uma Unidade de Terapia Intensiva para controlar a glicemia, para conseguir ajuda para respirar melhor e para controlar icterícia (“bebe amarelo”).



Risco de hipoglicemia neonatal	Como você tem diabetes gestacional, seu filho recebe muito açúcar enquanto está no útero. Ele vai produzir muita insulina para compensar este aumento da glicose no sangue. Ao nascer, como não receberá mais níveis altos de açúcar, poderá apresentar hipoglicemia (baixa de glicose) e, para ser tratado, deverá receber glicose, geralmente através de “soro na veia”. Com o tempo a quantidade de glicose que ele recebe na veia será diminuída até que o pâncreas dele se adapte à concentração normal de glicose no sangue.
Risco de tocotraumatismo para mãe e para o feto	Explicar que se o recém-nascido for grande para o tempo de gestação, poderão ocorrer dificuldades no parto, com risco de traumas tanto para a mulher como para o recém-nascido.
Riscos para o filho de mãe com DMG a longo prazo	Se seu filho ficar exposto a muito açúcar no sangue durante a gravidez, ele terá maior risco de desenvolver obesidade e diabetes quando for adulto.

Núcleo



<p>Importância do tratamento do DMG imediatamente após o diagnóstico.</p>	<p>- Esclarecer que a forma de evitar que estas alterações e complicações aconteçam para a mulher e o bebe é manter o açúcar no sangue normal. Para isso é necessário respeitar a dieta orientada e praticar as atividades físicas propostas. A dieta vai diminuir a ingestão de açúcares e vai evitar os picos de hiperglicemia (glicose elevada no sangue) e a atividade física vai ajudar a retirar a glicose da circulação sanguínea.</p> <p>- Destacar que em cerca de 60-70% das mulheres com DMG conseguem controlar a glicemia pela adesão à dieta e às atividades físicas. Informar que em um número pequeno de casos poderá ser necessário utilizar insulina, em conjunto com a dieta e a atividade física.</p>
<p>Controle glicêmico</p>	<p>Explicar que a monitorização da glicemia é feita com a coleta da gota de sangue na ponta de dedo e que com esse simples exame, podemos saber como estão os níveis de açúcar no sangue. É a monitorização da glicemia que vai mostrar quais alimentos fazem com que a glicemia aumente, se os valores da glicemia estão normais ou anormais e se ela precisar receber medicamentos (insulina) para conseguir controlar o açúcar no sangue.</p>