



ATENDIMENTO À GESTANTE DIABÉTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

ALANA LUIZE CASTANHA SOUTO; ANA LUISA GONÇALVES;

RESUMO

Esse resumo literário aborda o atendimento pré-natal à gestantes com Diabetes Mellitus (DM) tipo 1, tipo 2 e gestacional na Unidade Básica de Saúde (UBS), visando apresentar os programas governamentais, como a Rede Cegonha e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e o manejo adequado das pacientes na atenção primária, para fim de evitar a necessidade de envolver a atenção secundária e terciária. Tem como objetivo mostrar a importância do atendimento primário na garantia da gestação saudável de pacientes diabéticas, além de enfatizar os problemas patológicos na saúde da mãe e do feto durante e após a gestação. A metodologia utilizada foi a compilação da literatura prévia de livros e artigos relevantes no meio acadêmico sobre o assunto, pesquisados em sites e bibliotecas virtuais para leitura de texto integral. A partir da análise dos textos foi escrito um resumo sobre a importância do pré-natal para evitar gravidez de alto risco e desenvolvimento ou agravamento por patologias, entre elas a DM, como diagnosticar utilizando a medição capilar glicêmica e teste oral de tolerância à glicose, suas alterações prejudiciais para a vida materno-fetal e como um bom atendimento consegue assegurar a continuidade da gestação orientando as pacientes no tratamento adequado para prevenção de complicações no pré e pós-parto. Concluímos a melhor forma de abordar e tratar a DM e a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), além de salientar a necessidade do acompanhamento pré-natal com a equipe multidisciplinar para a preservação da vida até o puerpério, garantindo que a DMG não se torne DM tipo 2, acarretando muitas moléstias para a paciente.

Palavras-chave: gestação; pré-natal; hiperglicemia gestacional; diabetes mellitus; estratégia de saúde da família;

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal na atenção primária à saúde (APS) é extremamente importante para o diagnóstico precoce de alterações tanto na saúde da gestante quanto do feto. Um dos diagnósticos de risco é a Diabetes Mellitus (DM), a qual pode afetar significativamente o coração fetal e a circulação feto-placentária, tanto na estrutura quanto na função. A prevenção da cetoacidose diabética e da hipoglicemia materna grave é crucial para garantir a saúde materno-fetal; suas frequências devem ser monitoradas no acompanhamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O pré-natal da gestante diabética deve ser feito até a 12ª semana de gestação, como o padrão para gestantes, e os profissionais da unidade básica devem assegurar um acompanhamento individualizado prezando a segurança e a continuidade da gestação. Para tanto exige uma estrutura necessária e passos para garantir o melhor atendimento.

O objetivo desse resumo literário é compilar as informações médicas de complicações da Diabetes Mellitus (DM) na gestação com os programas da atenção básica e as diretrizes do SUS, chegando a uma conclusão da melhor abordagem dos profissionais da saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura, de modo a obter uma síntese sobre a abordagem e riscos envolvendo gestantes com Diabetes Mellitus, assim como expressar a importância do acompanhamento pré-natal na atenção básica.

Os artigos incluídos foram obtidos através das plataformas: PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os títulos de assuntos e termos livres foram: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Obstetrícia, Pré-Natal de Alto Risco, Gestante com Diabetes Mellitus e Diabetes Gestacional.

Os critérios de inclusão foram: idioma (português e inglês), disponibilidade (texto integral), relevância no meio acadêmico e foram consideradas as referências presentes nos artigos e livros usados para embasar essa revisão literária.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestante deve iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS), preferencialmente até a 12ª semana gestacional. O acompanhamento desde o início da gestação é essencial para diagnósticos precoce de alterações, tanto fetais como patogênicas na mãe; com a descoberta rápida e intervenções adequadas é possível reduzir os riscos de complicações na gravidez e abortos espontâneos.

De forma a aumentar a adesão à cobertura de pré-natal, o SUS desenvolveu um pacote de ações que garante a acessibilidade a um atendimento seguro e de qualidade na gravidez. A Rede Cegonha é uma estratégia fomentada na realização de exames, acompanhamento, parto, nascimento, puerpério, atenção especial à criança e sistema logístico. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é fundamental para a realização da rede e o aumento da cobertura de acompanhamento das grávidas e seus filhos, também na orientação sobre partos e intercorrências.

A criação do programa reduziu taxas de mortalidade materna e infantil. De acordo com o Painel de Monitoramento da Secretária Epidemiológica de Vigilância, em 2011, ano da criação da rede, houve o total de 65.398 mortes maternas. Já em 2018, essa taxa foi reduzida para 62.035 mortes no total. Nos dados de monitoramento da mortalidade infantil e fetal é possível perceber que no ano de 2011 houve o total de 27.469 mortes, em 2018 esse valor decaiu para 23.902 mortes.

O acompanhamento deve ser periódico e contínuo durante toda a gestação, em intervalos pré-estabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª a 36ª semana; semanalmente até o parto) e realizados pelos profissionais da UBS, um médico da família e comunidade ou generalista; uma enfermeira; e encaminhado para um centro obstétrico, caso for uma unidade que o ginecologista/obstetra não faça parte da equipe multidisciplinar do NASF.

Minimamente são recomendadas três consultas médicas (médico da família ou generalista), três consultas com a enfermagem e uma consulta odontológica. Os serviços de atenção secundária são envolvidos quando se faz necessário o cuidado adicional. Os exames laboratoriais e de imagem realizados em tempo oportuno são fundamentais para complementar a avaliação e a anamnese; e também são importantes para embasar a conduta profissional e classificar o risco da gestação.

Uma das patologias que traz riscos à gestação é a Diabetes Mellitus, tanto a pré-gestacional (tipo 1 e 2) quanto a gestacional, sendo importante averiguar a glicemia da gestante em todos os trimestres, inclusive as pacientes com níveis glicêmicos normais comparados aos valores de referência durante a gestação (menor que 85 mg/dL).

Diabetes mellitus (DM) é um conjunto de distúrbios endócrinos caracterizado por hiperglicemia devido à deficiência da efetividade ou diminuição da insulina, também causado por defeitos nas células β, acarretando distúrbios metabólicos de carboidratos, lipídeos, proteínas, água e eletrólitos. Trata-se de uma doença sistêmica, crônica e evolutiva; pode levar a dano celular, especialmente do endotélio vascular do globo ocular e no sistema nervoso.

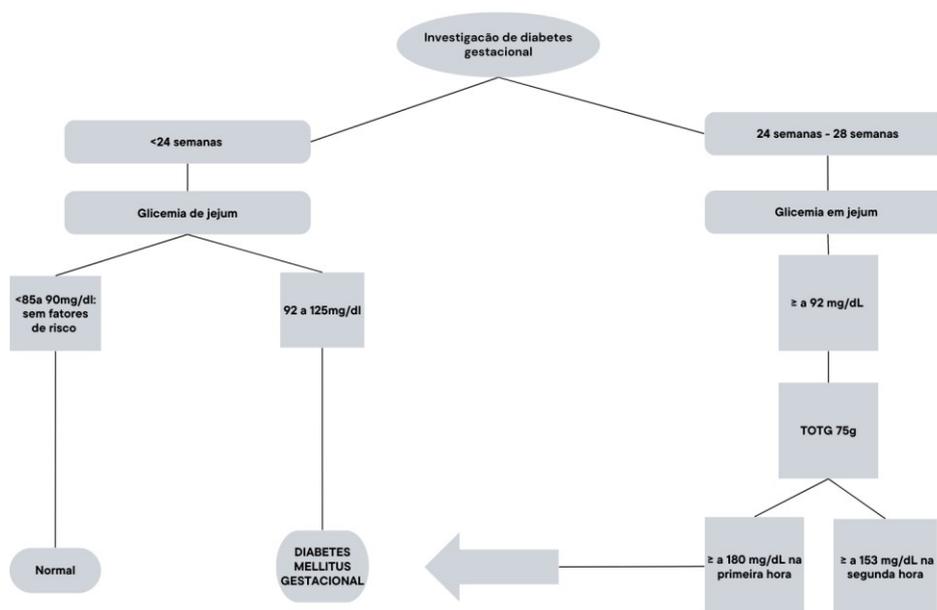
A diabetes pré-gestacional se apresenta de 2 tipos:

Diabetes mellitus do tipo 1: é uma moléstia autoimune que resulta na destruição das células β-pancreáticas, que leva à falência insular e a diabetes. Com efeito irreversível, necessita de terapêutica substitutiva, isto é, insulina.

Diabetes mellitus do tipo 2: é caracterizada pelo gradual e lento início de cetoacidose. Em geral acontece a partir dos 40 anos; contudo, pode se iniciar na juventude. O tipo 2 é frequentemente associado à obesidade.

A diabetes gestacional (DMG) é caracterizada quando a hiperglicemia é detectada pela primeira vez durante a gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que não atingem os critérios diagnósticos para DM; O International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group (IADPSG) definiu que o diagnóstico do DMG seja firmado quando:

- A glicemia de jejum for ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL;
- Pelo menos um dos valores do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, realizado entre a 24ª e a 28ª semanas de idade gestacional, for \geq a 92 mg/dL no jejum, \geq a 180 mg/dL na primeira hora e \geq a 153 mg/dL na segunda hora. O TOTG com 75 g é preconizado para todas as gestantes que não apresentaram diagnóstico de DMG ou DM diagnosticado na gravidez.



De acordo com o Ministério Da Saúde, alguns fatores de risco associados a DMG incluem: idade superior a 35 anos; sobrepeso ou ganho de peso excessivo na gestação atual; baixa estatura ($\leq 1,50$ m); crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão, pré-eclâmpsia na gravidez atual; histórico familiar de DM em parentes de primeiro grau; síndrome de ovário policístico.

A gestação se caracteriza por ser um estado de resistência à insulina em virtude da secreção placentária de alguns hormônios considerados diabetogênicos, como o hormônio do crescimento, cortisol e hormônio lactogênico placentário. Essa condição, aliada à intensa

mudança nos mecanismos de controle da glicemia, em função do consumo de glicose pelo feto, pode contribuir para a ocorrência de alterações glicêmicas, favorecendo o desenvolvimento de DMG nessa fase.

Durante a gravidez ocorre duas adaptações metabólicas relevantes: o aumento da solicitação contínua de glicose e de aminoácidos essenciais pelo concepto, além da necessidade de ácidos graxos e colesterol e modificações hormonais determinadas pelo glucagon, somatomotropina cariótica, estrogênios, progesterona e glicocorticóides;

A glicemia do feto é de 10 a 20 mg/dL menor que a encontrada no organismo materno, ocorrendo uma transferência da mãe, de carboidratos em quantidades apreciáveis, que é eliminado pela urina, e necessita atender o aumento da volemia.

Esta contínua transferência de glicose exige do organismo mecanismos metabólicos alternativos de produção de energia, normalmente a glicogenólise, a glicogênese e a hidrólise de triglicerídeos no tecido adiposo, os quais conduzem o aumento dos corpos cetônicos e ácidos graxos livres.

O jejum noturno e/ou prolongado conduz a grávida a um estado metabólico acelerado de inanição. Essa falta de energia pode acarretar problemas para o feto que necessita de doses altas de glicose durante todo o desenvolvimento embrionário.

Níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c) no primeiro trimestre > 6,5% estão associados a piores resultados de parto. Os efeitos teratogênicos da hiperglicemia podem ser agravados pela obesidade, tabagismo, uso de álcool e/ou má nutrição. As complicações fetais incluem maior frequência de malformações congênitas maiores, sendo as cardiovasculares as mais comuns.

Bebês de mães diabéticas podem apresentar maior frequência de desconforto respiratório, Policitemia, hipoglicemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia em comparação com bebês de mães sem diabetes. Também aumenta os riscos de essas crianças desenvolverem obesidade, síndrome metabólica e diabetes na vida futura.

O diabetes aumenta os riscos relativos de mortalidade materna, acidente vascular cerebral isquêmico, infarto do miocárdio, pré-eclâmpsia e possivelmente sepse e tromboembolismo venoso.

No diagnóstico de diabetes mellitus na gestação é preciso orientar medidas de prevenção primária (dieta e atividades físicas) e comunicar o alto risco das gestantes que não atingem o controle glicêmico e a importância de manter o acompanhamento na UBS; entre elas:

- Referenciar gestante via regulação para o pré-natal de alto risco
- Verificar junto a regulação e/ou gestantes se houve o acesso ao pré-natal de alto risco
- Manter o vínculo com as ações através de consultas e visitas domiciliares para garantir eficácia do tratamento e prolongamento da gestação.

A conduta de manejo da gestante diabética deve ser individualizada, levando em consideração os pontos pessoais e profissionais para criar um planejamento que assegure o feto e mãe chegar ao final da gestação saudáveis. Esse planejamento é feito a partir da primeira consulta pré-natal na unidade básica de saúde, e é acompanhado pela equipe multidisciplinar, e os serviços de pré-natal de alto risco especializados devem contemplar essa necessidade.

A paciente deve seguir as recomendações médicas e estar comprometida com o automonitoramento glicêmico (de quatro a sete vezes por dia em pacientes com dificuldade de controle, pelo menos uma vez por semana em pacientes com a DM ou DMG controladas)

A educação dietética, muitas vezes, é terapêutica suficiente para atingir o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e gestacional, que tem como objetivo atingir a normoglicemia, evitar cetose, promover ganho adequado de peso e contribuir para o desenvolvimento e o bem-estar fetal. Caso a medição capilar da glicemia continue dando maior que 92 mg/dL, é necessário entrar com doses de insulina. A dose recomendada e os horários

distribuídos serão acordados com o médico perante as taxas, exames e fatores individuais.

4 CONCLUSÃO

A atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, abrangendo a proteção, promoção e prevenção, ela desempenha um papel fundamental no cuidado pré-natal. Durante o período da gravidez, a UBS tem como dever acolher a gestante, garantindo o acompanhamento em todos os momentos da gestação. Os programas de atenção primária tem o necessário para prover segurança gestacional para a população adscrita, por conta do longo acompanhamento com pacientes diabéticas, e podem aconselhar a melhor maneira de engravidar saudável.

A UBS desempenha um papel central na identificação da diabetes gestacional por meio de testes glicêmicos realizados durante o pré-natal. Caso haja o diagnóstico positivo, a equipe fornece as orientações para tratamento da gestante e encaminhamento para obstetras, nutricionistas, endocrinologistas e consultas adicionais para monitoramento do desenvolvimento fetal.

É importante garantir o tratamento integral com a gestante diabética, por ser uma gravidez de alto risco, preservar sua integridade e a saúde do feto com um planejamento adequado e individualizado. A diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma patologia que passa despercebido quando a gestante não faz acompanhamento pré-natal, o qual pode evitar muitas complicações futuras.

Também é de suma importância a sensibilização dos profissionais de saúde e da população sobre a necessidade de se realizar o rastreamento pós-natal em mulheres que apresentaram quadro de DMG, já que a detecção e o tratamento precoce do diabetes tipo 2 reduz o risco de complicações cardiovasculares e microvasculares nessas mulheres.

REFERÊNCIAS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Tratado de Obstetrícia**. Editora Revinter. Rio de Janeiro. 2000.

FRANCISCO, R. P. V. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Femina, São Paulo, volume 47, número 11, p. 786-796, novembro, 2019.

International Diabetes Federation (IDF). **IDF Diabetes Atlas** [Internet]. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventhedition.html>. Acessado em: 23 de julho de 2023.

PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO. **Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT)**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO. **Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT)**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia do Pré-Natal na atenção básica**. 2018. Disponível em: <https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>. Acessado em: 23 de julho de 2023.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**. 4 ed. Editora Manole. São Paulo. 2020.