

Programa de Atendimento Especial à Gestante com Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba (PAGU-UFPB)

FILIZOLA¹, Rosália Gouveia
MENDONÇA², Roberta A. S. Pereira
MOREIRA³, Luã Guerra
MOREIRA⁴, Maria de Fátima
SILVA⁵, Ana Elisa Vieira Fernandes

O Programa de Atendimento Especial à Gestante com diabetes tem como objetivo realizar assistência especializada às gestantes com diabetes no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Em virtude das complicações maternas e fetais advindas da hiperglicemia materna, criou-se uma instância de discussão de conceitos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos, educação e orientação das pacientes e assistência contínua e intensiva às mesmas. As próprias pacientes constituem multiplicadores dos conceitos aprendidos e os resultados materno-fetais fornecem material para pesquisa, auto-avaliação e geração de novas condutas. As mulheres que tenham Diabetes prévio à gestação, tipo 1 ou 2, bem como aquelas que desenvolvem diabetes durante a gravidez (diabetes gestacional) foram acompanhadas semanalmente por uma equipe mínima composta por enfermeira, nutricionista e endocrinologista que se articularam entre si e com os obstetras assistentes. As pacientes receberam um glicosímetro para automonitorização domiciliar das glicemias e, além disso, orientação semanal durante todo o período da gravidez. As pacientes são, ainda, seguidas no pós-parto, permanecendo no ambulatório do HULW, ou sendo encaminhadas aos Centros de Atendimentos (contrareferência). Como resultado do acompanhamento das gestantes portadoras de diabetes, pudemos observar uma redução das comorbidades e complicações neonatais, o que demonstra que a metodologia instituída é satisfatória.

PALAVRAS-CHAVE

Diabetes Gestacional – Automonitorização domiciliar – Educação em Diabetes

¹ Universidade Federal da Paraíba, discente colaborador - anaelisavf@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba, professor orientador – rosaliafilizola@gmail.com

³ Universidade Federal da Paraíba, discente colaborador - beta_araujom@gmail.com

⁴ Universidade Federal da Paraíba, discente bolsista – luanguerra@gmail.com

⁵ Universidade Federal da Paraíba, técnico - fatimah.moreira@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos de mães com diabetes possuem maior risco de apresentarem diversas complicações.

Comparando glicemias pré e pós-prandiais, observa-se que o ajuste glicêmico baseando-se na glicemia pós-prandial proporciona melhor controle glicêmico, diminuindo o risco de macrosomia, hipoglicemia neonatal e partos por cesárea. Vários estudos (LAPOLLA, 2009; BUCHANAN, 2005; SCOLLAN-KOLIOPOULOS, 2006) têm apontado para a importância da educação e ensinamentos no autocuidado, além da dietoterapia e tratamento insulínico intensificado. Obviamente, este é um tratamento que exige compreensão, motivação e apreensão dos métodos e instrumentos do autocuidado por parte da paciente.

Para alcançar o controle metabólico adequado e imprescindível da gestante com diabetes faz-se mister a organização de um grupo multidisciplinar no atendimento às mesmas objetivando minimizar morbimortalidade materno-fetal nesta condição, que só poderá ser alcançado com a otimização do controle glicêmico.

2. DESENVOLVIMENTO

A maioria das mulheres com Diabetes Gestacional (DG) parece ter disfunção das células beta que ocorre no background da resistência crônica à insulina.

A diabetogenia da gravidez se baseia em um incremento progressivo da área abaixo da curva na sobrecarga de glicose oral e intravenosa, durante o terceiro trimestre da gestação (LIND & BROWN, 1973; KUHL, 1975).

Ampla série de estudos demonstra que durante a gestação, excetuando-se a fase inicial, caracterizada por um aumento da sensibilidade à insulina (KALKHOFF, 1979), se identifica uma insulinoresistência que também é gradualmente crescente e mais evidente no terceiro trimestre (PHELPS, 1981; METCALFE, 1988), coincidindo com a curva ascendente dos hormônios contra insulínicos e particularmente, com o período de produção máxima do lactogênio placentário (LP) (KASE E REUNIAK, 1985).

Uma vez que a insulina não atravessa a placenta, o feto é exposto à hiperglicemia materna.

O rastreamento e o diagnóstico de DG devem ser feitos na 2ª metade da gestação, entre a 24ª e a 28ª semanas, porque este é o período de maior aumento dos hormônios placentários com ação hiperglicemiante.

Os critérios adotados pela OMS, firmando-se o diagnóstico de DMG é confirmado quando: glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL; glicemia pós-prandial de 1 hora ≥ 180 mg/dL; ou glicemia pós-prandial de 2 horas ≥ 153 mg/dL (American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011).

O tratamento da gestante com diabetes baseia-se no tripé: monitorização glicêmica, orientação nutricional e insulinoterapia, onde cada um depende de processo contínuo de educação e acompanhamento.

3. METODOLOGIA

As ações são realizadas coletivamente, buscando consolidar um processo de ação interdisciplinar, o que favorece uma visão global das gestantes com diabetes.

Estabelecido o diagnóstico, a paciente deverá ser seguida semanalmente, ou a cada 15 dias, ao longo da gestação.

As pacientes são atendidas inicialmente pela Endocrinologista e então encaminhadas à Enfermeira Educadora Terapêutica e Nutricionista da equipe.

4. RESULTADOS

Durante o período de maio a outubro de 2013, foram acompanhadas no serviço 38 gestantes com diabetes. Do total, 28 (73,68%) pacientes tiveram o diagnóstico de diabetes gestacional e 10 (26,32%) iniciaram o acompanhamento com um diagnóstico prévio de diabetes, sendo 2 (5,27%) com diabetes mellitus tipo 1 e 8 (21,05%) com diabetes mellitus tipo 2.

Das 38 pacientes, 23 (60,5%) fizeram uso de insulina, enquanto 15 (39,5%) conseguiram controlar a glicemia através de dieta e mudança de hábitos de vida. 10 (26,8%) pacientes acompanhadas apresentavam como comorbidade o diagnóstico de hipertensão e, dentre estas, 2 evoluíram com pré-eclâmpsia.

A Tabela 1 expressa os dados relativos à idade das pacientes, época de diagnóstico, medidas da mãe no início e final da gestação e dados do nascimento do bebê.

Observamos que a média de idade das pacientes atendidas foi de 32,61 anos. No grupo de pacientes com diabetes gestacional, a média da idade gestacional em que o diagnóstico foi realizado foi de 24,16 semanas. O Teste Oral de Tolerância à Glicose com 75g de glicose (TOTG-75) foi o método de escolha para a realização do diagnóstico, de acordo com o recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes

(SBD). As médias glicêmicas do exame encontradas nas pacientes foram: jejum = 108,15; glicemia após 1h = 192,40 e glicemia após 2h = 155,52.

Em relação ao peso da gestante, observamos que a média de peso no início da gestação era de 75,97kg, e no final da gestação, 83kg. A média de ganho de peso foi de 7,03kg.

Os dados encontrados sobre os recém-nascidos foram: média da idade gestacional do nascimento do bebê = 37,88 semanas; média de peso ao nascer = 3,23 kg; média de comprimento ao nascer = 47,81 cm. No que diz respeito às complicações fetais, foram observados 7% de hipoglicemia, 7% de desconforto respiratório e 15% de icterícia prolongada.

Tabela 1 – Médias e desvios-padrão de idade da mãe, diagnóstico, resultado de TOTG, altura, peso inicial, IMC inicial, peso final, IMC final, idade gestacional no momento do parto, peso e comprimento do bebê.

*Diagnóstico de diabetes gestacional em relação a semana de gestação

**Teste Oral de Tolerância a Glicose

	N	Média	Desvios-padrão
Idade	38	32,61	5,578
Diagnóstico – Semanas*	26	24,12	5,652
TOTG J**	26	108,15	26,036
TOTG 1h	15	192,40	37,741
TOTG 2h	23	155,52	34,109
Altura	37	1,58	,000
Peso Inicial	37	75,97	18,739
IMC Inicial***	34	29,03	7,124
Peso Final	26	83,00	17,940
IMC Final	14	30,00	7,565
IG****	26	37,88	1,558
Peso	27	3,23	
Comp.	26	47,81	2,857

*** Índice de Massa corporal no início da gestação

****Idade Gestacional em semanas

5. CONCLUSÕES

Durante o Programa, foi oferecido espaço como campo de vivências aos alunos do curso de medicina. Contribuiu-se para os fins sociais da UFPB. Pôde-se identificar as fragilidades no atendimento às gestante diabética na rede básica.

Diagnosticou-se as mulheres com diabetes gestacional (DG), realizando um acompanhamento semanal às mulheres com DG e aquelas com diabetes pré-gestacional (DPG). Oportunizou-se a aquisição de insumos, tais como aparelhos medidores de glicemia capilar (glicosímetro) e tiras reagentes, para automonitorização domiciliar. Foram promovidas palestras educativas. Pôde-se prescrever dietoterapia apropriada para as gestantes, bem como iniciar o esquema de “insulinização com múltiplas doses” àquelas cujo tratamento se fez necessário. Durante o Programa, foi realizado o acompanhamento intensivo da mulher com DM, o que levou à diminuição de todas as complicações materno-fetais nesta condição, que mostraram-se comparáveis às da população não diabética

REFERÊNCIAS

- BUCHANAN, TA; XIANG A.** Gestational diabetes mellitus. J Clin Invest. v.115 p. 485-491,2005). Disponível em: <http://www.jci.org/articles/view/24531/version/1>
- KALKHOFF, R. K.; KISSEBAH, A. H.; KIM, H. J.;** Carbohydrate and lipid metabolism during normal pregnancy: relationship to gestacional hormone action. IN I. **R. KERKATZ e PAJ ADAM** : the diabetic pregnancy. A perinatal perspective, cap. 1, pag 3. Grunne e Stratton, New York, 1979.
- KÜLHL, C.; HORNES, P J; O Andersen:** Etiology and pathophysiology of gestacional diabetes mellitus. Diabetes, v.34 (Supl. 2) : p.66-70, 1985
- KÜLHL, C.;** Insulin secretion and insulin resistance in pregnancy and GDM. Implacations for diagnosis and management. Diabetes v.40 (SUlp. 2) :p. 18-24, 1991.
- LAPOLLA A,** et al. Gestational diabetes mellitus in Italy: a multicenter study. Obstet Gynecol Reprod Biol. Aug;145(2):149-53, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467766>.
- LIND, T; BROWN, G .** A serial study of changes occurring in the oral glucose tolerance test during pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. Br. Com. V.80 , P.1033-9, 1973.
- PHELPS, L R; METZGER, B E; FREINKEL, N; N. XVII.** Diurnal profiles of plasma glucose, insulin, free fattu acids, triglyceridees, cholesterol and individual amino acids in late normal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. V.140: p.730-6. 1981.

