



O ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA DIABETES GESTACIONAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MULTIPROFESSIONAL MONITORING OF GESTATIONAL DIABETES IN THE BASIC HEALTH UNIT

Wanessa de Souza¹, Kamiliam Câmara Cintra¹, Amanda Cabral dos Santos²

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

2. 2 Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil. amandacabral@senaaires.com.br

RESUMO

O objetivo deste estudo foi encontrar evidências, por meio de uma revisão da literatura integrativa, sobre os programas de pré-natal realizados no Brasil que contemplem estratégias para a prevenção e os cuidados relacionados à DMG. Métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de estudos realizados sobre o tema e disponíveis nas bases de dados: Lilacs, Scielo e Medline/Pubmed. Esse estudo encontrou como resultado vasta bibliografia que defende e respalda o atendimento da Enfermagem nos cuidados referentes à DMG, com atividades individuais e coletivas voltadas para a prevenção e promoção de saúde das mulheres com DMG.

Descritores: diabetes gestacional, atenção primária, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to find evidence, through a review of the integrative literature, about prenatal programs carried out in Brazil that include strategies for the prevention and care related to GDM. Methods: This is a bibliographic search based on studies carried out on the topic and available in the databases: Lilacs, Scielo and Medline / Pubmed. This study found as a result a vast bibliography that defends and supports Nursing care in care related to DMG, with individual and collective activities aimed at the prevention and health promotion of women with DMG.

Descriptors: diabetes, gestacional, primary health care, nursing care.

Como citar: Souza W, Cintra KC, Santos AC. O ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA DIABETES GESTACIONAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Rev Inic Cient Ext. 2021; 4(2):676-84.

INTRODUÇÃO

A diabetes apresenta-se atualmente como uma das maiores ameaças à saúde pública do século XXI. Alterações no comportamento humano e no estilo de vida resultaram em um aumento dramático de sua prevalência e incidência mundial. Dentre os tipos de diabetes, a que apresenta maior incidência é a diabetes gestacional.

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma complicação que surge durante a gravidez e tem como característica a intolerância à glicose em diferentes graus e intensidades. É considerada um problema de saúde pública, pois a maioria de suas complicações pode levar a óbitos maternos e fetais.¹

Em 1949 a cientista Priscila White sugeriu classificar a DMG conforme o tempo da doença e seus fatores e complicações. Só a partir de então, essa doença passou a ser estudada como uma condição específica da gestação.²

Estudos apontam que a DMG tem uma prevalência de 1 a 14%, podendo variar de acordo com a etnia da gestante. No Brasil, a prevalência é de 7,6%.³

O pré-natal visa, dentre outras atribuições, identificar precocemente alterações que coloquem em risco a saúde da mulher e do feto, tendo uma importante atuação preventiva, evitando complicações pré, peri e pós natais, aborto espontâneo, parto prematuro, pré-eclâmpsia, DMG, entre outros fatores.⁴

O rastreamento para DMG é comumente realizado a partir da 24ª semana de gestação, através do exame de glicemia em jejum. Nos casos de resultado superiores a 92mg/dl, a gestante precisará ser submetida ao Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG). Nos casos em que o resultado tenha valores iguais ou superiores a 180 e 153 mg/dl, na primeira e segunda hora após a ingestão de açúcar respectivamente, a gestante necessitará de acompanhamento gestacional de risco até o parto.⁵

As mudanças no estilo de vida obtendo um melhor hábito nutricional e praticando atividade física regularmente reduz em até 58% de desenvolver DM e possivelmente não desencadear uma DMG durante a gravidez.⁶ Diante essa informação, como isso pode ser viabilizado à gestante de forma a garantir condições gestacionais adequadas? Como esse acompanhamento tem sido realizado no Brasil e qual sua relevância? Tendo as gestantes acompanhamento nas unidades básicas de saúde, porque há uma alta incidência da diabetes durante o período gestacional? Quais os programas e as evidências científicas que comprovem sua eficácia?

As redes de atenção à saúde podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da gestante e do feto por meio de programas oferecidos pelas secretarias de saúde municipais no nível da atenção primária.⁷

A rede de atenção à saúde é um conjunto de serviços integrados com um único objetivo de oferecer o cuidado e a prevenção, de acordo com a necessidade de cada indivíduo que procura o serviço primário de saúde, prestando serviço de qualidade e de forma humanizada.⁷

Assim, o pré natal é realizado no serviço de saúde primário que deve contar com a participação de profissionais especializados e cientes da função e da missão da Atenção Básica de Saúde.⁸

O objetivo desse estudo é encontrar, por meio de uma revisão da literatura, dados sobre os programas de pré-natal realizados no Brasil e no mundo que sejam voltados para a prevenção e os cuidados relacionados à DMG.

Os objetivos específicos são: descrever programas de pré-natal que abordem a DMG; evidenciar as práticas voltadas para a orientação, diagnóstico e acompanhamento da DMG; propor caminhos que viabilizem a melhora dos serviços oferecidos na atenção primária voltados para a saúde das gestantes.

A incidência de diabetes está aumentando a cada ano, especialmente em razão do aumento da obesidade, resultante da modernização e mudanças de comportamento, com maior acesso a alimentos industrializados e menor gasto calórico. Através desse estudo, buscamos alertar a sociedade quanto aos riscos da DMG e a importância do pré-natal para a saúde da gestante.

Para os profissionais da saúde, esse estudo traz um alerta sobre o acompanhamento adequado às gestantes, com um olhar cuidadoso voltado para a DMG que deve ser prevenida e adequadamente tratada. A observação e a análise do contexto onde cada gestante está inserida pode indicar dados relevantes para traçar um perfil daquela população local a fim de estabelecer programas eficazes de acompanhamento e tratamento. Assim os profissionais de saúde poderão realizar um melhor planejamento e implementação das políticas e programas de saúde públicos de acordo com a realidade de cada região.

Para a ciência, este estudo pode ser um norteador para novas pesquisas que sustentarão a prática dentro do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa teórica, baseada em um estudo de revisão de literatura integrativa que evidencia um novo saber a respeito de um tema específico e relevante para a comunidade científica, para a prática profissional da enfermagem e para a sociedade, mostrando condutas reprodutíveis no nível da Atenção Primária.

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2021 nas seguintes bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Medline/Pubmed (National Library of Medicine National Institutes of Health). Foram utilizados os seguintes termos pesquisados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): diabetes gestacional, atenção primária, cuidados de enfermagem.

Os artigos escritos em português e inglês, publicados entre 2010 e 2021, com disponibilidade gratuita de texto completo em formato PDF em suporte eletrônico, os artigos publicados sobre diabetes melito gestacional, tratamento, diagnóstico e acompanhamento realizados na Atenção Primária foram os critérios de inclusão.

Os livros, capítulos de livro e sites de meio não científico, os artigos publicados antes de 2010 e os artigos que abordavam a DMG nos níveis secundário e terciário da Atenção à Saúde foram excluídos do estudo.

Os artigos selecionados tinham seus objetivos voltados para o tema abordado nesse estudo e contemplavam metodologias de revisão de literatura ou relatos de casos sobre as estratégias e ações em atenção primária voltadas para o acompanhamento de gestantes com DMG.

O total de arquivos encontrados foram 57, sendo do Scielo, da Lilacs e nenhum da Medline/Pubmed. Os artigos excluídos por não se enquadrarem no objetivo proposto por este estudo foram 19. Os artigos excluídos por não se enquadrarem no idioma proposto foram 7. Os artigos excluídos por não se enquadrarem no período de publicação foram 18. Os artigos incluídos nesta revisão foram 13, sendo 12 do Scielo e 1 da Lilacs.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada por hiperglicemia e distúrbio do metabolismo dos macronutrientes, devido à alteração da ação ou da excreção de insulina pelo pâncreas.⁹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define três tipos de diabetes: Diabetes tipo 1 (DM1), com causa ainda desconhecida, mas caracterizada pela não produção de insulina e sem forma de prevenção, a não ser dos agravos; Diabetes gestacional, que ocorre, como o próprio nome diz, durante a gestação e tem sintomas parecidos com o diabetes tipo 2 e a Diabetes tipo 2 (DM2), que é caracterizada por baixa produção ou mau funcionamento da insulina no organismo, causando hiperglicemia.¹⁰

A Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma doença metabólica em que há qualquer nível de intolerância à glicose com início em qualquer período da gestação, podendo persistir após o parto através do desenvolvimento da diabetes mellitus (DM) tipo 2.⁵

Araújo et al, (2013) e Bolognani et al. (2011), mostram que a estimativa da DMG varia entre 1 e 14%, sendo que nos Estados Unidos o registro das doenças vem aumentando gradativamente com 1,4 a 6,1%. No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, a prevalência está entre 2,4 e 7,6% e aproximadamente 0,3% das mulheres grávidas diagnosticadas com DMG já deviam apresentar alterações da glicemia antes da gravidez.^{5,11}

A DMG pode levar a complicações graves e irreversíveis como abortamentos espontâneos, macrossomia ou crescimento excessivo fetal, morte neonatal ou fetal, hipoglicemia fetal além de ser um fator de risco para o feto desenvolver futuramente obesidade e Diabetes Mellito DM.¹¹ A doença também é responsável pelo aumento de partos cesáreos e afeta o aspecto emocional da mulher.⁵

A elevação da glicose no sangue, característica da diabetes, é denominada hiperglicemia. Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação da insulina, hormônio produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo para que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resultam, portanto, em acúmulo de glicose no sangue.⁵

Nesse estudo, o foco é a diabetes diagnosticada durante a gestação ou Diabetes Gestacional. Pode ser transitória ou não e, ao término da gravidez, a paciente precisa ser investigada e acompanhada. Na maioria das vezes o diagnóstico é detectado no terceiro trimestre da gravidez, através de um teste de sobrecarga de glicose.¹⁰

Massucatti et al. (2012) orientam que as gestantes que tiverem história prévia de diabetes gestacional, de perdas fetais, malformações fetais, hipertensão arterial, obesidade ou história familiar de diabetes não devem esperar o 3º trimestre para serem testadas, já que sua chance de desenvolverem a doença é maior.¹²

Durante a gravidez, a mulher passa por diversas mudanças hormonais significativas, para que o desenvolvimento do bebê ocorra de maneira adequada. Uma delas é o aumento da produção de insulina pelo pâncreas para equilibrar o rearranjo hormonal que está sendo direcionado para a placenta. Quando esse processo não é bem sucedido, acarreta uma elevação de glicose no sangue.¹²

As alterações anatômicas e funcionais que ocorrem na gravidez caracterizam-se como respostas a uma adaptação imposta pelo feto. Dentre essas modificações estão a insônia ou intensificação do sono, câibras, instabilidade e desequilíbrio motor, bradicardias, arritmias respiratórias, alguns transtornos simpaticotônicos, com menor frequência, como taquicardia e hipertensão. Também é possível observar mudanças de cor e temperatura, diarreias ou obstipações.⁹

Além dos fatores físicos, o ambiente, a hereditariedade e a interação fazem parte do período gestacional. O aspecto ambiental envolve diversas variáveis externas como uso de fármacos, drogas ilícitas ou álcool, alimentação, atividade física, agentes estressores. Já a hereditariedade ou genética refere-se às características transmitidas diretamente pelos pais para os filhos, e a interação entre os fatores hereditários e ambientais são contínuos e, associados, potencializam e moldam comportamentos.¹²

Na diabetes gestacional o bebê é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intra-uterino, havendo um maior risco de crescimento fetal excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até de obesidade e diabetes na vida adulta do bebê.¹³

O tratamento, portanto, deve visar o controle glicêmico estrito, tendo como objetivo principal conseguir a euglicemia e, com isso, diminuir os riscos para as possíveis complicações maternas e fetais.¹⁴

A administração da insulina artificial para tratamento da diabetes mellitus gestacional se faz quando a terapêutica dietética e a utilização de exercícios físicos não são suficientes para alcançar o controle metabólico desejado. Esquemas terapêuticos que agregam uso de insulina intermediária com insulinas rápidas são, sem dúvida, os mais fisiológicos; porém, em vários momentos consegue-se controle glicêmico adequado utilizando-se a insulina de ação intermediária (NPH) fracionada em três tomadas (jejum, almoço e 22 horas).¹⁰

A dose inicial será calculada de acordo com o peso materno, variando de 0,4 a 0,5 U/kg/dia, observando-se dose maior pela manhã (metade da dose total diária) e outras duas doses menores no almoço e ao deitar. Caso necessário, a insulina regular será introduzida antes das refeições.⁵

Historicamente, a introdução da insulina na terapêutica da gestante diabética foi um marco na qualidade da assistência a essas mulheres. Os dados sobre diabetes e gestação anteriores à utilização clínica da insulina são sombrios, com relato de cerca de 30% de mortalidade materna durante a gestação e 50% de óbitos perinatais.¹⁵

A insulina artificial deve ser mantida em todas as pacientes que dela já faziam uso é iniciada em diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou em pacientes com DMG que não obtiverem controle satisfatório com a dieta e os exercícios físicos.⁹

Os hipoglicemiantes orais como a gliburida e a metformina vêm sendo utilizados pois não ultrapassam a barreira placentária, tornando seu uso mais seguro⁵, mas o uso dessa medicação ainda é controverso.

Ferreira (2019) afirma que:

É fundamental manter adequados controles metabólicos, que podem ser obtidos pela terapia nutricional (que deve estar baseada nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável), aumento das atividades físicas, suspensão do fumo, associados ou não a insulino-terapia. Os hipoglicemiantes orais são contra-indicados na gestação, devido ao risco aumentado de anomalias fetais.¹⁵

O ajuste de doses é baseado nas medidas de glicemia ao longo do dia. Por isso a orientação para o monitoramento da glicemia com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado é fundamental para o controle e sucesso do tratamento. Assim, as gestantes com diagnósticos de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe de Atenção Básica e pela equipe do pré-natal de alto risco.¹⁰

O principal tratamento nos casos de DMG envolve a gestante e a família e busca promover modificações dos hábitos de vida, principalmente com relação a alimentação saudável, prática de exercícios supervisionados e adequados para cada fase da gestação e diminuição de agentes estressores.¹⁵

Segundo Bolognani et al. (2011), a educação dietética muitas vezes é terapêutica suficiente para atingir o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus gestacional. Os objetivos dessa terapêutica são atingir a euglicemia, evitar a cetose, promover ganho adequado de peso e contribuir para o desenvolvimento e o bem-estar fetal. Por isso faz-se necessário o

aconselhamento nutricional realizado por nutricionista e enfermeiro(a) que devem elaborar e orientar uma dieta que respeite a realidade e a cultura alimentar da paciente para que haja maior adesão ao tratamento.⁵

Ribeiro (2015) orienta que a dieta deve ser variada de modo a fornecer todos os constituintes alimentares essenciais (vitaminas, minerais, fibras, proteínas e gordura), deve ser individualizada para satisfazer as necessidades energéticas de cada paciente e não gerar aumento de peso desnecessário; deve evitar flutuações e picos glicêmicos; deve controlar os níveis séricos de lipídios pois sua elevação aumenta o risco de doenças cardiovasculares.¹⁶

Além da dieta, exercícios físicos são importantes para o controle glicêmico, devendo ser incentivados. Mas é importante que a paciente seja orientada adequadamente para a procura de exercícios específicos para gestantes e para o trimestre específico da gestação, com supervisão de profissionais da Fisioterapia e da Educação Física especializados.¹⁵

Durante as atividades físicas é importante que haja a aferição da glicemia, pois a prática de exercícios com os níveis sanguíneos de glicose elevados aumenta a secreção de glucagon, hormônio do crescimento e catecolaminas. E com isso o fígado libera mais glicose e o resultado é um aumento no nível glicêmico.⁹

A gestante pode realizar o monitoramento glicêmico por meio da glicemia capilar que é considerada a forma ideal, tanto por sua segurança quanto pela diminuição da necessidade de internação. É um método que traça registros detalhados do perfil glicêmico, facilitando o entendimento da gestante sobre o comportamento da sua glicemia, acompanhando os efeitos do sono, das refeições e da atividade física no nível glicêmico. A recomendação é que a verificação da glicemia capilar seja feita 4 vezes ao dia em jejum e 2 horas após as refeições.⁵

Amaral (2015) afirma que “o diabetes mal controlado está associado com malformações congênitas, macrossomia fetal (bebês grandes), hidrânio, pré-eclâmpsia e óbito intra-uterino” (p.253). No período neonatal há aumento no risco de doença da membrana hialina e hipoglicemia neonatal. Também por isso, a gestante diabética é considerada gestante de alto risco devido às complicações fetais, neonatais e de parto que podem surgir. Quanto maior a gravidade do diabetes materno, maior o risco para o bebê. As complicações do RN de mãe diabética incluem a hipoglicemia, a hipocalcemia, anomalias congênitas e a macrossomia fetal.^{9,10,14,15}

A assistência pré-natal precoce diminui o risco para o bebê, prevenindo dessa forma possíveis seqüelas no seu desenvolvimento. Em relação ao RN, o tratamento consiste em monitorar as situações de risco e complicações, com cuidado específico e individualizado para cada uma delas.¹⁷

A mulher portadora de DM pode ter uma gestação saudável, desde que sejam tomadas algumas precauções, dentre elas: planejamento da gestação compreendendo a importância das primeiras semanas para a formação fetal adequada; controle rigoroso do nível de glicose no sangue; detecção precoce dos fatores de risco; adoção sistemática e supervisionada de hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e controlada, prática de atividades físicas regulares); consultas regulares ao endocrinologista para adequar a dosagem de insulina, já que ela é variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência a aumentar no decorrer da gestação).^{10,17}

Faz-se necessário que os enfermeiros englobem ações que priorizem a assistência integral ao indivíduo envolvendo a família, pois assim estará atuando na prevenção, detecção precoce e controle dos avanços naturais da patologia.⁹

O enfermeiro deve estar sempre se utilizando de medidas educativas como estratégias de prevenção, buscando evitar o surgimento da patologia em gestantes de risco. Para isso, pode realizar campanhas educativas com o objetivo de conscientizar a gestante e seus familiares sobre a importância do acompanhamento, do controle e da prevenção, esclarecendo as dúvidas, auxiliando a lidar com sentimentos, angústias, ansiedade, conflitos e necessidades.¹⁴

Deve-se assim, estabelecer um vínculo de confiança para posteriormente, em conjunto, traçarem estratégias a curto, médio e longo prazo, direcionado a alcançar o controle metabólico. Faz-se indispensável a busca de formas motivadoras de educação em saúde em que a paciente e sua família sintam-se parte do processo do cuidar.¹⁵

Existem muitas dificuldades em educar para a mudança efetiva de comportamentos. Aumentar os conhecimentos e as habilidades não é suficiente. É necessário que a gestante acredite que há necessidade de mudança para preservar o bem estar, prevenir ou reverter a descompensação do DG e perceber que as vantagens em modificar determinados comportamentos são maiores que as desvantagens.¹³

A assistência pré-natal promove o acompanhamento clínico da gestante diabética independentemente da classificação da doença e deve também monitorar as principais complicações fetais. O tratamento do diabetes na gestação envolve equipe multidisciplinar, e os serviços de pré-natal de alto risco especializados devem contemplar essa necessidade. Na primeira consulta pré-natal, deve-se traçar o panorama que permitirá mapear os maiores riscos de complicações nessa gestação.⁹

A sistematização da assistência de enfermagem garante que as ações da equipe tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem, as ações se tornam efetivas e de maior qualidade, facilitando a adaptação da gestante para o auto cuidado. Dessa forma, haverá uma maior adesão e sucesso no processo, diminuindo as complicações da diabetes gestacional; como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher.¹⁵

A monitorização do tratamento é realizada com aferição da glicemia capilar e com avaliação da circunferência abdominal fetal por meio de ultrassonografia obstétrica a partir da 28ª semana de gestação. O diabetes gestacional pode ocorrer em qualquer mulher e é, na maioria dos casos, assintomática. Por isso, recomenda-se que todas as gestantes, a partir da 24ª semana (início do 6º mês) de gravidez, tenham seus níveis glicêmicos aferidos em jejum e na ingestão de glicose, por meio de hemograma e teste oral de tolerância a glicose.¹³

O diagnóstico é feito caso a glicose no sangue venha com valores iguais ou maiores a 92 mg/dl no jejum ou 180 mg/dl e 153 mg/dl respectivamente 1 hora e 2 horas após a ingestão de dextrosol que é uma solução com concentração de glicose.¹⁰

São considerados fatores de risco para o diabetes gestacional: Idade materna mais avançada, ganho de peso excessivo durante a gestação, sobrepeso ou obesidade, síndrome dos ovários policísticos, história prévia de bebês grandes (mais de 4 kg) ou de diabetes gestacional, 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 (gravidez de gêmeos).¹⁸

Mais recentemente, tem-se recomendado a triagem precoce de gestantes de risco para diabetes já na primeira consulta pré-natal, o que permite iniciar a orientação para evitar complicações.¹⁹

Ao longo dos anos, o SUS vem desenvolvendo ações de saúde coletiva para a melhoria da qualidade da saúde da mulher, da criança e da família. Desta forma foram lançados diversos programas que focam a saúde da mulher e a saúde da gestante. Um deles é a Rede Cegonha, que é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável.¹⁹

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. O acompanhamento pré-natal

compreende a realização de consultas médicas durante a gravidez, nas quais o médico realiza a avaliação global da gestante e também do crescimento do bebê.¹⁴

Além disso, são realizados diversos exames laboratoriais. Todas essas ações têm como objetivo detectar e tratar precocemente doenças ou condições que possam exercer efeitos danosos na saúde da mãe e/ou do bebê. A gestação não é uma doença, e sim um processo fisiológico normal, que na grande maioria das vezes transcorre sem complicações. Esse grupo de mulheres que não apresenta complicações compõe o chamado grupo de gestações de "baixo risco".¹⁸

Porém, em alguns casos, a gestação pode já começar com problemas, ou esses surgem durante a mesma, apresentando uma possibilidade maior de evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para a criança. São as chamadas gestações de "alto risco". O objetivo do pré-natal é garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, identificar adequada e precocemente quais as pacientes com maiores chances de evolução desfavorável.¹⁹

A atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser Inter setoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.¹⁹

Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. (Portal da Saúde – SUS).¹³

CONCLUSÃO

A DMG, ao ser diagnosticada, necessita de tratamento adequado imediato e acompanhamento periódico por profissionais especializados prevenindo futuros agravos. A rede de atenção à saúde é responsável por esse acompanhamento e precisa criar estratégias eficazes para sua efetividade.^{3,7}

Na sociedade atual, entende-se que a mulher com diabetes gestacional necessita de apoio de várias ordens, desde o familiar, clínico, social e psicológico. Assim, o papel da Enfermagem é fundamental já que, muitas vezes, a paciente com DMG não percebe qualquer alteração em seu organismo e deve ser orientada e acompanhada desde o início da gestação.

Assim, esse estudo encontrou como resultado vasta bibliografia que defende e respalda o atendimento da Enfermagem nos cuidados referentes à DMG, devendo os enfermeiros desenvolver atividades voltadas para a prevenção e promoção de saúde das mulheres com DMG.

REFERÊNCIAS

1. Landim C.A.P. Milomens K.M.P. Diógenes M.A.R. Déficits de autocuidado em clientes com Diabetes Mellitus Gestacional: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS): 2008. vol. 29 n. 3, p. 374-381. Disponível em:<http://www.seer.ufrgs.br/Revista_Gaúcha_de_Enfermagem/article/viewFile/6757/4061>. Acesso em 19 abr. de 2021.

2. Oliveira J.E.P. Milech A. Diabetes Mellitus: Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar. Editora Atheneu LTDA. 2006. Vol. p. 1-378. Disponível em: <<http://www.diabetes.ufc.br/files/Diabetes%20Mellitus%20%20Cl%C3%ADnica,%20Diagn%C3%B3stico%20e%20Tratamento%20multidisciplinar.pdf>>. Acessado em 19 abr. de 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gestação de Alto Risco. 2011 a. Acesso em 22 abr. de 2015. p. 1-220.
4. Miranda P.A.C. Reis R. Diabetes Mellitus Gestacional. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008. Vol. 54, n. 6 p. 471-486. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302008000600006&script=sci_arttext>. Acessado em 20 abr. de 2021.
5. Bolognani C.V. Souza S.S. Calderon I.M.P. Diabetes mellitus gestacional- enfoque nos novos critérios diagnósticos. Rev. Ciências Saúde. 2011 de 2015; vol. 22 n.1, p.31-42. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/diabetes_mellitus_gestacional_pdf>. Acesso em 20 abr de 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da Sociedade Brasileiras. 2009, vol. 3, p. 1-332.
7. Mendes E.V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010. [Acessado em 22 abr. de 2021]; 15(5): 2297-2305. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005>.
8. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo. 2011. Vol. 20, n. 4 p. 867-874. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext>. Acessado em 21 abr. de 2021.
9. Almeida P. T. Assistência nutricional e diabetes mellitus gestacional: uma revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, v.9, n.7, p. 92, 2020.
10. Amaral A. R. Impacto do diabetes gestacional nos desfechos neonatais: uma coorte retrospectiva. Revista Scientia Medica, v. 25, n. 1, p. ID19272-ID19272, 2015.
11. Araújo M.F.M. et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. Rev. Bras. Enferm. 2013; vol. 66 n. 2, p. 222-227. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.Php?Pid=S003471672013000200011&script=sci_arttext>. Acesso em 22 abr. de 2015
12. Massucatti L. A. Pereira R. A. Maioli T. U. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. Rev Enferm Atenção saúde, v. 1, n. 01, 2012.
13. Paulino T. S. Cuidados de enfermagem na consulta de pré natal a gestante diagnosticada com diabetes gestacional. Revista Humano Ser, v. 1, n. 1, 2016.
14. Brito J. G. C. Cuidado Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família a Mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional. Revista de Psicologia, v. 14, n. 52, p. 961-973, 2020.
15. Ferreira D. L. O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no Brasil em atividades de cuidado com o diabetes. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 17, p. e91-e91, 2019.
16. Ribeiro A. M. C. Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, v. 10, n. 1, p. 8-13, 2015.
17. Pereira B.G. Diabetes gestacional: seguimento após o parto. Revista Enfermagem em Foco, v. 13083, p. 881, 2014.
18. Jerônimo P. S. Terapia nutricional e diabetes mellitus gestacional: uma revisão bibliográfica. São Paulo: Vozes, 2018.
19. Silva B.C.C.N. Assistência de enfermagem a gestante com diabetes mellitus gestacional. Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos, v. 2, n. 2, p. 33-40, 2017.