

**Resultados da abordagem do Diabetes Mellitus Gestacional no Centro de Especialidades em Saúde da Mulher e da Criança de Itanhaém-SP**

**Results of the Gestational Diabetes Mellitus Approach at the Center for Specialties in Women's and Children's Health in Itanhaem-SP**

**Solange Ortolani**

FPBE Unisepe, Brasil

Email: ortolanisolange@gmail.com

**Carmencita Ignatti**

FPBE Unisepe, Brasil

carmencitaignatti@gmail.com

Recebido: 09/01/2018 – Aceito: 30/01/2018

**Resumo**

Estudo documental de prontuários de gestantes portadoras de Diabetes Gestacional encaminhadas ao Pré-Natal de alto risco ao Centro de Especialidade em Saúde da Mulher e da Criança – Cescrim “Paula Vegas”. localizada no Município de Itanhaém-São Paulo, Brasil, com o objetivo de identificar as gestações de risco durante o acolhimento por enfermeiros. De um total de 234 gestantes cadastradas no sistema PNAR-Pré-Natal de Alto Risco, foram selecionados 32 prontuários de acordo com a proposta da pesquisa, no período de setembro de 2015 a junho de 2016, os quais foram examinados de acordo com as seguintes variáveis: idade, ocupação, renda, situação conjugal, gravidez planejada, número de gestações, paridade, abortos, natimortos, tipo de parto, número de filhos vivos, data do último parto, idade gestacional, peso atual, estatura, IMC, uso de substâncias ilícitas glicemia de jejum no início do pré-natal, controle de glicemia capilar e teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de jejum e de 2 horas. Os dados obtidos foram tabulados e colocados em tabelas de frequência. Os resultados específicos para o rastreamento do DMG, apontaram 59,3% para 1ª glicemia em jejum entre 92 e 125 mg/dl, confirmando assim a suspeita de diabetes gestacional. Nos resultados indeterminados, a 2ª glicemia comprovou que 53% tiveram resultados alterados, mostrando a necessidade de se confirmar o exame para diagnóstico precoce do DMG. Dos exames utilizados como coadjuvantes para rastreamento, como Teste de Tolerância à Glicose, Glicemia Capilar os resultados apontaram para 28% do controle glicêmico alterado, assim como Teste de Tolerância, com glicemia de 2 horas, com 18,7% alterados. Também se avaliou o perfil das gestantes, os fatores de risco para o Diabetes Gestacional, a metodologia empregada para a suspeita do diagnóstico, a condução dos casos com critérios confirmados e a atuação das Enfermeiras durante a consulta de enfermagem. Evidenciou-se a importância do atendimento na Unidade

Especializada de Referência de Alto Risco, a qual deve estar preparada para o acolhimento da gestante, promovendo ações que irão contribuir para um diagnóstico precoce, tratamento, prevenção de complicações e soluções para os problemas e dificuldades encontrados durante as consultas subsequentes, oferecendo assistência humanística e holística integral e individual às gestantes.

**Palavras-chave:** diabetes gestacional; acolhimento; assistência de enfermagem

### **Abstract**

Documentary study of medical records of pregnant women with Gestational Diabetes sent to the high-risk prenatal center at the Center for Specialization in Women's and Children's Health - Cescrium "Paula Vargas". located in the city of Itanhaem-São Paulo, Brazil, with the objective of identifying risk pregnancies during approach. From a total of 234 pregnant women enrolled in the PNAR-Prenatal High Risk system, 32 medical records were selected according to the research proposal, from September 2015 to June 2016, which were examined according to the following age, occupation, income, marital status, planned pregnancy, number of pregnancies, parity, abortions, stillbirths, type of birth, number of live births, date of last childbirth, gestational age, current weight, height, BMI, use of illicit substances fasting blood glucose at the beginning of prenatal, capillary glycemia control and oral glucose tolerance test (OGTT) of fasting and 2 hours. The obtained data were tabulated and placed in frequency tables. The specific results for the screening of DMG, indicated 59.3% for the first fasting glycemia between 92 and 125 mg / dl, thus confirming the suspicion of gestational diabetes. In the indeterminate results, the 2nd glycemia showed that 53% had altered results, showing the need to confirm the examination for early diagnosis of GDM. From the tests used as a coadjuvant for screening, such as Glucose Tolerance Testing, Capillary Glycemia, the results indicated 28% of the altered glycemic control, as well as Tolerance Test, with 2-hour glycemia, with 18.7% altered. The profile of the pregnant women, the risk factors for Gestational Diabetes, the methodology used to suspect the diagnosis, the conduct of the cases with confirmed criteria and the performance of the Nurses during the nursing consultation were also evaluated. It was evidenced the importance of care in the High Risk Specialized Referral Unit, which should be prepared to host the pregnant woman, promoting actions that will contribute to an early diagnosis, treatment, prevention of complications and solutions to problems and difficulties encountered during subsequent consultations, offering comprehensive and individualized humanistic and holistic care to pregnant women.

**Key words:** gestacional diabetes; approach; nursing care.

## **1. Introdução**

No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e seis

apresentando hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez. Ministério da Saúde, Brasil;2010.

Ao atender uma gestante na Atenção Básica de Saúde, com suspeita de prognóstico para Diabetes Mellitus Gestacional, o profissional de saúde deve seguir o Protocolo de Atendimento à Gestação de Alto Risco, levantando todos os fatores e condições que levaram à hipótese diagnóstica desse agravo, levando-se em conta o que diz a estatística de prevalência de Diabetes Gestacional referida.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015-2016, são os seguintes os fatores de risco para inclusão da gestante no pré-natal de alto risco para DMG:

“Idade materna avançada, sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, poli-hidrânio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG, síndrome de ovários policísticos, baixa estatura (menos de 1,5 m).”

Cada método diagnóstico infere um resultado que pode ser indicativo de alterações nos valores glicêmicos, no entanto, ao final do rastreamento, os valores poderão descartar tal hipótese.

Essa seria a primeira etapa do rastreamento, a qual deve ser realizada ainda na Atenção Básica, embora devido a fatores como início tardio do pré-natal, podem retardar o rastreamento e conseqüentemente o diagnóstico, levando o profissional a encaminhar a gestante com urgência para o Centro Especializado em Saúde da Mulher e da Criança, que acolhe a gestação de alto risco, a nível regional, ou diretamente para o Centro Especializado em Diabetes.

Todas as ações, a partir desse momento, deverão partir dos Centros Especializados para chegar ao consenso a respeito do diagnóstico de Diabetes Gestacional.

Conceituando Diabetes Mellitus Gestacional ( DMG ),

“Trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Entretanto, aquelas pacientes de alto risco e que na consulta inicial de pré-natal já preenchem os critérios para diabetes fora da gestação serão classificadas não como diabetes gestacional, mas como diabetes mellitus”. Na fisiopatologia do DMG, ocorre devido tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta, sendo, portanto, similar ao Diabetes Mellitus Tipo 2”, Sociedade Brasileira de Diabetes;2015-2016.

Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância à glicose normal após a gravidez, porém há chances de 10 a 63% de desenvolver DM Tipo 2, dentro de cinco a dezesseis anos após o parto.

Os critérios para o rastreamento do DMG, incluem, além da glicemia em jejum em dois momentos da gestação, sinais e sintomas de polidipsia, poliúria e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual  $> 200\text{mg/dL}$ , o Teste de Tolerância à Glicose (TOTG), o qual deverá ser efetuado com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta de diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose (Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose  $> 200\text{ mg/dl}$ ) ( Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015-2016).

A coleta para determinação da glicemia deve ser realizada pela aferição no plasma, evitando-se o uso de tiras reagentes por não serem tão precisas, (Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015-2016)

Para a realização do teste de tolerância à glicose oral algumas considerações devem ser levadas em conta: • Período de jejum entre 10 e 16 horas. • Ingestão de pelo menos 150 g de glicídios nos três dias anteriores à realização do teste. • Atividade física normal. • Comunicação da presença de infecções, ingestão de medicamentos ou inatividade.

Conjuntamente com a realização do teste de tolerância à glicose, deve-se considerar não menos importante, o automonitoramento da glicemia, pois desde seu posicionamento oficial com o Standards of Medical Care in Diabetes – 2008, a American Diabetes Association,(ADA), considera o automonitoramento glicêmico (AMG) parte integrante do conjunto de intervenções e componente essencial de uma efetiva estratégia terapêutica para o controle adequado do diabetes, (American Diabetes Association;2008).

Esse procedimento possibilita ao paciente avaliar a resposta individual à terapia e também permite confirmar se as metas glicêmicas recomendadas estão sendo efetivamente obtidas (Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015-2016). Também é recomendado o monitoramento das glicemias capilares de 4 a 7 vezes ao dia, pré e pós-prandiais, principalmente nas gestantes insulinizadas e se os níveis de glicemia se mantiverem elevados (jejum  $\geq 95\text{ mg/ dl}$  e 1 h pós-prandial  $\geq 140\text{ mg/dl}$ , ou 2 h pós-prandiais  $\geq 120\text{ mg/dl}$ ), mesmo com a introdução da dieta, deve-se iniciar tratamento farmacológico, (SBD; 2015-2016).

O encaminhamento para avaliação nutricional realizada por um especialista, bem como a prática de atividade física, são dois aliados no tratamento da gestante com diabetes . Por isso, o Enfermeiro poderá dispor de protocolos e recursos da rede para fazê-lo, mas deve ter um registro do IMC (Índice de Massa Corpórea), que ajudará o nutricionista a avaliar a quantidade de calorias a compor a dieta, levando em conta as necessidades nutricionais para o

desenvolvimento do feto e visando o ganho ponderal adequado, além de determinar a intensidade do exercício físico.

Em mulheres com IMC pré-gestacional entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>, o ganho de peso esperado ao longo da gestação é de 11,5 a 16 kg. Já nas gestantes com IMC pré-gestacional  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>, é considerado seguro ganho até o final da gravidez entre 5 e 9 kg. (SBD – 2015-2016).

O estado nutricional e o adequado ganho de peso materno são fatores importantes para o bom resultado da gravidez, bem como para a manutenção da saúde, em longo estudos. Nomura, RMY, Paiva LV, Costa VN, Liao AW, Zugaib, M; 2011. Em pesquisa realizada em um hospital da rede pública, referência regional no atendimento à gestação de alto risco, 15 gestantes internadas para a realização de controle de algum tipo de intercorrência orgânica, verificou-se que no que tange aos diagnósticos clínicos descritos nos prontuários das gestantes, o mais incidente foi diabetes mellitus com 46,67% das ocorrências, seguido da hipertensão arterial com 26,67%; 13,33% apresentavam ambas as patologias. Luciano MP, Silva EF da, Cecchetto FH; 2011.

Tais resultados coincidem com os dados da literatura que apontam essas condições como as principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Tendo em conta esses resultados, a equipe que atendeu essas gestantes, preocupou-se em orientar e promover ações educativas no processo da gestação e de seus agravos. Verificou-se que no tocante às orientações fornecidas às gestantes de alto risco, foram prestadas majoritariamente da equipe médica, seguidas das nutricionistas, apenas 17,6% partiram dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Luciano MP, Silva EF da, Cecchetto FH; 2011.

### **A abordagem, o papel e o cuidado à gestante pelo Enfermeiro na Rede Básica**

No tocante ao papel dos profissionais de saúde, a enfermagem é a profissão que mais deve estar de olho para um atendimento humanizado, pelo contato direto e constante com o paciente, assim como devem desenvolver ações interdisciplinares que favoreçam a autoconfiança e cuidado da mulher e de sua família durante a gestação e no pós-parto ' (Amaral, FC; 2011).

Para as autoras Schmalfluss JM, Prates LA, Azevedo M, Schneider V;2014, a enfermagem, além de desempenhar importante papel nos cuidados de enfermagem prestados a mulher com DMG, atua como mediadora frente ao sucesso do tratamento da gestante que possui essa patologia, sendo uma das responsáveis pelo sucesso do desfecho gestacional.

A Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a

implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, dispõe:

## CAPÍTULO II

### DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Art. 5º A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres.

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. Brasil; 2013.

Para o acompanhamento do Pré-Natal de Alto Risco, o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, descreve como atribuições do profissional Enfermeiro, no processo de atenção à gestante e à puérpera:

- Realiza consulta de pré-natal de baixo risco.
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha gestantes classificadas como de risco para consulta com o (a) médico (a).
- Promove atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.
- Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade (SÃO PAULO, 2006).

No que se refere à atuação do Enfermeiro, a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece: [...]

Das atribuições específicas

Do Enfermeiro:

[...]

II – realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2011).

Pautados portanto na legislação e nos Protocolos que conferem ao Enfermeiro

atribuições pertinentes ao acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal os profissionais se comprometem a se vincular ao atendimento qualificado, integrado ao sistema e de acordo com as ações propostas para promoção da saúde materno-fetal e prevenção de morbi-mortalidade do binômio.

### **Rede de Saúde e Ações Integradas**

Em 2010 foi publicada a Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica Ministério da Saúde, Brasil. Portaria GM nº 4279; 2010.

Para Cavalcanti PCS; 2010, os “pontos de atenção” necessários ao cuidado materno-infantil devem estar conectados e funcionar em rede, minimizando, assim, a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que busca garantir a integralidade da assistência.

Segundo Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna MCM; 2007, o Programa de Saúde da Família, em síntese, é um serviço de primeiro contato, realizado por via dos profissionais da atenção básica ou primária, incumbidos de filtrar os diversos casos e proceder com o encaminhando dos usuários, quando pertinente, aos profissionais da atenção especializada.

Em outras palavras,

“O PSF é a porta de entrada no sistema de saúde, devendo abarcar, entre outras coisas, condições de acessibilidade à população, eliminando-se eventuais barreiras, sejam elas financeiras, culturais”. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna MCM; 2007.

As ações da atenção básica se pautam na equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar, com articulação das práticas e saberes de seus membros, enfrentando situações apresentadas e propondo soluções em conjunto. Souza BC, Bernardo ARC; 2013.

### **O Matriciamento como apoio ao Serviço de Saúde**

O apoio Matricial é um modo de produzir saúde de forma compartilhada, no qual os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) são apoiados pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em intervenções terapêuticas e pedagógicas, Ministério da Saúde, (Brasil); 2011.

A proposta de apoio matricial aborda o novo arranjo organizacional de assistência em saúde para potencializar saberes e práticas de abordagem integral do ser humano. Mostra

como o apoio matricial visa assegurar retaguarda especializada, tanto assistencial, quanto técnico pedagógica às equipes de referência para a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, prevendo critérios para acessar o apoio e definir o espectro de responsabilidades na rede de assistência NASF, enfatizando a relevância da ação técnico pedagógica e da educação permanente, assim como de reuniões multidisciplinares. Universidade Aberta do SUS.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo, de corte transversal, não controlado, de abordagem quanti-qualitativa, com base em resultados obtidos através do levantamento de 40 prontuários de gestantes com suspeita de Diabetes Mellitus Gestacional, encaminhadas pelas USFs ao Cescrim (Centro Especializado em Saúde da Mulher e da Criança) de Itanhaém, dos quais 5 foram descartados por não estarem dentro dos critérios para o objeto do estudo e outros 3 por terem tido alta por descarte do diagnóstico de diabetes gestacional. Restaram portanto, 32 prontuários, dos quais foram levantadas as seguintes variáveis: idade, ocupação, renda, situação conjugal, gravidez planejada, número de gestações, paridade, abortos, natimortos, tipo de parto, número de filhos vivos, data do último parto (em anos), idade gestacional (baseada na data da consulta do acolhimento), peso atual (aferido no Cescrim), estatura (registrada na Caderneta da Gestante), IMC (Índice de Massa Corpórea), uso de substâncias (lícitas ou ilícitas), glicemia de jejum no início do pré-natal (dado obtido do encaminhamento da USF), controle de glicemia capilar (baseado no controle com dieta), obtido do prontuário, TOTG de jejum e de 2 horas, obtido do prontuário, ou do exame no momento da consulta, uso de antidiabético oral, dado obtido do prontuário, uso de insulina e tipo, obtido do prontuário médico, além de doenças e fatores de risco associados. Para confirmar o diagnóstico de diabetes gestacional, utilizou-se o Fluxograma de Diabetes Gestacional adaptado para a Rede Municipal de Saúde de Itanhaém, com base nos critérios propostos pela Sociedade Brasileira de Diabetes; 2015-2016, WHO ;2013) e NIH (2013).

### **Descrição da região objeto do estudo**

Itanhaém é um município da Baixada Santista, no estado de São Paulo, no Brasil. É a segunda cidade mais antiga do Brasil. Possui uma extensão territorial total de 581 km<sup>2</sup>, sendo aproximadamente 140 km<sup>2</sup> de área urbana, 100 km<sup>2</sup> de área rural e o restante da área são reservas ecológicas e a Serra do Mar. É o maior município da RMBS. No último censo do IBGE, em 2010 contava com 87.057 pessoas. Tem no entanto população itinerante devido ao turismo e vem recebendo novos moradores há cerca de 2 décadas, devido ao atrativo das



praias e da natureza calma e ampla vegetação nativa. No tocante à área de saúde, possui 14 estabelecimentos de saúde atendidos pelo SUS e o Hospital Jorge Hossman (antigo Regional de Itanhaém), atende à população do próprio município, bem como de municípios vizinhos como Peruíbe, Mongaguá e outros que não possuam recurso próprio para internação e melhores recursos. A rede básica é essencialmente constituída de Unidades de Saúde da Família e distribuída pelo território todo do município, até divisa com Peruíbe e Mongaguá. Quanto às Especialidades, conta com 5 unidades de atendimento, entre elas a do Cescrim “Paula Vegas”, cujo objeto de atendimento são mulheres entre elas gestantes de alto risco, encaminhadas pelas USF, crianças recém-nascidas de risco, o Posto de Coleta de Leite Humano com atendimento ao binômio nas dificuldades da amamentação e captação de doadoras de leite e mulheres em idade fértil, acompanhadas pelo Ginecologista.

Por ter participado do acolhimento às gestantes de alto risco para DMG nessa unidade de saúde e comprovando a importância do profissional enfermeiro no tocante à decisão de confirmar e tratar as hipóteses diagnósticas encaminhadas da atenção básica para esse agravo, além de constatar que do total de gestantes de alto risco, o maior percentual era de gestantes com suspeita ou confirmação de Diabetes Gestacional, a autora percebeu a relevância do estudo sobre a conduta da enfermeira e o encaminhamento da referência para o diagnóstico precoce da doença. Juntando à realidade social e o perfil das gestantes, a pesquisa resultou em dados que corroboram com a necessidade de trabalho em equipe, da sensibilização de todos os profissionais que participam diretamente no atendimento ao Pré-Natal.

### **3. População e amostra**

A pesquisa compreendeu o estudo de prontuários no período de 02/09/2015 a 15/06/2016, tendo sido selecionados do total de 234 gestantes acolhidas e cadastradas no sistema PNAR (Pré-Natal de Alto Risco) do Cescrim.

### **4. Aspectos éticos**

O consentimento para a pesquisa obtido através de Ofício enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Itanhaém, ao Departamento de Atenção Básica e Especializada, dirigido à Coordenadora da Atenção Especializada, Dra. Ana Meri Possan Paganatto e do então Secretário de Saúde, Sr. Dr. Fábio Crivellari Miranda.

### **5. Análise estatística**

As variáveis por sua vez foram colhidas através do Protocolo de Atendimento da Gestante adaptado. Todos os exames para rastreamento do diabetes gestacional são realizados e encaminhados pelo Laboratório de Referência do Município de Itanhaém. Utilizou-se para

análise dos dados, a construção de tabelas demonstradas nos resultados, utilizando para inferência, as frequências absoluta e relativa em porcentagem dos totais encontrados.

**Tabela 1: Gestantes segundo Idade  
Cescri, 2015-2016**

Faixa etária	Freq.abs	Freq rel %
< 21	1	3,2
21 a 25	4	12,5
26 a 30	13	40,6
31 a 35	5	15,6
36 a 40	9	28,1
Total	32	100

**Tabela 2: Gestantes segundo ocupação,  
Cescri, 2015-2016**

Ocupação	Freq.abs	Freq rel %
Nenhuma	2	6,2
Do Lar	17	53,1
Cozinheira	2	6,2
Pensionista	1	3,2
Comerciante	1	3,2
Auxiliar de Serviços Gerais	1	3,2
Atendente de Balcão	3	9,3
Auxiliar de Tesouraria.	1	3,2
Recepcionista	1	3,2
Assistente Administrativa.	2	6,2
Caixa	1	3,2
Total	32	100

**Tabela 3: Gestantes segundo renda, em  
salário mínimo, Cescri 2015-2016**

Renda	Freq abs.	Freq rel%
sem renda	1	3,2
não informado	1	3,2
< 834,00	4	12,5
até 2 salários	15	46,8
até 3 salários	8	25
até 4 salários	2	6,2
mais de 4 salários	1	3,2
Total	32	100

Dieese - salário mínimo 2015 de R\$ 788,00  
e 2016 de R\$ 880,00;média de salário  
2015/2016. R\$ 834,00

**Tabela 4: Gestante, segundo sit. Conjugal, Cescrim, 2015-2016**

Sit. Conjugal	Freq abs.	Freq rel%
solteira	3	9,3
separada	1	3,2
casada	9	28,1
união	19	59,3
Total	32	100

**Tabela 5: Gestantes, segundo gravidez planejada, Cescrim 2015-2016**

Gravidez plan	Freq abs.	Freq rel%
sim	15	46,8
não	17	53,2
Total	32	100

\* O Novo Código Civil não estabelece prazo mínimo de duração de convivência.

**Tabela 6: Gestantes, segundo número de gestações, Cescrim 2015-2016**

Gestações	Freq abs	Freq rel%
1	5	15,6
2	13	40,6
3	7	21,9
Multigesta	7	21,9
Total	32	100

**Tabela 7: Gestantes, segundo número de partos, Cescrim, 2015-2016**

Gestações	Freq abs	Freq rel%
0	8	25
1	13	40,6
2	6	18,7
3	5	15,6
Total	32	100

**Tabela 8: Gestantes, segundo número de abortos, Cescrim, 2015-2016**

Gestações	Freq abs	Freq rel%
0	24	75
1	5	15,6
2	3	9,3
Total	32	100

**Tabela 9: Gestantes, segundo a IG no dia da consulta, Cescrim 2015-2016**

IG semanas	Freq abs	Freq rel%
5 a 14	6	18,7
15 a 19	5	15,6
20 a 29	16	50,0
30 a 39	3	9,3
s/ calc	2	6,2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tabela 10: Gestantes, segundo peso atual no dia da consulta, Cescrim 2015-2016**

Peso atual	Freq abs	Freq rel%
50 a 59}	1	3,0
60 a 69	4	12,5
70 a 79	7	22,0
80 a 89	8	25,0
90 a 99	3	9,3
100 a 109	5	15,6
110 a 119	1	3,0
120 a 129	3	9,3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tabela 11: Gestantes, segundo a estatura (USF)**

IG semanas	Freq abs	Freq rel %
1,50 a 1,59	17	53,1
1,60 a 1,69	10	31,2
1,70 a 1,79	3	9,4
s/inf.	2	6,3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tabela 12: Gestantes, segundo o IMC, Cescrim 2015-2016**

IMC	Freq abs	Freq rel%
< 18,5	0	0
18,5 a 24,9	2	6,3
25 a 29,9	4	12,5
> 30	24	75
s/cálc	2	6,3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tabela 13: Gestantes, segundo uso de substâncias, Cescrim 2015-2016**

Subst/quant	Freq abs	Freq rel%
cigarro (-10)	1	33,3
cigarro (+10)	1	33,3
álcool	1	33,3

outras	0	0
Total	3	100

**Tabela 14: Gestantes, segundo Glicemia em Jejum, Cescrium ,2015-2016**

Valor GJ(mg/dl)	Freq abs	Freq rel%
85 a 91	7	22,0
92 a 125	19	59,3
126 a 153	2	6,3
154 a 180	1	3,1
s/inf	3	9,3
Total	32	100

\* 3 gestantes entraram no critério de risco para DM Pré-Gestacional, segundo SBD 2015-2016.

**Tabela 15: Gestantes, segundo II Glicemia de Jejum, Cescrium 2015-2016**

Valor GJ(mg/dl)	Freq abs	Freq.rel%
85 a 91	3	20,0
92 a 125	8	53,0
126 a 153	1	6,0
154 a 180	0	0
s/inf.	3	20,0
Total	15	100

**Tabela 16: Gestantes, segundo Glicemia Capilar, Cescrium 2015-2016**

Resultado	Freq abs	Freq.rel%
não fez	6	20,6
ignorado	1	0,3
normal	12	41,3
alterado	10	34,4
instável	1	0,3
Total	29	100

**Tabela 17: Gestantes, segundo TOTG em jejum, Cescrium 2015-2016**

Resultado	Freq abs	Freq-rel%
não fez	13	44,0
85 a 91	5	17,0
92 a 100	7	24,0
>100	3	10,0
s/inf	1	3
Total	29	100

**Tabela 18: Gestantes,segundo TTGO 2h, Cescri**  
**2015-2016**

Resultado	Freq abs	Freq-rel%
não fez	13	43,0
<92	1	3,0
92 a 140	10	33,0
> 140	6	20,0
Total	30	100

**Tabela 19: Gestantes,segundo uso de ADO**

Resultado	Freq abs	Freq-rel%
nenhum	2	8,6
dieta	19	82,6
dieta inad	1	4,3
alterado	1	4,3
Total	23	100

\* 9 prontuários sem informação de dieta

**Tabela 20: Gestantes, segundo uso de Insulina, Cescri**  
**2015-2016**

Resultado	Freq abs	Freqrel%
nenhum	22	69
NPH	4	12,5
NPH+R	3	9,3
suspenso	1	3,1
s/inf	2	6,2
Total	32	100

**Tabela 21: Gestantes, segundo associação com outras comorbidades, Cescri**  
**2015-2016**

Comorbidades	Freq abs	Freq rel %
Toxoplasmose	2	8,0
HAS	7	28,0
Tabagismo	2	8,0
Alcool	1	4,0
DM II	3	12,0
Hipotireodismo	3	12,0
ITU	2	8,0
Cisto hep	1	4,0
DMI	1	4,0
Sífilis	1	4,0

Strepto B+	1	4,0
Hepatite B	1	4,0
Total	25	100

## 6. Discussão

A variável socioeconômica aponta para contingente elevado para condições precárias de sustento familiar, implicando em falta de subsídios necessários para sobrevivência do grupo estudado.

Quanto à idade gestacional no dia da consulta, em relação ao encaminhamento da atenção básica, a maioria foi encaminhada entre a 20<sup>a</sup> e 29<sup>a</sup> semanas, ou seja, entre 3<sup>o</sup> e o 4<sup>o</sup> trimestre de gestação, implicando em um rastreamento tardio para DMG, bem como uma conduta terapêutica que previna as complicações.

Tiveram destaque os resultados para peso atual e IMC, onde 25,0% pesaram entre 80 e 89 kg, 15,6 entre 100 e 109kg; quanto ao IMC, 75,0% tiveram o valor maior que 30kg/m<sup>2</sup>, sendo considerado obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação, um dos principais fatores de risco do diabetes mellitus gestacional. Secretaria Estadual de Saúde, São Paulo; 2010.

Os resultados específicos sobre rastreamento do DMG apontaram para 59,3% com 1<sup>a</sup> Glicemia de Jejum entre 92 e 125mg/dL, indicando confirmação diagnóstica para esse agravo, iniciando-se assim o tratamento imediato. Para as que o resultado da 1<sup>a</sup> glicemia foi indeterminado para DMG, solicitou-se 2<sup>a</sup> glicemia, onde se obteve 53,0% da confirmação para o diagnóstico de diabetes. Determinou-se com esse primeiro rastreamento, a importância de se solicitar a 2<sup>a</sup> glicemia, orientando a gestante sobre a real necessidade de jejum de 8 horas no mínimo. Vale ressaltar que 9,3% dos encaminhamentos não vieram com resultado de glicemia registrado, ou o resultado ainda não estava disponível, dificultando o rastreamento precoce, ou indicando a necessidade de solicitar com urgência uma glicemia.

As gestantes cujo resultado confirmou o diagnóstico na 1<sup>a</sup> glicemia, foram agendadas no Cescri para avaliação e acompanhamento no CEDI (Centro de Especialidades em Diabetes), onde são acolhidas pela Enfermeira, agendadas para consulta com nutricionista e com um Endocrinologista. Recebem ainda um monitor de glicemia e insumos para coleta de glicemia capilar 3x ao dia (mapa de controle glicêmico).

Das gestantes que realizaram o controle de glicemia capilar automonitorado, 37,5% tiveram resultado normal, apenas com uso de dieta recomendada pela nutricionista. Contudo, 28,1% tiveram resultado alterado, devido a dieta inadequada referida pelas próprias gestantes ao serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

O teste TOTG, ou TTG 75g, para confirmação de resultados de Glicemia de Jejum maior ou igual a 85mg/dL, ou a presença de fator de risco para DMG é indicado a partir da 24ª semana, apontou para 18 gestantes que realizaram o teste, tiveram resultados do teste na 1ª hora: 31,2% maior ou igual a 92mg/dL e após 2 horas, 18,7% dessas tiveram glicemia maior que 140mg/dL, mas 37,5% apresentaram glicemia menor que 140mg/dL. As respostas indicam a importância do exame para confirmar ou descartar o DMG.

O uso de Insulina NPH ou associação da NPH com Regular, foi indicado nos casos de resistência à insulina, do Diabetes tipo 2 e ausência de insulina no tipo 1 (pré-diagnosticados em 4 gestantes), ou naqueles em que o controle com dieta resultou inadequado: 12,5% usaram Insulina NPH, 9,3% tiveram que fazer uso de NPH associado à Insulina regular. Recomenda-se o monitoramento das glicemias capilares 4 a 7 vezes/dia pré e pós-prandiais, especialmente nas gestantes que usam insulina. Se após 2 semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados (jejum  $\geq 95$  mg/dl e 1 h pós-prandial  $\geq 140$  mg/dl, ou 2 h pós-prandiais  $\geq 120$  mg/dl), deve-se iniciar tratamento farmacológico. Sociedade Brasileira de Diabetes;2015-2016.

Quanto às comorbidades informadas por 25 gestantes, 28% tiveram diagnóstico para Hipertensão Arterial pré-adquirida ou adquirida na atual gestação, sendo essa uma morbidade enquadrada nos fatores de risco para a gestação, além de exigir a associação de medicamentos anti-hipertensivos e um controle diário da pressão arterial, bem como uma dieta que já deve ter restrição calórica, acompanhada de restrição de sódio, culminando com o risco de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, Ministério da Saúde, Brasil;2015

Outra comorbidade associada em 12% das gestantes, o Hipotireoidismo conduz a uma endocrinopatia, que segundo Costa MS, Netto, LS, Buescu A. Vaisman M; 2004, aponta serem vários os efeitos dessa entidade não tratada tanto para suas mães como para seus fetos.

Todas as variáveis foram analisadas pela Enfermeira no acolhimento, tiveram encaminhamentos de acordo com a relevância do problema, contando antes com a avaliação do profissional médico responsável pelo atendimento às gestantes, fazendo com que esse fosse totalmente interdisciplinar e com abordagem holística pela equipe.

## **7.Conclusão**

Os resultados da pesquisa demonstraram a importância do acolhimento do enfermeiro no pré-natal de alto risco, primeiro pela agilização da consulta prévia ao atendimento médico, onde se pode colher o maior número de informações prévias possível, resolver os problemas mais simples como encaminhamento ao Centro Especializado em Diabetes (CEDI), na confirmação do DMG com a primeira glicemia alterada, verificar situações de risco social e psicológicos, podendo também recorrer



aos profissionais da rede, até mesmo do próprio Cescrim, solicitar a 2ª glicemia de jejum, ou se for o caso, até mesmo o TOTG, USG Obstétrica e outros exames de acordo com as queixas, que estejam dentro do Protocolo do Enfermeiro.

Por outro lado, faz-se mister que coordenadorias da atenção básica e especializada, promovam reuniões periódicas com colegas médicos e enfermeiros para, na referência à especialidade, encaminharem as gestantes orientadas sobre virem com todos os exames realizados (USG), caderneta da gestante preenchida devidamente pelo profissional da atenção básica, guia de encaminhamento SADT ou impresso de Referência, preenchidos com o histórico do problema e história da gestação pregressa e atual, que seja encaminhada o quanto antes para resolutividade do problema antes de advirem maiores problemas para a mãe e o feto, considerando ainda todos os fatores de risco descritos no Protocolo de Gestação de Alto Risco.

Manter as reuniões de Apoio Matricial, nas quais se pode desenvolver e compartilhar, a partir de experiências de profissionais de toda a rede, uma discussão articulada com propostas e estratégias para melhorar a assistência à população de nossa abrangência.

Torna-se oportuno a necessidade do Enfermeiro atualizar seu conhecimento, através de especializações, capacitações, participar de treinamentos, conferências e simpósios, enfim, de aprimorar seus conteúdos, afim de prestar informações à gestante com segurança, contribuindo com a educação em saúde, para promoção e prevenção, seja na atenção básica, tanto na especializada.

Vincular a consulta com o seguimento e a busca ativa das gestantes faltosas, priorizar aquelas gestantes cujos exames estejam comprovadamente alterados, bem como associados às diversas comorbidades, é função do Enfermeiro junto com a equipe da unidade básica.

Por fim, acrescenta-se a necessidade de novos concursos a fim de aumentar o contingente de profissionais de saúde na rede, mantendo-a totalmente equipada com recursos humanos para atender a toda a demanda de uma população, cuja característica vem alternando entre o caiçara, o turista, o itinerante e os que migraram de outras cidades e capitais, em busca de melhor qualidade de vida.

## **Referências**

Almeida, MA, Lucena, AF, Franzen E, Laurent, MC . Processo de Enfermagem na Prática Clínica- Estudos Clínicos Realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Artmed, 2011.

Amaral, FC, Assistência Humanizada da Gestante em Unidade de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Araçuaí, 2011. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3105.pdf>

American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes—2008- American Diabetes Association Diabetes Care 2008 Jan; 31(Supplement 1): S12-S54. Disponível em [http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement\\_1/S12.long](http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S12.long)

Cavalcanti PCS . O Modelo Lógico da Rede Cegonha, Recife: P. C. da S. Cavalcanti, 2010. 25 f.: il. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, Resolução COFEN N° 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP- Parecer 034/2014, Realização da Consulta de Enfermagem para gestante de risco na Atenção Básica. Disponível em [http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2014\\_034.pdf](http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_034.pdf)

Costa MS, Netto, LS, Buescu A. Vaisman M. Hipotireoidismo na Gestação –Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil vol.4 no.4 Recife Oct./Dec. 2004 (Lino Sieiro Netto; Alexandre Buescu; Mario Vaisman, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n4/a03v04n4.pdf>.

Dieese – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Salário mínimo nominal e Necessário. Disponível em <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2015>, acesso em 15/09/2016.

Scorel, S, Giovanella, L, Mendonça, MHM de, Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington, v.21, n. 2-3, Mar. 2007. Disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011)

Luciano MP, Silva EF da, Cecchetto FH. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes – Revista de Enfermagem – UFPE – online, 2011 jul.;5(5):1261-266. Disponível em [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/30770/mod\\_resource/content/1/artigo%20enfermagem%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20de%20alto%20risco.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/30770/mod_resource/content/1/artigo%20enfermagem%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o%20de%20alto%20risco.pdf)

Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Aten o   Saúde, Departamento de A es Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)

Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de A es Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério. Aten o qualificada e humanizada. Caderno n  5. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

Ministério da Saúde. Portaria N  2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Aten o Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organiza o da Aten o Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> acesso em 15 de setembro de 2016.

Ministério da Saúde, Brasil - Cadernos de aten o básica 32 – Aten o ao Pré-Natal de Baixo Risco – Brasília – DF, 2013. Disponível em  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)

Ministério da Saúde, Brasil – Portaria n  4.279, de 30/12/2010). Redes de Aten o   Saúde. DF,2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Ministério da Saúde, Brasil– Cadernos De Aten o Básica 39 – Núcleo de Apoio   Saúde da Família – Volume 1 – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano – Brasília – DF, 2014. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)

National Institutes Of Health. Consensus Development Conference: Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus. 2013 march. Disponível em: <https://prevention.nih.gov/cdp/conferences/2013/gdm/final-statement.aspx>. Disponível em <https://consensus.nih.gov/2013/gdmstatement.htm>

Nomura RMY, Paiva L. V., Costa V. N., Liao A. W., Zugaib M. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gesta es de alto risco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. ; v.34,n.3, p.107-112. 2012. Disponível em <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/5786>.

Secretaria Estadual De Saúde, São Paulo - Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP – Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual\\_tecnicoi.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoi.pdf)

Schmalfuss JM, Prates LA. Azevedo M de, Schneider V. Diabetes Melito Gestacional e as Implicações para o Cuidado de Enfermagem no Pré-Natal. Cogitare Enferm. 2014 Out/Dez; 19(4):815-22 – Chapecó, SC- Brasil.

Sociedade Brasileira de Diabetes- Diretrizes;| 2015-2016- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016 - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. il. ISBN 978-85-8114-307-1 1. Diabetes Mellitus. 2. Diabetes - Diagnóstico. 3. Diabetes - Tratamento. I. Milech, Adolfo. II. Oliveira, José Egidio Paulo de. III. Venancio, Sérgio. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>

Souza BC, Bernardo ARC. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa de Saúde da Família – PSF, Rev Interfaces Científica- Saúde e Ambiente • Aracaju • V.2 • N.1 • p. 83-94 • out. 2013. Disponível em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/download/796/525>.

World Health Organization. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline. Diabetes Res ClinPract. 2013; 103(3):341-63. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85975/1/WHO\\_NMH\\_MND\\_13.2\\_eng](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85975/1/WHO_NMH_MND_13.2_eng).