

DIABETES GESTACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR SOBRE O MANEJO DAS PACIENTES EM UBS DE PELOTAS

LUÍSA ANDRADE LIMA¹; SAMIRA MARTINES²; WILLIAM ROHSMANN FRANKE³; BÁRBARA HEATHER LUTZ⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – luisaandradelima123456@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – samiramartines2@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – williamfranke2002@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – bhlutz@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, diversas alterações metabólicas garantem o suprimento de nutrientes ao feto. Dentre elas, destaca-se o aumento da secreção de hormônios como hormônio do crescimento, corticotropina, lactogênio placentário, prolactina e progesterona. Essas substâncias são diabetogênicas, resultando em maior resistência à insulina e exigindo aumento da atividade das células beta pancreáticas. Quando essa adaptação é insuficiente, instala-se a hiperglicemia materna.

A persistência da hiperglicemia na gestação está associada a complicações como pré-eclâmpsia, macrosomia fetal, parto cesáreo, aborto espontâneo e anomalias congênitas. No Brasil, cerca de 18% das gestantes atendidas pelo SUS são diagnosticadas com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (Guia de Pré-Natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul, 2024). Diante da prevalência e dos riscos dessa condição, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental no rastreamento e acompanhamento das gestantes.

Os exames de rastreamento, como a glicemia em jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), permitem diferenciar entre o Diabetes Mellitus pré-existente (DM prévio) e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O diagnóstico de DM prévio é estabelecido na gestante que apresenta valores glicêmicos que já preenchem os critérios clássicos para diabetes. No entanto, o DMG é caracterizado pela hiperglicemia identificada pela primeira vez durante a gestação, mediante a pontos de corte específicos para a glicemia de jejum no primeiro trimestre ou por meio de valores de TOTG, realizado preferencialmente entre 24 e 28 semanas.

O tratamento do DMG envolve modificações no estilo de vida, incluindo dieta e exercícios físicos. Se essas medidas não forem suficientes para o controle glicêmico, recomenda-se a farmacoterapia e encaminhamento ao pré-natal de alto risco. A adesão ao tratamento é essencial para prevenir complicações materno-fetais.

Este estudo tem como objetivo analisar o número de gestantes diagnosticadas com DMG na Unidade Básica de Saúde Areal Leste, em Pelotas. Além disso, busca-se avaliar a implementação dos métodos diagnósticos, as condutas adotadas e a adesão ao tratamento, com foco no acompanhamento nutricional e no encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). A partir dessa análise, pretende-se identificar possíveis lacunas no manejo clínico e na adesão ao tratamento, contribuindo para aprimorar a assistência às gestantes com DMG. A relevância dessa investigação se justifica pelo fato de o DMG apresentar uma prevalência significativa no Brasil, estimada em 14% (IC95%:

11,0; 16,0) (MOCELLIN et al., 2024) e a melhoria deste manejo está intrinsecamente relacionado à melhoria do prognóstico materno-fetal.

2. METODOLOGIA

Os alunos realizaram um estudo retrospectivo em que foram incluídas mulheres em qualquer idade gestacional durante os anos de 2023 e 2024 que, em algum momento da gestação, receberam o diagnóstico de DMG. A pesquisa foi conduzida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Areal Leste, no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, por meio da análise de registros eletrônicos nos sistemas e-SUS e Gercon (Sistema de Gerenciamento de Consultas), serviços de prontuário eletrônico e encaminhamento a serviços especializados.

A identificação das pacientes no e-SUS foi feita por busca ativa utilizando os códigos CID-10: O24.4 (Diabetes Mellitus que surge durante a gravidez), CID-10: O24.9 (Diabetes Mellitus na gravidez, não especificado) e CIAP2: W85 (Diabetes Gestacional). No Gercon, foram pesquisados os encaminhamentos ao PNAR, analisando-se individualmente os motivos da solicitação. No entanto, houveram dificuldades para localizar todas as pacientes, pois os registros variavam conforme o profissional que realizou o atendimento. Para garantir a inclusão de todas as pacientes diagnosticadas, foi necessário acessar os cadastros de cada médico atuante na UBS. Além disso, nem todas as informações estavam completas nos sistemas eletrônicos, exigindo consulta às fichas espelho arquivadas na unidade, o que representou um viés de informação na coleta de dados.

Os critérios de inclusão do estudo foram gestantes diagnosticadas com DMG nos anos de 2023 e 2024, independentemente da idade gestacional, desde que o diagnóstico estivesse registrado em prontuário ou confirmado por exames laboratoriais. Foram excluídas da análise pacientes que não apresentaram DMG no período estudado, mesmo que tivessem o diagnóstico em gestação anterior. Após a aplicação desses critérios, foram identificados 22 prontuários elegíveis para a análise.

As variáveis avaliadas incluíram: exame diagnóstico do DMG, encaminhamento e adesão ao acompanhamento nutricional, orientação adequada, encaminhamento ao PNAR e sua efetivação, controle glicêmico exclusivo por dieta, tratamento medicamentoso (incluindo fármacos prescritos) e ocorrência de perda gestacional.

Os dados foram inicialmente organizados em planilhas e submetidos a análises. A avaliação detalhada dos prontuários foi realizada por meio do preenchimento de um formulário estruturado no Google Forms, permitindo a padronização das informações e facilitando a análise estatística das variáveis investigadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise realizada, referente aos anos de 2023 e 2024, foram identificadas 22 gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) atendidas na UBS Areal Leste. Dentre essas, verificou-se que cinco eram primigestas, enquanto, entre as multigestas, apenas duas apresentaram histórico obstétrico de DMG.

Em relação aos métodos diagnósticos, 20 gestantes foram diagnosticadas

no primeiro trimestre por meio da glicemia em jejum. O diagnóstico ocorreu predominantemente no primeiro trimestre (20 casos) por meio da glicemia de jejum. Uma delas teve o diagnóstico por meio do TOTG e, em outro caso, não foi possível determinar o momento exato. Estudos recomendam o rastreamento universal entre 24 e 28 semanas; contudo o rastreamento precoce se justifica quando há fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024).

No que tange ao encaminhamento nutricional, na busca do controle glicêmico por meio de dieta adequada, 17 gestantes foram encaminhadas para acompanhamento nutricional, 15 aderiram, mas 6 não atingiram o controle glicêmico apenas com a dieta, necessitando de intervenção medicamentosa. Dentre as duas faltantes, não compareceram às consultas e uma precisou de intervenção medicamentosa. Portanto, demonstrando que mesmo a terapia nutricional sendo a primeira linha no manejo da DMG, uma parcela significativa necessita de tratamento farmacológico (CONSENSO BRASILEIRO DE MANEJO DA DMG, 2019)

Em relação ao atendimento especializado, 15 gestantes foram encaminhadas para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), todas em razão do quadro de DMG. Dentre essas, oito realizaram acompanhamento, seis não compareceram e uma aguarda atendimento. Entre aquelas que receberam atendimento no PNAR, cinco necessitaram de intervenção medicamentosa. Dentre as que não compareceram, três conseguiram controle glicêmico através da dieta, duas necessitaram de tratamento farmacológico e uma não obteve sucesso no controle glicêmico, mas não realizou uso de medicação. Ademais, foi observado que dos 56 encaminhamentos ao PNAR de mulheres em qualquer idade gestacional entre os anos de 2023 e 2024, 15 deles tiveram como CID principal a Diabetes Mellitus Gestacional, sendo a principal causa de encaminhamento (26,8% do total).

Ao todo, oito gestantes necessitaram de tratamento farmacológico para controle da glicemia. As opções terapêuticas utilizadas incluíram Insulina NPH, empregadas em 3 pacientes, e Metformina 500 mg, empregadas em quatro pacientes cada. Em um caso, houve a associação dessas medicações. Os dados encontrados corroboram com a indicação da Sociedade Brasileira de Diabetes que recomenda o uso de Insulina, como fármaco de primeira escolha, em casos de DMG que não obtiveram controle glicêmico apenas com dieta e exercício, além disso o uso de Metformina também é indicado em caso de inviabilidade do uso de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024).

De maneira geral, observou-se que 13 gestantes não obtiveram controle glicêmico satisfatório exclusivamente por meio da dieta, reforçando que, embora a terapia nutricional seja a primeira linha terapêutica, uma intervenção adicional é frequente e importante para o sucesso terapêutico.

4. CONCLUSÕES

A análise do manejo do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) na UBS Areal Leste, apresentou uma alta demanda por intervenção farmacológica e encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco. Evidentemente, embora o acompanhamento nutricional seja crucial e se mostrou efetivo, 53% das gestantes acompanhadas não atingiram o controle glicêmico apenas com dieta.

Sendo assim, diante da análise fornecida sobre a adesão das gestantes ao

tratamento e a evidência de lacunas na efetividade das estratégias adotadas. Este estudo reforça a importância da identificação precoce do DMG, servindo como ponto de partida para uma análise mais abrangente nas UBSs do município de Pelotas. Em estudos futuros será imprescindível aprofundar a análise dos fatores associados à baixa adesão ao tratamento a fim de melhorar o prognóstico materno-fetal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mocellin, L. P., Gomes, H. de A., Sona, L., Giacomini, G. M., Pizzuti, E. P., Nunes, G. B., Zanchet, T. M., & Macedo, J. L. de .. (2024). Gestational diabetes mellitus prevalence in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Cadernos De Saúde Pública**, 40(8), e00064919. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN064919>. Acessado em 23 fev. 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/SpZwbzmDQWXwhz8zPZ6zb9y/?utm_source=chatgpt.com

UpToDate. **Diabetes mellitus gestacional: triagem, diagnóstico e prevenção**. 11 de dezembro de 2024. Acessado em 23 de Fevereiro de 2025. Online. Disponível: https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-screening-diagnosis-and-prevention?search=diabetes+gestacional&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

GUIA DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) 2024. Acessado em 23 de Fevereiro de 2025. Online. Disponível: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/25124004-guia-do-pre-natal-2024.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes gestacional exige cuidados**. Diretrizes SBD 2024, 15 ago. 2022. Acessado em 23 de Fevereiro de 2025. Online. Disponível em: <https://profissional.diabetes.org.br/diabetes-gestacional-exige-cuidados/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação**. Diretrizes SBD 2024, 3 jul. 2024. Acessado em 23 de Fevereiro de 2025. Online. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-diagnostico-da-hiperglicemia-na-gestacao/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento farmacológico do diabetes na gestação**. Diretrizes SBD 2024, 23 ago. 2024. Acessado em 23 de Fevereiro de 2025. Online. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-farmacologico-do-dm2-e-dmg-na-gestacao/#ftoc-tabela-de-recomendacoes>