



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS

Geyse Lorryne Tomaz
Patrícia Rodrigues Ferreira

PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL EM UNIDADES DE SAÚDE
BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS-SP

FERNANDÓPOLIS-SP

2017

Geyse Lorryne Tomaz
Patrícia Rodrigues Ferreira

**PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL EM UNIDADES DE SAÚDE
BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS-SP**

Artigo apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Biomedicina da Fundação Educacional de Fernandópolis como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Biomedicina.

Orientador: Prof. Me. Jeferson Leandro de Paiva.

FERNANDÓPOLIS-SP

2017

PREVALÊNCIA DE DIABETES GESTACIONAL EM UNIDADES DE SAÚDE BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS-SP

Geyse Lorryne TOMAZ¹
Patrícia Rodrigues FERREIRA²
Jeferson Leandro de PAIVA³

RESUMO: O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é considerado um grande problema para saúde pública, é a alteração metabólica mais incidente nas gestações, a sua fisiopatologia é expressa através da intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia durante o período gestacional e que pode persistir após o parto. O presente estudo com abordagem quantitativa avaliou a prevalência de DMG nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Fernandópolis - SP a partir da análise de prontuários de gestantes que realizaram o pré-natal durante o período de janeiro de 2016 a julho de 2017. Foram avaliados 180 prontuários

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Diabetes gestacional. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia crônica considerada motivo de preocupação para a saúde pública, apresentando caráter evolutivo com diversas formas clínicas, classificadas em: Diabetes

¹TOMAZ, Geyse Lorryne. Graduada em Biomedicina na Fundação Educacional de Fernandópolis – Faculdades Integradas de Fernandópolis - FEF/FIFE. Fernandópolis, SP – Brasil;

²FERREIRA, Patrícia Rodrigues. Graduada em Biomedicina na Fundação Educacional de Fernandópolis – Faculdades Integradas de Fernandópolis - FEF/FIFE. Fernandópolis, SP – Brasil.

³PAIVA, Jeferson Leandro Prof. Me. Orientador na Fundação Educacional de Fernandópolis – Faculdades Integradas de Fernandópolis - FEF/FIFE. Fernandópolis, SP – Brasil;

Mellitus tipo I, Diabetes Mellitus tipo II, Diabetes gestacional e outros quadros bem mais raros associados a desordens genéticas, infecções, doenças pancreáticas, uso de medicamentos, drogas ou outras doenças endócrinas. O Diabetes Mellitus é caracterizado pela hiperglicemia, distúrbio causado pela cessação total da insulina ou defeitos na sua ação, hormônio este produzido pelas células beta pancreáticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Segundo os dados fornecidos no relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de indivíduos com diabetes no mundo é de 422 milhões, houve um crescimento alarmante desde 1980 onde os dados mostravam 108 milhões. A prevalência de diabetes quase duplicou, passando de 4,7% para 8,5%. No Brasil, a prevalência é de 8,1% e é maior nas mulheres (8,8%) do que nos homens (7,4 %), considerando que o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é um dos fatores para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo II. No Sistema Único de Saúde (SUS), o DMG representa cerca de 90% das gravidezes complicadas por diabetes e a sua prevalência é de 18% (QUEIRÓS, MAGALHÃES, MEDINA, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O DMG ocorre em mulheres no início ou durante a gestação, é um problema metabólico decorrente da intolerância aos carboidratos, que tem prevalência entre 3 e 25% das gestações, e pode ou não persistir após o parto, a sua patogenia é semelhante ao Diabetes Mellitus tipo II associando-se tanto à resistência à insulina, quanto à diminuição da função das células beta do pâncreas, a sua fisiopatologia é expressa através da elevação do hormônio lactogênico placentário, associado a ação da insulina no decorrer da gravidez, no entanto outros hormônios também estão relacionados como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina, alguns fatores de risco estão relacionados ao DMG tais como a mortalidade materna e perinatal, abortamento, macrossomia, toco-traumatismo, admissões em UTI, hipoglicemia e hipocalcemia neonatal, icterícia, infecções e malformações congênitas (AQUINO et al., 2003; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A investigação de DMG deve ser feita em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes, através da primeira consulta no pré-natal, quando deve ser solicitada a glicemia de jejum, caso os valores sejam positivo (glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL e < 125 mg/dL) determina então a realização do teste oral de tolerância a glicose de duas horas (TOTG) ou curva glicêmica, que por ocasião metabólica é realizado entre 24^a a 28^a semanas de gestação com dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos nos três dias anteriores ao teste, com jejum de oito horas. (METZGER, GABBE, PERSSON, 2010).

Fundamentados nos resultados do estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO), a International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) em 2010 determinou os critérios para diagnósticos do DMG. A pesquisa que teve por objetivo definir um ponto de corte que interligasse entre a hiperglicemia materna e os riscos de desfechos perinatais adversos, com os seguintes valores considerados como limítrofes: glicemia de jejum até 92 mg/dL; até 180 mg/dL uma hora após sobrecarga de 75 g de glicose; e valor máximo de 153 mg/dL, duas horas após sobrecarga, de 75 g de glicose, sendo que um valor anormal já leva ao diagnóstico de DMG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Mulheres diabéticas que planejam engravidar são recomendáveis á manterem um bom controle glicêmico e devem procurar os profissionais da saúde antes da concepção, visto que a associação entre diabetes e gestação pode repercutir negativamente na saúde materno fetal, uma vez que é considerada uma situação de alto risco. Devido às complicações que pode ocorrer durante a gestação, o acompanhamento médico em conjunto com a equipe multiprofissional durante o pré-natal proporciona a gestante maior segurança (AQUINO et al., 2003; MOSCA et al., 2006).

Owens et al. (2012) certifica que é recomendado além da rotina pré-natal básica um programa de educação em diabetes para as gestantes com DMG, composto por uma equipe multiprofissional, com nutricionista e endocrinologista, no qual a verificação do controle glicêmico deve ser feita a cada 1 ou 2 semanas. As pacientes com o controle glicêmico inadequado necessitam antecipar os exames para avaliar o bem estar fetal, sendo realizados com um menor intervalo de tempo, uma vez que o risco de macrosomia é considerado a principal preocupação, já que os níveis de glicose, recebido pelo feto é proporcional ao grau de hiperglicemia materna (SCHMITT et al., 2009).

Seis semanas após o parto, as mulheres com DMG devem ser reavaliadas com a glicemia de jejum ou com um teste oral com 75 g de glicose, com a finalidade de reclassificação do seu estado metabólico (GROSS et al., 2002; MOSES, 2010).

Visando a saúde da gestante este estudo tem como propósito verificar a incidência dessa patologia nas unidades Básicas de Saúde (UBS).

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fernandópolis – SP.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo teve como finalidade mapear a prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Fernandópolis–SP. Desenvolvemos o estudo com delineamento transversal e abordagem quantitativa, avaliando prontuários de gestantes no período de janeiro de 2016 á julho de 2017.

Os dados foram obtidos através de um questionário elaborado, com o propósito de quantificar os casos de DMG classificando os casos pré-gestacionais dos gestacionais, caracterizando o período gestacional de maior prevalência da DMG, classificando os casos de Diabetes Mellitus tipo II pós-parto, relatando os casos de natimorto e ocorrências diversas ao neonato.

Foram avaliados 180 prontuários em 3 UBS indicadas pela Secretarias Municipal de Saúde do município, sendo uma delas ponto de referência para o acompanhamento de gestantes de alto risco, onde as pacientes realizam um pré-natal compartilhado com o Hospital de Base do município de São José do Rio Preto – SP. Foram incluídos na pesquisa mulheres gestantes que realizaram o exame de glicemia plasmática de jejum ou TOTG. Nos casos em que a glicemia de jejum apresentou valores ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL ou houve pelo menos um ponto de alteração no exame de TOTG (após a

ingestão de 75g de glicose) foi caracterizado o DMG de acordo com os valores estabelecidos pela Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016).

DIABETES E A GESTAÇÃO

Beta HCG positivo, uma vida gerando outra vida, momento mágico na vida de muitas mães que durante a gestação precisarão aumentar os cuidados consigo mesma, mas, para outras esses cuidados precisarão ser bem maiores, essas são as: Portadoras do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Diabetes mellitus segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2016) se caracteriza pelo aumento da glicose no sangue (hiperglicemia); Essa doença pode ser ocasionada devido a defeitos na secreção ou na ação da insulina (hormônio produzido no pâncreas pelas células beta), a insulina tem como principal função controlar a entrada de glicose nas células, a total falta de produção deste hormônio ou produção insuficiente leva ao acúmulo de açúcar no sangue, ou seja, a hiperglicemia.

Quatro classes clínicas do Diabetes Mellitus foram classificadas até os dias de hoje, essas classificações permitem o entendimento fisiopatológico de cada distúrbio e proporciona um embasamento adequado para cada indivíduo, as classificações estão descritas no Quadro 1 (STANDARDS OF MEDICAL, 2016).

Quadro 1: Classificação etiológica do Diabetes Mellitus.

<p>1. Diabetes Mellitus tipo I: destruição das células β, usualmente levando a deficiência completa de insulina (DMI) A. autoimune B. idiopático</p> <p>2. Diabetes Mellitus tipo II: graus variados de diminuição de secreção e resistência a insulina (DMII)</p> <p>3. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)</p> <p>4. Outros tipos específicos de Diabetes Mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defeitos genéticos da função da célula β • Defeitos genéticos da ação da insulina

Fonte: (Modificado de ADA, 2016).

(Continua)

Quadro 1: Classificação etiológica do Diabetes Mellitus. (Continuação)

- Doenças do pâncreas exócrino
- Endocrinopatias
- Indução por drogas ou produtos químicos
- Infecções
- Formas incomuns de diabetes imunomediado

Fonte: (Modificado de ADA, 2016).

Essa patologia de suma importância à sociedade teve uma prevalência e um aumento muito significativo nos últimos anos, estudos mais recentes mostram que o número de indivíduos portadores do DM já ultrapassam 400 milhões de adultos no mundo e cerca de mais de 300 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, tendo um risco muito grande de serem diabéticos no futuro, estimasse que, se os números continuarem aumentando na mesma proporção, até o ano de 2040 a quantidade de indivíduos diabéticos no mundo ultrapassará a 600 milhões. Em relação à taxa de mortalidade a estimativa é que em cerca de cada 12 mortes, uma possa estar relacionada ao DM, entre homens e mulheres nota-se que nos casos confirmados de mortes pela doença a taxa de óbitos femininos foi levemente maior do que os masculinos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Segundo a ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2016) sabe-se que para as mulheres o fator de risco principal de possuir a DMII e a Síndrome metabólica, são elas portarem a diabetes durante a gestação (DMG), este distúrbio metabólico onde a glicemia dosada durante o período gestacional encontrasse elevada em relação aos valores de referência estabelecidos, devem ser consideradas de tamanha prioridade mundial de saúde principalmente devido ao fato de a DMG ter tido um aumento progressivo nos últimos 20 anos. Estudos populacionais apontam uma média de 16,2% de DMG no mundo. Durante o período fértil pode ocorrer uma variação em relação à prevalência da hiperglicemia, isso dependerá de qual método diagnóstico será utilizado e da população a ser estudada (METZGER et al., 2008; METZGER, GABBE, PERSSON, 2010; HOD et al., 2015). No Brasil embora sejam conflitantes a média de prevalência em relação à hiperglicemia durante a gestação tem-se uma estimativa em relação à DMG

de aproximadamente 18% no Sistema Único de Saúde (SUS) (NEGRATO et al., 2010 , TRUJILO et al., 2016).

Além da classificação do Diabetes Mellitus Gestacional onde a paciente apresenta intolerância à glicose tanto no início ou durante a gestação, tem-se também as pacientes de alto risco que já portavam a diabetes fora da gestação essas são classificadas como portadoras do DMII ou Pré-Gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). O ideal é que as mulheres evitem as gravidezes não planejadas, visto que o diabetes pode trazer complicações á gravidez e a gravidez por sua vez trazerem complicações á mulher portadora do diabetes (MUGGLESTONE, 2008).

DIABETES MELLITUS PRÉ-GESTACIONAL

Durante a gestação as mulheres necessitam de mais cuidados para proporcionar uma boa saúde a ela e ao feto, nas mulheres portadoras de diabetes os cuidados não são diferentes e podem ser ainda maiores visto que uma diabetes descompensada durante a gravidez pode trazer sérios risco a vida da mãe e a do bebê. O Quadro 2 vem trazendo temas importantes a serem tratados com pacientes diabéticas sobre o período pré-gestacional como também seus familiares (NICE GUIDELINE, 2015).

Quadro 2: Temas a serem abordados com pacientes diabéticas em período pré-gestacional e seus familiares.

O impacto do mau controle do diabetes sobre o curso da gravidez e sobre o risco materno e fetal.

A importância da dieta, do controle do peso corporal e da prática regular de exercício físico (incluindo aconselhamento para perda de peso em pacientes com índice de massa corporal [IMC] > 25).

O aumento do risco do nascimento de um bebe macrossômico, o que aumentaria as chances de toco traumatismos, tanto para a mãe quanto para o feto.

A importância do controle glicêmico materno antes, durante e após o parto, e também a importância da amamentação precoce do recém-nascido com o intuito de se reduzir o risco de hipoglicemia neonatal.

A possibilidade da ocorrência de internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva, por hipoglicemia ou imaturidade pulmonar, entre outras situações.

Quadro 2: Temas a serem abordados com pacientes diabéticas em período pré-gestacional e seus familiares. (Continuação)

O risco aumentado que o recém-nascido tem de desenvolver obesidade e/ou diabetes no futuro.

A necessidade de suplementação com ácido fólico até a 12ª semana de gestação para reduzir os riscos de ocorrência de malformação do tubo neural.

Os riscos de hipoglicemia clínica ou mesmo assintomática durante a gravidez e os efeitos da náusea e do vômito no controle glicêmico durante a gravidez.

A necessidade de se avaliar a presença de retinopatia e nefropatia antes, durante e após o término da gravidez e o risco de piora dessas complicações.

Fonte: (NICE GUIDELINE, 2015).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico se faz através da realização do exame de glicemia de jejum realizado já no primeiro trimestre da gestação, podendo detectar já no início da gestação a DM, caso os valores de referência da glicemia de jejum sejam ≥ 126 mg/dL ou a hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$, já se faz um provável diagnóstico de diabetes de qualquer tipo, esse rastreamento tem por objetivo evitar complicações mais graves para a mãe e ao feto (METZGER, GABBE, PERSSON, 2010).

Os testes de HbA1c devem ser medidos mensalmente, uma hemoglobina glicada de acordo com a referência estabelecida diminui os riscos de malformações fetais como também de abortamento. Para manter o controle glicêmico antes e durante a gestação as pacientes devem realizar glicemias capilares, os horários indicados para a medição é antes e após uma hora das refeições e logo ao se deitar, pode ser medido a glicemia entre duas e quatro horas da manhã, mas sem necessidade de regularidade (JOVANOVIC et al., 2005)

No tratamento as pacientes devem manter tanto a dieta como também a prática de exercícios físicos adequados, o uso da insulina se faz quando necessário; em relação ao uso de antidiabéticos orais como a glibenclamida e metformina, não se tem estudos que comprovem sua segurança, podendo atravessar a placenta mesmo que em mínimas quantidades, neste caso o uso da insulina é o mais indicado, para as que já faziam uso da insulina antes da gravidez talvez se torne necessário uma diminuição da dose em até 20% durante os primeiros três meses da gestação aumentando essa dose

após a 18^a e 24^a semana, durante este período a necessidade se eleva, uma paciente DMII pode necessitar por dia cerca de 0,7 unidade kg de peso por dia, durante a gestação estes valores podem ultrapassar o dobro (KOVO et al., 2008; SCHWARTZ et al., 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

DIABETES GESTACIONAL

A DMG teve um aumento muito significativo nas últimas duas décadas, a intolerância à glicose diagnosticada durante a gestação mais especificamente durante a 24^o semana da gravidez, deve ser considerada de grande importância para a saúde mundial, visto que pode acarretar sérios riscos à vida materna, afetando mãe e bebê tanto durante ou após a gestação, estudos recentes realizados pela International Diabetes Federation (IDF) mostram que em cada 7 nascimentos 1 nasce afetado pela doença. Manter o nível de glicose ideal no sangue, peso corporal adequado, boa alimentação e praticar exercícios físicos são os critérios indispensáveis da DMG (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Sabe-se que a deficiência na secreção ou na ação da insulina durante a gravidez está também relacionada com os hormônios produzidos, sendo o hormônio lactogênico placentário o principal, mas outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos. Durante a gestação o nível de estrógeno e progesterona se eleva, tendo uma parcela de culpa à disfunção metabólica materna, esses hormônios são produzidos durante a gravidez na placenta, o estrógeno se faz oposto à insulina enquanto a progesterona também acomete o metabolismo da glicose (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Para o diagnóstico da DMG deve se pedir a paciente já na primeira consulta o exame de glicose de jejum.

Caso o valor encontrado seja ≥ 126 mg/dL, é feito o diagnóstico de diabetes *mellitus* franco diagnosticado na gravidez. Caso glicemia plasmática em jejum seja ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL, é feito o diagnóstico de DMG. Em ambos os casos, deve ser confirmado o resultado com uma segunda dosagem da glicemia de jejum. Caso a glicemia seja < 92 mg/dL, a gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre. A investigação de DMG deve ser feita em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes. Entre a 24a e a 28a semana de gestação, deve-se realizar TOTG (teste de tolerância oral a glicose) com dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste, com jejum de 8 h (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016, p.69).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os valores de referência para o diagnóstico da DMG apresentam: glicemia de jejum de 92 a 125 mg/dL, 1 h ≥ 180 mg/dL ou 2h de 153 a 199 mg/dL, um ponto alterado na curva já caracteriza o DMG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O tratamento para a DMG inicia-se através da orientação alimentar, a American Diabetes Association (2015) deixa clara a importância da gestante em mudar o estilo de vida. A partir do índice de massa corporal (IMC), é possível calcular o valor calórico correto da dieta, permitindo o ganho de peso adequado a paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009). A dieta adequada a ser feita deve incluir 40 a 45% de carboidratos, 15 a 20% de proteínas e 30 a 40% de gorduras. Visto que a diabetes é caracterizada pelo aumento da glicose no sangue, os açúcares devem ser evitados é possível que a gestante faça uso de adoçantes artificiais como: aspartame, sacarina, acesulfame-K e sucralose, com moderação e preferencialmente sobre a orientação médica (LA VECCHIA, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). A prática dos exercícios físicos é de grande importância durante a gestação, mas nunca esquecendo que o esforço indevido de atividades físicas no período gestacional pode ser muito prejudicial, por isso seguir a recomendação obstétrica é de suma importância (COLBERG; CASTORINO; JOVANOVIC, 2013).

O uso da insulina não se faz necessário em todas as DMG, mas em certos casos há essa necessidade, além da insulina a metformina segundo alguns estudos realizados tem se mostrado benéfico no tratamento, diminuindo o número de bebês nascidos prematuros e de partos cesáreos,

além da redução no ganho de peso da mãe e menores riscos á vida fetal (POOLSUP, SUKSOMBOON, AMIN, 2014).

PÓS-PARTO

Após a gestação as mulheres que foram afetadas pelo DMG correm um maior risco de desenvolverem a DMII ou Intolerância a glicose significativa. A intolerância a glicose é classificada pelo nível elevado de glicose na corrente sanguínea, mas que não são suficientemente altos para o diagnóstico da diabetes, mas que possuem um risco bem alto de desenvolverem a DMII em qualquer momento da vida, visando este risco as mães devem ser avaliadas seis semanas após o parto, o melhor teste para a identificação do nível elevado da glicose na corrente sanguínea neste caso é o TOTG com 75g de glicose, o diagnóstico da DM após o parto é definido quando a glicemia de jejum for ≥ 126 mg/dL e de intolerância á glicose quando a glicemia de jejum for de 100 a 125 mg/dL, visto não estar validado para o diagnóstico de diabetes após o parto o teste de hemoglobina glicada não deve ser pedido, mesmo com os níveis de TOTG e glicose de jejum normais as pacientes devem ser avaliadas anualmente pelos mesmos exames ou também por medir HbA1c. Os fatores de risco para o desenvolvimento da DMII após a DMG são: Glicemia em jejum na gestação acima de 100 mg/dL, etnia não branca, história familiar de diabetes tipo 2, principalmente materna, ganho excessivo de peso durante ou após a gestação, obesidade, obesidade abdominal, dieta hiperlipídica, sedentarismo, uso de insulina na gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Já a criança nascida de mãe diabética possui um alto risco de ser obesa logo na infância, e a de desenvolver DMII, além de doenças cardiovasculares e risco a distúrbios metabólicos como malformações fetais, macrossomias fetais, síndrome da angústia respiratória e hipoglicemia neonatal, esses distúrbios acontecem geralmente em mulheres que não tiveram o devido acompanhamento

médico ou que não seguiram corretamente as instruções obstétricas (METZGER et al., 2007; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008; SWEETING et al., 2016).

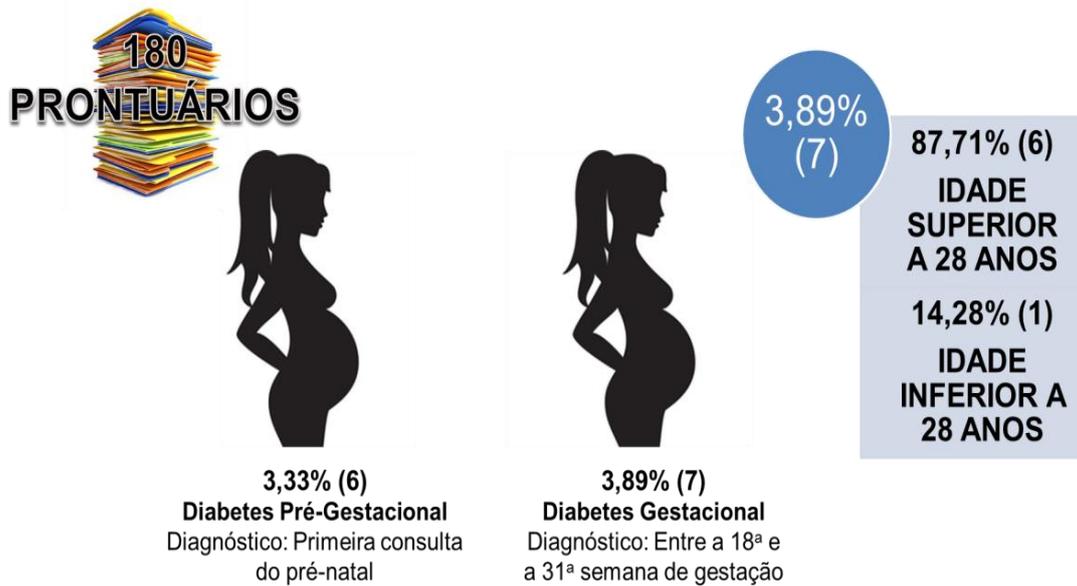
Desse modo em relação á diabetes se torna indispensável os cuidados com a vida materna tanto antes, durante, ou após a gestação para que os riscos á saúde materna e fetal sejam diminuídos. É vital que os profissionais da saúde se sensibilizem para alertar a sociedade quanto aos riscos. A unidade de saúde tem por obrigação tratar as pacientes diabéticas antes, durante e após o parto (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos através de uma amostragem dos prontuários de gestantes que realizaram o pré-natal nas Unidades de Saúde Básica do Município de Fernandópolis-SP. Dos 180 prontuários avaliados 7,22% (13) apresentaram alteração no exame de glicemia de jejum, visto que 3,33% (6) dos casos de Diabetes Pré-Gestacional foram diagnosticados na primeira consulta do pré-natal e 3,89% (7) foram registrado com DMG diagnosticados entre a 18^a e a 31^a semana de gestação, através dos exames de glicemia de jejum e do teste oral de tolerância a glicose (TOTG), dados relatados na figura 1.

Outro fato relevante é que 85,71% (6) dos casos de DMG eram provenientes de gestantes com idade superior a 28 anos e 14,28% (1) com idade inferior.

No montante de gestantes que apresentaram Diabetes Mellitus, tivemos 7,69% (1) descrito de neonatos com malformação, correspondente ao rim esquerdo e 7,69% (1) com natimortos, sendo que os 13,38% (2) dos casos relatados de malformação e natimortos eram de mães portadoras da doença antes da prenhes, os dados obtidos na pesquisa estão expressos na Figura 2. O absenteísmo das parturientes impossibilita a avaliação de casos de Diabetes Mellitus tipo II pós-parto nas UBS.



Fonte: (Autorial)

Figura 1: Prevalência de Diabetes Gestacional nas UBS do município de Fernandópolis-SP.



Fonte: (Autorial)

Figura 2: Incidência de natimortos e ocorrências adversas aos neonatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstra que a prevalência da DMG em relação às gestantes atendidas nas UBS analisadas do município de Fernandópolis–SP chega a 3,89%. Levando em consideração que a idade pode estar associada a um fator de risco para o surgimento da doença. Às mulheres que já são portadoras do diabetes é aconselhável que façam um acompanhamento médico antes da concepção a fim de evitarem possíveis complicações que possam ocorrer á vida fetal e materna.

Destacamos a necessidade de implantação ou melhoria no programa de incentivo á regressão pós-parto das gestantes nas UBS, considerando que o DMG é um dos grandes fatores para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo II após a gestação, seria necessário refazer os exames de glicemia de jejum ou TOTG com a finalidade de reavaliar o perfil metabólico, assim evitando problemas futuros.

TOMAZ, G. L., FERREIRA, P. R., PAIVA, J. L., **PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES IN BASIC HEALTH UNITS IN THE MUNICIPALITY OF FERNANDÓPOLIS SP.** Article (Bachelor of Biomedicine) Integrated faculty of Fernandópolis – FIFE, Educational Foundation of Fernandópolis – FEF, FERNANDÓPOLIS SP - BRAZIL, 2017.

ABSTRACT: The Gestational Diabetes or GDM is considered a big problem for public health, it's the most frequent metabolic alterations in pregnancies and its physiopathology is expressed through carbohydrate intolerance, resulting in hyperglycemia during the gestational period in which may persist after childbirth. This study with quantitative approach evaluated the prevalence of GDM in the “Unidades Básicas de Saúde (UBS) in the town of Fernandópolis- SP from the analysis of medical records of

pregnant women who underwent prenatal care during the period from January 2016 to July 2017. 180 medical records were evaluated.

Keywords: Diabetes mellitus. Gestational diabetes. Public health.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes** – 2010. *Diabetes Care*. 2010 Jan; 33:S11-S61;

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. *Diabetes Care*. 2013;36 Suppl 1:S67-74;

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. *Diabetes Care*. 2015 (suppl 1):s8-16;

AQUINO, M. M. A.; PEREIRA, B. G.; AMARAL, E.; PARPINELLI, M. A.; PASSINI JUNIOR, R. **Reverso diabetes e gravidez**. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*. 2003. v.12, n.1, p.99-106;

COLBERG, S. R.; CASTORINO, K.; JOVANOVIC, L. **Prescribing physical activity to prevent and manage gestational diabetes**. *World J Diabetes*. 2013; 4(6): 256-62;

GROSS, J. L.; SILVEIRO, S. P.; CAMARGO, J. L.; REICHEL, A. J.; AZEVEDO, M. J. **Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico**. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002; 46:16-26;

HOD, M.; KAPUR, A.; SACKS, D. A.; HADAR, E.; AGARWAL, M. D. I.; RENZO, G. C. et al. **The International Federation of Gynecology and Obstetrics(FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care.** Int J Gynaecol Obstet. 2015;131 Suppl 3:S173-211;

INSTITUTE OF MEDICINE. **Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines.** Washington, DC: IOM; 2009;

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas.** Seventh Edition ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015;

JOVANOVIC, L. et al. **Elevated pregnancy losses at high and low extremes of maternal glucose in early normal and diabetic pregnancy: evidence for a protective adaptation in diabetes.** Diabetes Care. 2005; 28(5): 1113-7;

KOVO, M. et al. **Carrier-mediated transport of metformin across the human placenta determined by using the ex vivo perfusion of the placental cotyledon model.** Prenat Diagn. 2008; 28(6): 544-8;

LA VECCHIA, C. **Low-calorie sweeteners and the risk of preterm delivery: results from two studies and a meta-analysis.** J Fam Plann Reprod Health Care. 2013; 39(1):12-3;

METZGER, B. E.; BUCHANAN, T. A.; COUSTAN, D. R.; LEIVA, A.; DUNGER, D. B.; HADDEN, D. R. et al. **Summary and recommendations of the fifth international workshop- conference on gestational diabetes mellitus.** Diabetes Care 2007; 30 (Suppl. 2): S251–S260;

METZGER, B. E.; LOWE, L. P.; DYER, A. R.; TRIMBLE, E. R.; CHAOVARINDR, U.; COUSTAN, D. R. et al. **Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes.** N Engl J Med. 2008 May; 8;358(19):1991-2002;

METZGER, B. E.; GABBE, S. G.; PERSSON, B. **International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups International association of diabetes and pregnancy study groups**

recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care. 2010; 33: 676-82;

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO. J. **Obstetrícia Fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008;

MOSCA, A.; PALEARI, R.; DALFRA, M. G.; DI CIANNI, G.; CUCCURU, I.; PELLEGRINI, G. et al. **Reference intervals for hemoglobin A1C in pregnant women: Data from an Italian multicenter study.** Clin Chem. 2006;52:138-3;

MOSES, R. G. **New consensus criteria for GDM: Problem solved or a Pandora's box?** Diabetes care. 2010; 33:690-1;

MUGGLESTONE, M. A. **The Guideline Development Group. Management of diabetes from preconception to the postnatal period: Summary of NICE guidance.** BMJ. 2008;336:714-7;

NEGRATO, C. A.; MONTENEGRO, R. M. JR., MATTAR, R.; ZAJDENVERG, L.; FRANCISCO, R. P.; PEREIRA, B. G. et al. **Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to.** 2010;

NICE GUIDELINE, (NG3). **Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period.** 2015. Disponível em:<<https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>> Acesso em: 18/05/2017;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.; MINISTÉRIO DA SAÚDE.; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2016. 32p: il.ISBN: 978-85-7967-118-0;

OWENS, L. A. et al. **Atlantic DIP: closing the loop: a change in clinical practice can improve outcomes for women with pregestational diabetes.** Diabetes Care. 2012; 35(8): 1669-71;

POOLSUP, N.; SUKSOMBOON, N.; AMIN, M. **Effcacy and safety of oral antidiabetic drugs in comparison to insulin in treating gestational diabetes mellitus: a meta-analysis.** PLoS ONE. 2014;9:e109985;

QUEIRÓS, J.; MAGALHÃES, A.; MEDINA, J. L. **Diabetes Gestacional: uma doença, duas gerações, vários problemas.** Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; Lisboa. 2006, v.1, n.2, jul./dez;

SCHMITT, M. L.; RIBEIRO, S. L.; PAES, M. A. S.; RIBEIRO, R. M. **Prevalência de diabetes gestacional no município de São Joaquim – SC.** RBAC 2009;41(1): 43-45;

SCHWARTZ, R. A. et al. **Glyburide transport across the human placenta.** Obstet Gynecol. 2015; 125(3): 583-8;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2015-2016** São Paulo: AC Farmacêutica 2016;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é diabetes?.** 2016. Disponível em:<<https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes>>. Acesso em: 11 /05/ 2017;

STANDARDS OF MEDICAL. **Care in Diabetes-2016 Abridged for Primary Care Providers.** Clin Diabetes. 2016; 34(1):3-21;

SWEETING, A. N.; ROSS, G. P.; HYETT, J.; MOLYNEAUX, L.; CONSTANTINO, M.; HARDING, A. J. et al. **Gestational Diabetes Mellitus in Early Pregnancy: Evidence for Poor Pregnancy Outcomes Despite Treatment.** Diabetes Care 2016; 39: 75-81;

TRUJILLO, J.; VIGO, A.; REICHEL, A.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. **Fasting plasma glucose to avoid a full OGTT in the diagnosis of gestational diabetes.** Diabetes Res Clin Pract. 2016 Sep;105(3):322-6;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline.** *Diabetes Res Clin Pract.* 2013; 103(3):341-63;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Report on Diabetes.** Geneva; 2016;