

CUIDADOS

- Realizar anamnese e exame físico completo. Ficar atento (a) às queixas da gestante. A ocorrência de malformações, óbitos e natimortos, altura uterina acima da indicada para a idade gestacional, presença de poliidrâmnio em gravidez anterior, bem como recém-nascido grande ou hipoglicêmico, ou com síndrome do desconforto respiratório, suspeitar de diabetes. Controle de sinais vitais, sobretudo PA e temperatura.
- Solicitar glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea, após um jejum de 8 a 12 horas, na primeira consulta e após 20ª semana. Resultado maior ou igual a 85 mg//dl, o rastreamento é positivo. Solicitar o teste oral de tolerância à glicose (TTG-75 g)¹. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum $\leq$ 85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24 e 28 semanas de gestação;
- Prestar orientações à gestante sobre seu problema (diabetes) e complicações.
- Prestar orientações em relação à dieta (30 kcal/kg de peso/dia e constará de 40-50% de carboidratos; 30 a 35% de gorduras e 20 a 25% de proteínas) orientada por nutricionista, aumentando a partir do segundo trimestre 300 kcal/dia. Suprimir a ingesta de açúcar refinado e outros, mel, melado, caldo de cana, e doces em geral. Evitar carboidratos simples e substituir pelos integrais, bem como evitar alimentos calóricos, frituras, gorduras e bebidas alcoólicas e refrigerantes. Dar preferência aos alimentos magros, laticínios desnatados e produtos dietéticos. Ingerir livremente frutas, legumes, verduras, proteínas magras, leite e derivados magros. Fazer várias refeições leves por dia, cerca de seis, ingerindo porções pequenas. Diminuir o sal e alimentos ricos em sódio, como os industrializados e artificiais;
- Prestar orientações em relação aos exercícios regulares, reforçando a importância de estar bem hidratada, usar o protetor solar e roupa adequada ao clima, respeitar o ritmo de seu corpo, em torno de 15 a 30 minutos de caminhada, quatro ou seis vezes por semana. Deambulação controlada com repouso posterior e no mínimo de 8 horas de sono/dia;
- Prestar orientações aos familiares e amigos que constituirão a rede de apoio da gestante; Encaminhar para um psicólogo;
- Estimular a expressão dos medos, das queixas e ansiedades; incluir os familiares no cuidado e orientar para participarem de grupos educativos;

- Realizar controle dos sinais vitais, principalmente pressão (risco de doença hipertensiva) e temperatura (risco de infecção). Realizar avaliação nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) e controlar o peso;
- Avaliar de forma precisa a idade gestacional e a altura uterina
- Orientar cuidados de higiene para prevenir infecções vaginais e urinárias e tratar colpites e cervicites. Solicitar uroculturas com maior frequência, mesmo na ausência de sintomatologia.
- Avaliar o bem-estar fetal, o desenvolvimento e a vitalidade do bebê. Controlar os batimentos cardíacos e os movimentos fetais (em gestantes diabéticas com uso de insulina, após a 28ª semana de gestação); Lembramos que há várias maneiras para verificar a movimentação. 1) controlar movimentos fetais em três intervalos de 1 hora de duração, distribuídos nos três períodos (após o café da manhã, o almoço e o jantar), com a mãe em decúbito lateral esquerdo (DLE). Os valores obtidos em cada um dos três intervalos são somados, e o resultado multiplicado por quatro corresponde a atividade motora fetal em 12 horas. A soma diária da contagem deve ser maior ou igual a 15 movimentos fetais. 2) Contagem da movimentação fetal até completarem-se 10 movimentos em 12 horas; 3) Registro dos movimentos fetais por período de uma hora em posição sentada. Valores maiores que seis movimentos/hora correspondem a fetos em boas condições; 4) movimento fetais percebidos pela mãe em duas horas. Este registro dos movimentos devem ser feitos com a mãe em repouso, somando-se 4 períodos de 30 minutos em 24 horas. (Valor mínimo normal entre 30–40 semanas = 10 movimentos em 24 horas) BRASIL(2010a). OBS; O uso de medicamentos (sedativos, tranquilizantes, corticosteroides) e de cigarro podem diminuir a movimentação fetal. Soluções não contam como movimento.
- Orientar: o uso de hidratante na pele para maior proteção, evitar banho muito quente, proteger os pés, observando se não tem infecções, cortar as unhas;
- Encaminhar para o nível de média complexidade por escrito, em comum acordo com o médico que também atende a gestante, e manter um acompanhamento domiciliar. Explicar que as consultas serão mais frequentes e talvez necessite internação periodicamente para realizar o perfil glicêmico;
- Solicitar a glicemia, glicosúria e proteinúria nas 24 horas, ultrassom, antes de encaminhar para agilizar o processo, de acordo com os protocolos da unidade básica, se possível, pedir ao médico para solicitar a ultrassonografia morfológica. Orientar sobre exames, quando

prescritos pelo médico (creatinina sérica, TSH, ultrassom morfológico, ureia, ácido-úrico etc.);

- Orientar que os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação, devido ao risco aumentado de anomalias fetais. Orientar como se administra a insulina, quando necessário e quando prescrita pelo médico;
- Orientar sobre os sinais de cetoacidose: vômitos, poliúria, visão turva, fraqueza muscular e alteração do estado mental, taquipnéia, taquicardia e hipotensão postural; acrescidos de hálito cetônico, hiperventilação, glicosúria e hiperglicemia. Na gestação, diabetes tipo 1, glicemias com elevação em torno de 2000mg/dl podem provocar a cetoacidose, sendo que a infecção urinária é a condição associada mais frequente. Confirmar com a realização de exames e caso apareça hiperglicemia como resultado e a paciente esteja fazendo uso de insulina, administrar a dose prescrita pelo médico de acordo com o resultado;
- Realizar consultas mais frequentes (semanal, quinzenal ou quando a gravidade exigir);
- Prestar orientações a respeito de sinais de hipoglicemia (nervosismo, fraqueza, sudorese e tremor, debilidade, fome e dor tipo epigástrico, dor de cabeça e formigamento de lábios e língua, taquicardia, visão dupla, palidez e sensação de frio) e procurar ajuda imediatamente, sobretudo se faz uso de insulina. Realizar o exame para confirmar a hipoglicemia e se confirmado, comer ou beber 10 a 15 g de carboidratos;
- Registrar no prontuário, no encaminhamento e cartão da gestante, as informações sobre a situação da gestante e os cuidados realizados;
- No caso de o quadro se agravar, encaminhar para o nível terciário por escrito, comunicando por telefone, realizando os registros também no cartão. Realizar o seguimento periódico, por meio de visitas domiciliares, pois a paciente é da área de abrangência da unidade de saúde.

1 Cuidados anteriores ao exame TTG-75 g - Alimentação com ao menos 150 g de carboidratos nos três dias anteriores ao exame (75 g), atividade física habitual, no dia do exame jejum de oito horas, registrar medicações ingeridas, não fumar ou caminhar durante o teste. Ingestão de 75 g de glicose anidra em cinco minutos. No TTG de 75g de duas horas, o valor crítico da glicose plasmática em jejum é igual ou superior a 126 mg% e o valor crítico após duas horas de ingestão de 75 g é igual ou superior a 140mg%. (FREITAS et al., 2006).

No caso de resultado positivo, acima ou igual ao valor crítico, encaminhar a um serviço de maior complexidade. Nesse teste, valores de 105 a 125 de glicemia em jejum e valores de 140 a 199 após duas horas caracterizam a tolerância diminuída da glicose, são considerados pela Organização Mundial de Saúde como diabetes gestacional, devendo a gestante ser referenciada ao serviço de alto risco. Assim sendo, considerando as duas situações o rastreamento, é positivo quando a glicemia em jejum for igual ou ultrapassar 105mg/dl e a glicemia após duas horas for igual ou superior a 140mg/dl, devendo a gestante ser referenciada a um serviço de maior complexidade. Em Brasil (2010a), os pontos de corte são jejum 95mg/dL em uma hora 180mg/dL e depois de duas horas 155mg/d.

(ZAMPIERI, 2009; ZAMPIERI, 2011)