

Diabetes mellitus gestacional: reestruturação da linha de cuidado para humanização no atendimento

Érica Pin Pereira¹, Allan Gustavo dos Santos², Angélica Bragiato Rodrigues³, Érika Rodrigues⁴, Isabela Augusta Gama⁵, Jéssica Cristina do Amaral⁶, Kátia Regina da Silva⁷, Leila Rodrigues⁸, Lilian Maria Lazarin⁹, Maria da Penha Campos Mauad¹⁰, Silvia Angélica Dias Fernandes¹¹, Vivian Silva Ribeiro¹²

1. Facilitadora. Enfermeira.
2. Administrador. Diretor Adm em Saúde do município de Jarinu.
3. Enfermeira. Coordenadora da USF Dra Sonia de Oliveira Martins do município de Pedreira.
4. Enfermeira. Supervisora de Enfermagem do Ambulatório Médico de Especialidades – AME do município de Amparo.
5. Terapeuta Ocupacional. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial do município de Pedreira.
6. Farmacêutica. Farmacêutica RT e Articuladora de Saúde do município de Morungaba.
7. Enfermeira. Coordenadora ESF Paulino Stachetti-Lions do município de Serra Negra.
8. Enfermeira. Coordenadora da Regulação Única do município de Jaguariúna.
9. Enfermeira. Coordenadora da USF Águas de Março do município de Pedreira.
10. Pediatra Especialista e Estratégia da Saúde da Família do município de Holambra
11. Enfermeira. Coordenadora da UBS Dr. Pedro Silveira Martins e do Atendimento a Eventos Municipais do município de Jaguariúna.
12. Enfermeira. Coordenadora da USF Dona Maria Herreira Lopes do município de Pedreira.

Introdução

A Intervenção pedagógico-terapêutica no Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) representa uma oportunidade para prevenir o risco futuro de Diabetes Mellitus Tipo 2, obesidade e distúrbios cardiovasculares, tanto para a mãe como para o seu filho¹. Para tanto, é necessário tratar todas as gestantes com diagnóstico de DMG, independente do caso, se leve ou descompensado, com terapêutica medicamentosa ou não. Nos casos leves, orientação nutricional e adoção de estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios físicos e o controle de peso corporal, são medidas essenciais, proporcionando dessa forma, qualidade de vida materna/fetal. Estima-se que 50% a 80% das mulheres que apresentaram DMG venham a se tornar diabéticas entre 5 a 10 anos e a estimativa de incidência no Brasil alcança cifras próximas a 18%². O tratamento adequado do Diabetes Mellitus

Gestacional está diretamente relacionado a: diagnóstico adequado e precoce da doença, início imediato da terapêutica, rígido controle glicêmico na gestação, diagnóstico das repercussões fetais do DMG³.

Falhas na assistência, como dificuldades no acesso, início tardio, consultas insuficientes, não realização procedimentos preconizados, encaminhamentos equivocados a atenção terciária sem antes ter sido assistida na atenção secundária, afetam a qualidade do cuidado. Inexistência de vínculo entre os serviços primários e secundários é outro problema identificado resultando na peregrinação da gestante na busca de uma vaga para serviço especializado, trazendo riscos à saúde materna/fetal⁴.

A implantação da linha de cuidado da gestante, na região de Campinas, na micro região do circuito das águas, pretende reduzir o número de encaminhamentos ao serviço terciário ao melhorar o seguimento da DMG durante o pré-natal na assistência primária e qualificar os processos de regulação. Desta forma, faz-se necessário construir um fluxo regulador com pactuação micro regional, para garantia de suporte técnico, com apoio rápido para intervenção e condutas compartilhadas, até que ocorra a liberação da vaga em serviço terciário.

Objetivos

A intervenção proposta pretende corroborar com as equipes de atenção básica na tomada de decisão dos casos mais complexos e dar suporte ao seguimento da paciente com DMG até avaliação em nível terciário, promovendo compartilhamento de conhecimento técnico e dividindo responsabilidades no tratamento. Pretende-se também diminuir o tempo de espera na atenção ao pré-natal especializado, garantindo o acesso com agilidade e qualidade para gestantes aos serviços de saúde terciário, com o monitoramento da equipe multidisciplinar para estabilizar a paciente, antes, durante e após o parto. E, promover apoio as equipes de saúde envolvidas na linha de cuidado a gestante, num processo de construção compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica na atenção primária e secundária, para que gestores e profissionais da equipe estejam comprometidos com a melhoria permanente da atenção à saúde.

Atividades & Resultados

Disponibilizar grupo de gestão da clínica G37, como facilitador, grupo condutor da implantação da proposta nos municípios da região de Campinas, na micro região do circuito das águas.

Instituir protocolos de encaminhamento para atenção secundária e terciária

Matriciamento entre atenção primária e secundária (UBSs x AME)

Considerações finais

A assistência pré-natal deve incorporar condutas acolhedoras como: desenvolvimento de ações educativas e preventivas; detecção precoce de patologias e de situações de risco; estabelecer vínculo entre o pré-natal e o local do parto; reduzir o tempo de espera a serviços de saúde especializados. Espera-se com isso a redução do acúmulo de demanda ao nível terciário; diminuição do uso do transporte sanitário; e maior corresponsabilização da equipe do nível terciário com as gestantes encaminhadas. A implantação da linha de cuidado da gestante pressupõe a necessidade de colaboração e pactuação entre gestores de saúde, uma vez que somente será possível com a efetiva organização em rede das unidades de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico existentes na região de Campinas, na micro região do circuito das águas.

Referências Bibliográficas

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil*. Brasília, DF: OPAS, 2019.
2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério*. São Paulo, 2018.
3. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, et al. *Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes*. N Engl J Med. 2008;358(19):1991-2002
4. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme MM Filha, Costa JV, et al. *Assistência pré-natal no Brasil*. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro, 2014.