



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – CDEAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Leniane Pereira Coelho da Fonseca

ALTA PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL ENTRE AS
USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA ATENDIDAS
NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Rio de Janeiro
2018

Leniane Pereira Coelho da Fonseca

ALTA PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL ENTRE AS
USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA ATENDIDAS
NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para o título de especialista em Gestão em
Saúde.

Orientadora: Gisele Oliveira

Rio de Janeiro

2018

Leniane Pereira Coelho da Fonseca

ALTA PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL ENTRE AS
USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA ATENDIDAS
NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para o título de especialista em Gestão em
Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que esteve comigo em todos os momentos, que nos momentos difíceis me cobriu com a sua paz e seu Espírito consolador, que me deu sabedoria para realizar cada atividade e desafio com sucesso e que protege a minha vida, assim como a dos meus familiares e amigos.

Ao meu amado marido e companheiro de mais de 20 anos, que esteve ao meu lado me incentivando durante todo o tempo.

Aos meus pais que me deram a vida e são sinônimos de honestidade e caráter.

Às minhas irmãs Elaine e Lucilene (grandes amigas e amores), aos meus cunhados que são como irmãos, que sempre acreditaram em mim, torceram e oraram por mim.

Aos meus filhos Lavinia e Victor que são as minhas grandes riquezas e aos quais deixei de dedicar tantas horas importantes ao longo deste ano.

À minha orientadora, Gisele Oliveira, por sua dedicação e por suas preciosas orientações.

A todos os amigos desse curso e do Hospital Naval Marcílio Dias pelo carinho e apoio.

RESUMO

O Diabetes Mellitus Gestacional é a doença metabólica mais prevalente na gestação, é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez na gestação. Pela ação hormonal, há redução da atuação da insulina e conseqüente necessidade de aumento da produção da mesma. Aquelas gestantes que tem a capacidade de produção insulínica limítrofe acabam desenvolvendo o Diabetes Mellitus Gestacional. A prevalência do DMG no Hospital Naval Marcílio Dias é de aproximadamente 22%, maior que a média mundial de 16,2% e até mesmo que a do Sistema Único de Saúde de 18% (neste caso, talvez subdiagnosticada). Causas como o pouco conhecimento sobre DMG pelas gestantes e pouca orientação nutricional e sobre a necessidade de um estilo de vida saudável durante a gestação, contribuem com os principais fatores de risco preveníveis dessa patologia, que são: obesidade, sobrepeso e ganho excessivo de peso durante a gestação. O DMG pode ocasionar complicações maternas e fetais, sem falar dos maiores gastos e redução da qualidade de vida dessas gestantes. Faz-se necessária a implementação de medidas educativas e preventivas para o DMG, a fim de reduzir a sua prevalência no HNMD.

Palavras-chaves: Diabetes. Gestação. Educação em saúde.

LISTA DE SIGLAS

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUS – Sistema Único de Saúde

TOTG – Teste oral de tolerância à glicose

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS.....	9
1.1.1 Objetivo Geral.....	9
1.1.2 Objetivos Específicos.....	9
1.2 JUSTIFICATIVA.....	9
1.3 METODOLOGIA.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS/PREVENTIVAS PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS.....	10
2.2 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: CONCEITO, PREVALÊNCIA, DIAGNÓSTICO, FATORES DE RISCOS E COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS.....	12
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	14
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	15
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	15
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	16
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1 INTRODUÇÃO

O DMG é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez na gravidez, sendo o problema metabólico mais comum na gestação. Sabemos que o DMG é fator de risco para complicações fetais e maternas.

A baixa resolutividade durante as consultas do pré-natal, principalmente nas primeiras consultas, não contribuindo com a prevenção do Diabetes Mellitus Gestacional, culmina com o incremento do número de casos desta patologia entre as usuárias do Sistema de Saúde da Marinha no Estado do Rio de Janeiro e consequente elevado número de consultas dessas pacientes com DMG na Clínica de Endocrinologia do HNMD.

Atendemos um número elevado de pacientes com DMG na Clínica de Endocrinologia do HNMD. Como essas pacientes são prioridades, a primeira consulta tem brevidade e as reavaliações são constantes. Consequente a isso, ocorre o congestionamento do ambulatório da Clínica de Endocrinologia e também do Serviço de Nutrição. Essa patologia tem importância tanto por sua prevalência como pelas consequências para o binômio materno-fetal.

O trabalho em questão está organizado em quatro partes. Na primeira parte, a Introdução, será abordada uma síntese sobre o tema abordado, sobre o problema proposto, com os objetivos delimitando o que se propõe a fazer; é apresentada a justificativa, destacando a importância do tema abordado e definição para compreensão do tema.

Na segunda parte, será abordado o referencial teórico para melhor subsidiar o momento de explicação e análise do problema. Serão detalhados conhecimentos sobre a importância das ações educativas-preventivas para a redução do risco de desenvolvimento de doenças e sobre Diabetes Mellitus Gestacional provenientes de pesquisas bibliográficas.

Em sua terceira parte, será apresentado o projeto de intervenção através da descrição e análise do problema, da programação das ações e da gestão do projeto.

Para finalizar, serão apresentadas as considerações finais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir a prevalência do Diabetes Mellitus Gestacional nas usuárias do Sistema de Saúde da Marinha do Hospital Naval Marcílio Dias.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Instituir práticas educativas para gestantes no HNMD, no que diz respeito ao DMG, a alimentação e estilo de vida saudável;
- b) Estreitar parceria com o Serviço de Nutrição para acompanhamento das gestantes;
- c) Melhor capacitação à equipe da Obstetrícia, com relação ao DMG.

1.2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus Gestacional quando não tratado pode ter consequências materno-fetais como por exemplo o risco de parto prematuro; pré-eclâmpsia; Diabetes Mellitus tipo 2 materno; macrosomia fetal; partos traumáticos (podendo levar a déficits neurológicos); hipoglicemia neonatal; aumento de mortalidade perinatal; complicações a longo prazo como obesidade e DM2 na vida adulta; insulinoresistência e obesidade desde a infância. E por último, mas não menos importante, a menor qualidade de vida das gestantes com a patologia em questão (submetidas a dietas rigorosas, a deslocamentos constantes e muitas vezes de longa distância para várias consultas multidisciplinares, realização de glicemias capilares 4 a 6 vezes por dia, aumento das despesas e algumas vezes a necessidade do uso de insulina).

1.3 METODOLOGIA

Esse trabalho consiste em um projeto de intervenção desenvolvido após uma pesquisa documental (prontuários médicos). A pesquisa de intervenção explica os problemas e propõe soluções objetivando solucioná-los. Após análise de 531 prontuários de gestantes no HNMD, num período de 30 dias, quando foi confirmado o problema, foram identificados os descritores, algumas causas e posteriormente selecionadas as causas críticas. É um trabalho de governabilidade indireta pois assume o desafio de trabalhar com outras Clínicas e Serviços. Foi

realizada pesquisa bibliográfica com auxílio do PubMed, LILACS, em livros, artigos, revistas, consensos e publicações científicas afins ao tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS-PREVENTIVAS PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS

A importância da educação para promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida. As práticas de saúde adequadas ou não decorrem de experiências contínuas de ensino-aprendizagem e acabam influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o nível de saúde. A abordagem educativa deve, portanto, estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas que passam a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades. (PELICIONI, Maria Cecília Focesi et al, 2007).

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e saúde; portanto a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias. Tradicionalmente, a medicina e as chamadas ciências da saúde lidam com a doença. De fato, o objetivo da clínica tem sido, ao longo da história, a doença em sua dimensão individual. A medicina preventiva, por sua vez amplia o objetivo de intervenção à categoria 'problema de saúde', que inclui não apenas as doenças em sua expressão populacional, que nada mais tem sido do que a agregação dos fenômenos individuais, medidos por taxas, como também os fatores populacionais que condicionam seu aparecimento. A conclusão, no início dos anos 1990, de estudos longitudinais de intervenção, iniciados há mais de dez anos, e a avaliação dos conhecimentos em prevenção adquiridos nos últimos anos, permitem sistematizar melhor as vantagens e desvantagens que caracterizam a intervenção 'individual' e a intervenção 'populacional' para alguns problemas prevalentes nas sociedades industrializadas. Assim, a intervenção sobre indivíduos tem

vantagens em termos de reduzir o surgimento de complicações e de melhorar a letalidade, a mortalidade e o tempo de sobrevivência. Já a intervenção sobre populações tem vantagens em termos de modificar a incidência.

O caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva) ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia de promoção). A primeira situação implica fundamentalmente conhecimentos técnicos (identificação, descrição e análise técnica da causalidade) e responsabilidades centradas nos profissionais de saúde. Já a estratégia de promoção é claramente social, política e cultural, posto que a saúde é uma utopia a ser definida em suas coordenadas espaço-temporais, o que implica claramente o protagonismo de indivíduos não técnicos e de movimentos sociais, assim como a ação combinada de políticas públicas, modificação de estilos de vida e intervenção ambiental, mediante um amplo arco de medidas políticas, legislativas, físicas e administrativas. (CZERESNIA, Dina et al, 2009).

A aplicação de uma medicina preventiva necessita de uma prática consciente de educação tanto da parte dos médicos quanto dos demais profissionais de saúde, onde além de conhecerem as medidas preventivas específicas, deverão investigar os aspectos sociais e os hábitos de vida de cada paciente (CAPILHEIRA, M., SANTOS, I. S., 2011).

O termo prevenir tem o significado de preparar, chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize. A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o processo posterior da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, Dina, 2009).

2.2 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: CONCEITO, PREVALÊNCIA, DIAGNÓSTICO, FATORES DE RISCOS E COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS

O DMG pode ser definido como a intolerância à glicose, de qualquer grau, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (MILECH, A. et al., 2014). O DMG é diferente do DM2 na gravidez por apresentar valores glicêmicos intermediários entre os níveis que considera normais na gravidez e valores que excedem os limites diagnósticos para a população não grávida. O DMG pode ocorrer em qualquer mulher e não é comum a presença de sintomas. Segundo estudos populacionais realizados nas últimas décadas a prevalência de DMG tem uma média mundial de 16,2%. As estimativas populacionais de frequência de hiperglicemia na gestação no Brasil são conflitantes, porém, estima-se que a prevalência de DMG no SUS seja de aproximadamente 18% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016). Na primeira visita pré-natal todas as grávidas deverão ser submetidas a uma glicemia plasmática de jejum. Um valor da glicemia de jejum (de 8 a 12 horas) superior ou igual a 92 mg/dl mas inferior a 126 mg/dl faz o diagnóstico de DMG. Grávidas com valores de glicemia plasmática em jejum igual ou superior a 126 mg/dl ou com um valor de glicemia plasmática ocasional superior a 200 mg/dl, devem ser consideradas como tendo o diagnóstico de Diabetes Mellitus na gravidez e não como DMG. Caso o valor da glicemia seja inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre 24 e 28 semanas de gestação, com glicemia após estímulo da ingestão de glicose, com um teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose, são necessárias coletas de sangue em jejum, 1 hora e 2 horas. Valores iguais ou superiores a 92 mg/dl no jejum, ou 180 mg/dl e 153 mg/dl respectivamente 1 hora e 2 horas fecham o diagnóstico de DMG. As gestantes que não chegam a um controle adequado com dieta e atividade física tem indicação de associar insulinoterapia. O objetivo da terapêutica é a normalização da glicose materna, mantendo níveis antes das principais refeições menores que 95 mg/dl e 1 hora após as refeições menores que 140 mg/dl. A maioria dos casos de DMG, quando tratados de maneira adequada, atingindo as metas glicêmicas, irá ter um excelente desfecho, com o nascimento de bebês saudáveis. Há correlação positiva e linear entre os valores de glicemia materna e a frequência de diversos desfechos maternos e neonatais adversos (LOWE, Lynn P. et al., 2012). Cerca de 6 a 8 semanas após o parto a mulher deve realizar um novo TOTG para reclassificação. Na maioria dos casos, o Diabetes desaparece após o parto, mas o histórico de DMG é um importante fator de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 ao longo da vida adulta e na senilidade. O aleitamento materno pode reduzir o risco de desenvolvimento de Diabetes Mellitus permanente

após o parto. O desenvolvimento de DM2 após o parto pode ser prevenido com a manutenção de uma alimentação balanceada e com prática de atividades físicas regularmente.

Durante a gestação ocorre um estado de resistência insulínica, aliada à intensa mudança nos mecanismos de controle glicêmico, em função do consumo de glicose pelo embrião e feto. Alguns hormônios produzidos pela placenta e outros aumentados pela gestação, tais como lactogênio placentário, cortisol e prolactina, podem promover redução da atuação da insulina em seus receptores e, conseqüentemente, um aumento da produção de insulina nas gestantes saudáveis. Esse mecanismo, entretanto, pode não ser observado em gestantes que já estejam com a sua capacidade de produção insulínica no limite, essas mulheres têm insuficiente aumento na produção de insulina e assim, podem desenvolver o DMG (ALMEIDA, Maria do Céu et al, 2017).

São considerados fatores de risco para hiperglicemia na gravidez: sobrepeso, obesidade, ganho de peso excessivo durante a gestação, idade materna avançada, antecedentes familiares de Diabetes Mellitus em parentes de primeiro grau, antecedentes pessoais de alterações metabólicas (Síndrome dos ovários policísticos, Hiperglicemia, Hipertensão arterial sistêmica, Acantose nigricans e uso de medicamentos hiperglicemiantes) e antecedentes obstétricos (história prévia de bebês grandes com mais de 4 kg ou gestação gemelar). Entretanto, sabemos que os principais fatores de risco para o DMG são o sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso durante a gestação e que a maioria dos casos poderia ser evitada com a mudança do estilo de vida (orientação nutricional adequada e atividade física).

Complicações fetais e maternas podem ocorrer no DMG, tais como: parto prematuro; pré-eclâmpsia; macrossomia fetal (quando o bebê é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intrauterino, há maior risco de crescimento fetal excessivo) e, conseqüentemente, partos traumáticos; hipoglicemia neonatal e até obesidade e Diabetes na vida adulta (ZAJDENVERG, Lenita, 2017). Os recém-nascidos de mães com DMG têm um risco significativo de complicações a longo prazo, a hiperinsulinemia intrauterina está associada a um aumento no risco de insulinoresistência e de síndrome metabólica na adolescência, o risco cardiometabólico na idade adulta parece estar também aumentado neste caso. A hiperglicemia intrauterina conduz não só a um desenvolvimento excessivo na fase da gestação com aparecimento de macrossomia, mas também a excesso ponderal ou obesidade desde a infância até ao adulto jovem. O “imprintig metabólico” para a obesidade ocorre com uma ou mais alterações nos valores de glicemia no TOTG e a hiperglicemia de jejum é um fator preditivo da

obesidade infantil. Contudo, este risco pode ser modificável com o tratamento e controle do DMG (ALMEIDA, Maria do Céu et al, 2017). Os déficits neurológicos a longo prazo no filho da mulher com DMG incluem: paralisia cerebral, atraso mental, convulsões, alterações na fala e no comportamento, dificuldades na leitura e surdez. Estes, resultam geralmente de traumatismos no parto pela macrossomia, da hipoglicemia neonatal e também de alterações do metabolismo intrauterino. Além desses referidos riscos, esse problema contribui com menor qualidade de vida dessas pacientes num período sublime da vida da mulher, que é a gestação. Muitas vezes são longos deslocamentos frequentes para consultas multidisciplinares; dietas rigorosas; realização de glicemias capilares quatro a seis vezes por dia; algumas vezes necessidade de aplicação de insulina; mais despesas e um maior estresse dessas pacientes.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O HNMD, que se localiza no bairro do Lins de Vasconcelos, na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, é o maior e único hospital terciário da Marinha do Brasil. Realiza atendimentos em todos os níveis, de todas as especialidades aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha, do qual fazem parte os militares da ativa, inativos, seus dependentes e pensionistas. O HNMD apresenta cursos de especialização em diversas áreas da saúde e realiza pesquisas biomédicas. As Clínicas de Endocrinologia e Obstetrícia que são referenciadas neste trabalho fazem parte deste hospital. A Clínica de Endocrinologia é subordinada ao Departamento de Medicina Clínica, conta atualmente com seis médicos especializados, sendo três militares de carreira da ativa e realiza em torno de mil atendimentos mensais. A Clínica de Obstetrícia é subordinada ao Departamento de Cirurgia, conta com sete médicos especializados para as atividades diárias, mais os militares temporários que atuam como plantonistas do centro obstétrico. As gestantes do SSM do Estado do Rio de Janeiro, podem realizar o pré-natal na rede básica, mas com a proximidade do parto todas são encaminhadas ao hospital onde é realizado o parto. As consultas de pré-natal realizadas no HNMD abrangem todas as idades gestacionais.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A alta prevalência de pacientes com DMG acompanhadas na Clínica de Obstetrícia do HNMD, contribui com o elevado número de atendimentos por esta patologia na Clínica de Endocrinologia.

Após analisar num período de 30 dias, 531 prontuários de gestantes do HNMD, verificamos que 117 pacientes tinham diagnóstico de DMG. Descritores:

-A prevalência do DMG entre as usuárias do SSM no HNMD é de 22%.

-Cerca de 25% dos atendimentos realizados pela Clínica de Endocrinologia são pacientes com DMG, e dessas pacientes apenas aproximadamente 21% necessitam de terapia medicamentosa.

Este problema foi priorizado levando-se em consideração a elevada prevalência de casos de DMG nas pacientes atendidas no HNMD, os riscos maternos e fetais relacionados a esta patologia, o impacto que gera no atendimento na Clínica de Endocrinologia e a menor qualidade de vida das gestantes com esta patologia.

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Na atualidade, com o grande número de gestantes realizando pré-natal no SSM, as consultas cada vez são mais rápidas e muitas informações importantes deixam de ser transmitidas, como por exemplo, informações sobre doenças específicas da gravidez, como DMG, que poderiam ser evitadas se as pacientes tivessem conhecimento.

Como causas críticas podemos constatar:

-Pouco conhecimento sobre Diabetes Mellitus Gestacional pelas gestantes e conhecimento insuficiente pela equipe do pré-natal.

-Pouca orientação nutricional e sobre a necessidade de um estilo de vida saudável durante a gestação.

Sabemos que o ganho de peso excessivo durante a gestação, sobrepeso e obesidade são importantes fatores de risco para o desenvolvimento do DMG, portanto, preveníveis. Podemos

constatar que 79% das pacientes com DMG atendidas no HNMD, conseguem realizar o controle glicêmico apenas dieta adequada (a gestante necessita ajustar para cada período da gravidez as quantidades dos nutrientes) e atividade física (a prática de atividade física é uma medida de grande eficácia para redução dos níveis glicêmicos para aquelas gestantes que podem realizá-la), não necessitando de intervenção medicamentosa, isso ratifica a possibilidade de prevenção e que a maioria dessas pacientes desenvolvem DMG por erro alimentar/estilo de vida inapropriado e se fossem advertidas e melhor orientadas, sobre a possibilidade desta a patologia, suas possíveis complicações, seus riscos e modo de prevenção, certamente essa problemática seria reduzida significativamente.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: A alta prevalência de pacientes com Diabetes Mellitus Gestacional acompanhadas no Hospital Naval Marcílio Dias.

-Descritor 01: A prevalência de DMG entre as usuárias do Sistema de Saúde da Marinha no HNMD é de 22%.

-Descritor 02: Cerca de 25% dos atendimentos realizados pela Clínica de Endocrinologia são pacientes com DMG, e apenas aproximadamente 21% necessitam de terapia medicamentosa (Insulina).

-Indicadores:

1. Taxa de prevalência de DMG entre as usuárias do SSM no HNMD.
2. Percentual de atendimentos de DMG realizados na Clínica de Endocrinologia.

-Meta 01: Reduzir a prevalência de DMG para 20% em 2019 e para próximo de 17% até 2020.

-Meta 02: Reduzir o número de atendimentos por DMG realizados pela Clínica de Endocrinologia para 20% em 2019 e para pouco mais de 15% até 2020.

-Resultados: Melhoria na saúde das gestantes do HNMD e redução dos riscos materno-fetais relacionados ao DMG.

Matriz de Programação de Ações I:

Causa crítica 01: Pouco conhecimento sobre Diabetes Mellitus Gestacional pelas gestantes e conhecimento insuficiente pela equipe do pré-natal.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar palestras quinzenais sobre DMG durante a oficina do pré-natal com gestantes em todas as idades gestacionais	Humano Físico: Auditório	Palestras realizadas	Início no final de Setembro / início de Outubro 2018	CC (Md) Leniane
Divulgar O DMG com cartazes na sala de espera e consultórios das Clínicas de Obstetrícia e Endocrinologia	Humano Financeiro	DMG divulgado	Início em Novembro de 2018	CC (Md) Leniane
Orientar à equipe da Obstetrícia sobre DMG durante as reuniões desta clínica	Humano	Médicos obstetras mais qualificados em DMG	Dezembro de 2018	CF (Md) Stella

Matriz de Programação de Ações II:

Causa crítica 02: Pouca orientação nutricional e sobre a necessidade de um estilo de vida saudável durante a gestação.

Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar palestras sobre estilo de vida e alimentação saudável a cada semana durante a oficina do pré-natal com gestantes em todas as idades gestacionais	Humano Físico: Auditório	Palestras realizadas	Reiniciada em Setembro de 2018	Valéria Rios
Pactuar com o Serviço de Nutrição e definir critérios para encaminhamentos das gestantes	Humano	Pactuação realizada e critérios definidos	Setembro de 2018	Valéria Rios e CC (Md) Leniane
Encaminhar ao Serviço de Nutrição as gestantes com maior necessidade de intervenção nutricional	Humano	Encaminhamentos	Início em Setembro de 2018	Valéria Rios

3.4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pela Clínica de Endocrinologia através da CC (Md) Leniane, pela Clínica de Obstetrícia pela CF (Md) Stella e pela psicóloga Valéria Rios.

A eficácia será avaliada futuramente, em aproximadamente um ano através de nova revisão de prontuários. A CC(Md) Leniane reavaliará a prevalência de DMG no HNMD e o percentual de atendimentos por esta patologia na Clínica de Endocrinologia do HNMD.

Outras ações mais abrangentes e gerenciais foram pensadas, mas não puderam ser implementadas por falta de governabilidade. As ações escolhidas e referidas neste trabalho, levaram em consideração a governabilidade da autora e o poder de mudança a elas creditado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os esforços que estão sendo realizados na prevenção e educação, atinjam o objetivo master de a médio e longo prazos reduzir a prevalência DMG no HNMD com consequente redução do número de atendimento desta patologia na Clínica de Endocrinologia e redução de suas complicações.

É bastante difícil realizar projetos de intervenção, especialmente em organizações militares de saúde onde os profissionais já encontram-se sobrecarregados. Observa-se que cada profissional envolvido tem apresentado empenho apreciável e realizado esforços com satisfação para o cumprimento dos objetivos, metas e resultados. É fundamental que haja melhoria na saúde das gestantes do HNMD, melhor qualidade de vida nessa fase tão sublime da existência humana e riscos materno-fetais precisam ser reduzidos.

Deseja-se ainda, que este projeto seja capaz de atravessar gerações, que novos profissionais sejam sensibilizados e venham aderir ao mesmo. Certamente, novas sugestões e mudanças para melhor devem ocorrer nos próximos meses e até anos a medida que os primeiros resultados venham a ser avaliados.

O curso abriu para a autora um leque valioso de conhecimentos que dificilmente teria a oportunidade de aprender. Esses conhecimentos em gestão já estão sendo colocados em prática

de uma forma minor, mas se tornarão cada vez mais importantes a medida que a autora venha ocupar posições de comando ou chefia inerentes a carreira militar.

Esse projeto mostrou para autora que é possível realizar mudanças, que haverá sempre algum grau de governabilidade que possibilitará uma intervenção e que pequenas intervenções podem fazer a diferença positivamente na saúde individual e coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria do Céu et al. Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 12, n. 1, p. 24-38, 2017.

ASHWAL E., HOD M. Gestational diabetes mellitus: Where are we now? **Clin Chim Acta**, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cca.2015.01.021>>.

CAPILHEIRA, M., SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1143-1153, jun. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>>.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção**, 2009. Disponível em <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Aoconceito.pdf>>.

CZERESNIA, Dina et al. **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 19-42.

DANI C. et al. Metabolomic profile of term infants of gestational diabetic mothers. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 27(6), p. 537-42, abr, 2104.

LOWE, Lynn P. et al. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. **Diabetes Care**, v. 35, p. 574-580, mar, 2012.

MILECH, A. et al. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus**, Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014. p. 585-600.

MITANCHEZ D, BURGUET A, SIMEONI U. Infants born to mothers with gestational diabetes mellitus: mild neonatal effects, a long-term threat to global health. **J. Pediatr**, v. 164(3), p. 445-50, mar, 2014.

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**. 2016. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>>. Acesso em 29/07/2018.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi et al. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2007: jul/set 31(3), p. 320-328.

REICHELT, A. J. et al. Brazilian Study of Gestational Diabetes (EBDG) Working Group: Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestational diabetes. **Diabetes Care**, v. 21, p. 1246-9, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Expert Committee on Diabetes Mellitus Technical Report: **Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/>. Acesso em 29/07/2018.

ZAJDENVERG, Lenita, Diabetes Gestacional, **Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2017. Disponível em <<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes-gestacional>>.