

prevenir*

A REVISTA LÍDER EM SAÚDE

FIBROSE QUÍSTICA

NOVO TRATAMENTO MAIS EFICAZ
PÁG. 20

5 BOWLS DE OUTONO
AS PREFERIDAS DAS NUTRICIONISTAS
PÁG. 62

VAMOS AJUDAR A PARAR O BULLYING

SINAIS DE ALARME, O PAPEL DOS PAIS E DA ESCOLA E ESTRATÉGIAS PARA AJUDAR AS VÍTIMAS

3

PLANOS
CONTROLE A ANSIEDADE
PÁG. 52

PROBIÓTICOS
SERÁ QUE AJUDAM A EMAGRECER?

AVC E ALZHEIMER
OS BENEFÍCIOS DA TERAPIA DA FALA



COVID-19
DÚVIDAS SOBRE A 3.^a DOSE DA VACINA

gravidez
REDUZA O RISCO DE DIABETES
PÁG. 28

TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS
COMO CUIDAR DA PELE, CABELO E UNHAS

gravidez

Tudo o que precisa saber sobre **diabetes gestacional**

Impacta a saúde da mãe e pode condicionar a do bebé ao longo da sua vida adulta, daí que conseguir controlá-la seja um imperativo. Com a ajuda de uma médica endocrinologista, saiba o que pode fazer para reduzir o risco de desenvolver este tipo de diabetes durante a gestação.

POR CARMEN SILVA

COLABORAÇÃO



DRA. JOANA MENEZES NUNES
Médica endocrinologista

A área da diabetes gestacional tem vindo a ser alvo de bastante investigação, nomeadamente a sua influência no aparecimento de doenças crónicas no futuro do bebé em gestação, como especifica a médica endocrinologista Joana Menezes Nunes no livro *Do XL ao S (Contraponto)*. «Os bebés de mães com diabetes gestacional não controlada têm um risco significativo de complicações a longo prazo», explica a especialista. O mecanismo envolvido na patogénese dessas complicações ainda não está bem esclarecido, mas

pensa-se que situações como «a hipoglicemia e as alterações hormonais subjacentes possam estar envolvidas». Estas descobertas relacionam-se com o conceito de programação metabólica, que consiste →



DO XL AO S
Joana Menezes Nunes
Contraponto
€16,60

gravidez

«num estímulo ou agressão durante um período crítico do desenvolvimento (pré e pós-natal imediato), que provoca alterações que levam à doença na idade adulta, designadamente diabetes tipo 2, diabetes gestacional transgeracional, dislipidemia, síndrome metabólica, hipertensão

arterial, obesidade e alterações do neurodesenvolvimento».

★ FATORES DE RISCO

A diabetes gestacional caracteriza-se por níveis elevados de glicose (açúcar) no sangue (hiperglicemia), que surgem ou são detetados pela primeira vez na gravidez. Desta maneira,

como explica Joana Menezes Nunes, «a entrada da glicose (proveniente dos alimentos) nas células (para utilização como fonte de energia) necessita da presença de insulina, que é produzida pelo pâncreas. Mas durante a gravidez são produzidas hormonas que dificultam o trabalho da insulina». Se, na grávida sem diabetes, o pâncreas consegue adaptar-se e aumentar a secreção de insulina, suplantando essa demanda, nas mulheres com diabetes gestacional, «o pâncreas não consegue compensar esta resistência à insulina, o que origina níveis de glicose elevados no sangue», sublinha a médica endocrinologista. «O excesso de peso/obesidade, a história familiar de diabetes em primeiro grau (pais ou irmãos), idade igual ou superior a 30 anos», bem como «história de macrossomia fetal (bebé com peso superior a quatro quilos à nascença), história de diabetes gestacional numa gestação prévia, abortos de repetição e multiparidade (ter mais de um filho de um só parto)» são fatores que aumentam a probabilidade



EM CASO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

→ «Não se faz a PTOG (prova de tolerância oral à glicose) por alteração da absorção (consequência da cirurgia), não permite validar os resultados. Nestes casos recorre-se, durante a gravidez, à autovigilância glicémica capilar em ambulatório ou à monitorização contínua da glicose», explica Joana Menezes Nunes

COMO PREVENIR A DIABETES GESTACIONAL

«É possível reduzir o risco de vir a desenvolver diabetes gestacional durante a gravidez», declara Joana Menezes Nunes. Neste sentido, a médica endocrinologista recomenda, ainda antes de engravidar, agendar uma consulta de preconceção e ter um peso adequado. Já durante a gravidez:



NÃO AUMENTE MUITO DE PESO

O ganho total deve ser adaptado ao índice de massa corporal (IMC) prévio à gravidez:

★ IMC inferior a 18:

12,5 a 18 kg

★ IMC entre 18,5 e 24,9:

11,5 a 16 Kg

★ IMC entre 25 e 29,9:

7 a 11,5 Kg

★ IMC igual ou superior a 30: 5 a 9 kg



ADOTE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

★ Recorra a um nutricionista para adotar um plano alimentar equilibrado e adaptado às suas necessidades.

★ Se não houver contraindicações nesse sentido, pratique exercício físico.

★ Não fume.

de se vir a desenvolver este tipo de diabetes durante a gravidez.

★ RISCOS PARA A MÃE E PARA O BEBÊ

Quando controlada, a diabetes gestacional «geralmente apresenta poucas complicações», refere Joana Menezes Nunes. O problema está no seu não controlo, pois pode originar «dificuldades no momento do parto (sobretudo em bebês grandes para a idade gestacional, com peso acima do percentil 90), nomeadamente distócia dos ombros (dificuldade na passagem dos ombros pela pelve), e aumento do risco de infeções urinárias ou vaginais». Já no bebé, pode levar a complicações como «hipoglicemia (valor de glicose no sangue baixo), que acontece porque o excesso de glicose o obriga a produzir muita insulina; aumento da frequência de icterícia neonatal transitória (pele amarelada); síndrome de dificuldade respiratória devido a atraso no desenvolvimento dos pulmões; e anomalias congénitas, cardiomiopatia (coração) e asfixia perinatal», indica a médica endocrinologista.

★ A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Sendo, por regra, assintomática, a diabetes gestacional é apenas «diagnosticada em análises ao sangue, que vão sendo solicitadas ao longo da gravidez», refere Joana Menezes Nunes. Atualmente, apenas existem critérios definidos para o primeiro e segundo trimestres de gestação; quanto ao terceiro, «sabemos que é possível que possa aparecer, contudo não existe teste padronizado e validado (poder-se-á suspeitar em casos de crescimento fetal acima do normal, aumento da circunferência abdominal e/ou alterações de quantidade de líquido amniótico – parâmetros obtidos nas ecografias)». No primeiro trimestre, a diabetes gestacional é diagnosticada quando «o valor da glicemia em jejum é maior ou igual a 92 mg/dl e inferior a 126 mg/dl». Caso continue normal, no segundo trimestre deve-se realizar a PTOG, entre as 24 e as 28 semanas de gestação, que «deve ser efetuada de manhã, após um jejum de pelo menos oito horas, mas não superior a 12 horas». São necessárias



NÃO CORTE NOS HIDRATOS DE CARBONO

Durante a gravidez, o valor calórico total deverá obedecer à seguinte distribuição de macronutrientes:

→ 50-55% de hidratos de carbono (aporte mínimo 175 g/dia)

→ 30% de gorduras

→ 5-20% de proteínas

«colheitas de sangue para determinação da glicemia plasmática às zero, uma e duas horas após a sobrecarga oral de glicose. É considerado diabetes gestacional caso os valores da glicose sejam de 92 mg/dl às zero horas; de 180 mg/dl à uma hora; e de 153 mg/dl às duas horas», indica a especialista.

★ ESTILO DE VIDA E MEDICAÇÃO

No tratamento, a primeira abordagem «passa pela realização de exercício físico (30 minutos por dia de marcha, idealmente após as refeições) e por um plano alimentar equilibrado e personalizado, que deve ter em conta aspetos como o estado nutricional, antecedentes clínicos e hábitos alimentares e socioculturais», aponta Joana Menezes Nunes, chamando a atenção de que «não deve haver privação de minerais, vitaminas e fibras». A médica endocrinologista recomenda ainda que os hidratos de carbono/valor calórico total «sejam distribuídos ao longo do dia, por três refeições principais, 2-3 intermédias (meio da manhã e um a dois lanches) e uma antes de deitar (a ceia, onde se devem privilegiar hidratos de carbono complexos, de forma →

gravidez



AS GRÁVIDAS TAMBÉM PODEM TER DIABETES MELLITUS?

→ «Sim. Grávidas com valor de glicemia plasmática em jejum igual ou superior a 126 mg/dl devem ser consideradas como tendo o diagnóstico de diabetes mellitus na gravidez», sublinha a médica endocrinologista Joana Menezes Nunes

a evitar hipoglicemia noturna e cetose matinal)». Porém, quando os objetivos glicémicos não são atingidos num período de uma a duas semanas após início das medidas de alteração de estilo de vida (plano alimentar e exercício) ou em qualquer altura da gravidez, deve-se recorrer a medicação. «As opções terapêuticas passam pela toma de comprimidos (metformina e glibenclamida) e insulina», afirma a especialista.

★ APÓS O PARTO

Normalmente, «as glicemias regressam à normalidade e deixa de haver necessidade de vigilância glicémica e terapêutica», refere Joana Menezes Nunes, acrescentando que «a amamentação deve ser incentivada». Contudo, seis a oito semanas após o parto, deve ser feita «a PTOG de reclassificação, mas os critérios de diagnóstico devem ser os da Organização Mundial da Saúde (em jejum maior ou igual a 126 mg/dl), que são diferentes daqueles usados na gravidez». Por outro lado, a longo prazo, as mulheres com antecedentes de diabetes gestacional têm maior «risco de vir a desenvolvê-la novamente numa gravidez

subsequente, assim como existe risco acrescido de diabetes mellitus 2». Este risco, contudo, «depende de fatores ambientais, genéticos e do estilo de vida». Daí a especialista defender que «é imperativo adotar um estilo de vida

saudável: dieta e exercício físico com vista à normalização ponderal e ao controlo de todos os fatores de risco vasculares». Além disso, «aconselha-se a realização anual da análise à glicemia plasmática». ★

COMO CONTROLAR A DIABETES GESTACIONAL

O controlo dos valores da glicemia é a “chave” e, por isso, «a autovigilância glicémica é fundamental». A médica endocrinologista Joana Menezes Nunes ensina como deve ser feita.



NÚMERO DE VEZES AO DIA

- ★ Quatro determinações da glicemia capilar (picar o dedo e usar a gota de sangue no medidor da glicemia), em jejum e uma hora após o início das refeições, sobretudo das principais: pequeno-almoço, almoço e jantar.
- ★ Quando já há toma de medicamentos para controlo da diabetes, devem ser realizadas quatro ou mais determinações glicémicas.



OS VALORES

- ★ As glicemias em jejum devem ser menores ou iguais a 95 mg/dl.
- ★ Uma hora após o início das refeições, menores ou iguais a 140 mg/dl.