

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DAS GESTANTES DIABÉTICAS SOBRE O
DIABETES GESTACIONAL**
*EVALUATION OF THE PERCEPTION OF DIABETIC PREGNANT WOMEN ABOUT
GESTATIONAL DIABETES*

SILVA, Marina¹; FURLAN, Cibele Priscila Busch²;

¹Residente do Programa de Residência em Saúde Neonatal – Universidade São Francisco;

²Professora de Nutrição do Programa de Residência em Saúde Neonatal – Universidade São Francisco.

E-mail: mmeirelles05@gmail.com

RESUMO. O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido pela intolerância à glicose tendo início e diagnóstico durante o período gestacional com tendência a ocorrer a partir da 24^a semana de gestação. O desenvolvimento dessa doença se deve ao fato da gestação ser um processo diabetogênico, uma vez que há produção de hormônios hiperglicemiantes e enzimas degradantes de insulina pela placenta, podendo haver um aumento compensatório na produção de insulina gerando uma disfunção das células produtoras do hormônio. Este estudo prospectivo qualitativo teve como objetivo compreender e analisar a percepção de mulheres com DMG sobre a doença, a fim de avaliar o entendimento e a relação destas mulheres com as suas condições. Foram utilizados dados obtidos através do prontuário, caderneta de gestante, questionários qualitativos aberto e fechado. Foi possível identificar que apesar dessas gestantes apresentarem alguns dos fatores de risco (idade gestacional, glicemia de jejum, ao teste oral de tolerância a glicose e antecedentes familiares), o conhecimento sobre o DMG é falho ou inexistente, interferindo negativamente na percepção delas sobre essa doença. Dessa forma, é necessária uma assistência de pré-natal de maior qualidade com acompanhamento e orientação multiprofissional.

Palavras-chave: Diabetes mellitus gestacional; Gestantes; Diabetes.

ABSTRACT. Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is defined by glucose intolerance starting and diagnosed during the gestational period with a tendency to occur from the 24th week of gestation. The development of this disease is due to the fact that pregnancy is a diabetogenic process, since there is production of hyperglycemic hormones and insulin-degrading enzymes by the placenta, and there may be a compensatory increase in the production of insulin, generating a dysfunction of the hormone-producing cells. This qualitative prospective study aims to understand and analyze the perception of women with GDM about the disease, in order to assess the understanding and the relationship of these women with their conditions. Data obtained from medical records, pregnant women handbooks, qualitative open and closed questionnaires were used. In addition, it was possible to identify that although these pregnant women have some of the risk factors (gestational age, fasting blood glucose, oral glucose tolerance teste and family history), knowledge about GDM is lacking or non-existent, interfering negatively in their perception of this disease, requiring as soon as there is a higher quality prenatal care with multiprofessional monitoring and guidance.

Keywords: Gestational diabetes mellitus; Pregnant women; Diabetes.

INTRODUÇÃO

Atualmente considerado como uma epidemia mundial o diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações metabólicas. Pode ser derivada da deficiência da produção ou da ação do hormônio insulina, em consequência da disfunção das células β pancreáticas (produtoras de insulina), associadas ou não com a resistência à ação desse hormônio, dentre outros fatores. Há diversos tipos de diabetes, porém os mais conhecidos e mais relatados na literatura são diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e diabetes mellitus gestacional (DMG) (ADA, 2004; IDF, 2017).

O DM1 é uma doença autoimune que afeta de 5% a 10% da população brasileira e é caracterizado pela destruição das células β pancreáticas, normalmente a partir da ação dos anticorpos do indivíduo, com predisposição genética. Esta doença costuma desenvolver em jovens e crianças, sendo que atualmente atinge mais de 1 milhão de crianças no mundo e o atual tratamento é a administração de insulina (WHO, 1999; IDF, 2017; ATKINSON; EISENBARTH; MICHELS, 2014; SBD, 2015).

Cerca de 90% das pessoas com DM apresentam o tipo DM2, que é a forma mais prevalente da doença, caracterizada pela deficiência da secreção de insulina ou pelo desenvolvimento de resistência à ação desse hormônio. Dependendo da gravidade da doença estabelece-se o tratamento, o qual varia de controle da dieta e prática de exercício físico ao uso de hipoglicemiantes orais ou administração de insulina (WHO, 1999; SBD, 2015).

O terceiro tipo da doença é o diabetes mellitus gestacional (DMG) que é definido pela intolerância à glicose tendo início e diagnóstico durante o período gestacional com tendência a ocorrer a partir da 24ª semana de gestação. A prevalência do DMG é variável, uma vez que depende dos critérios de diagnóstico empregados e da população estudada (SBD, 2018; IDF, 2017).

Segundo a International Diabetes Federation (IDF) (2017), 16,2% das gestações apresentam algum tipo de hiperglicemia, sendo 21,3 milhões dos nascidos vivos afetados de alguma forma pela hiperglicemia gestacional. Ainda segundo a IDF, 0,9 milhões de mulheres com idade entre 20 e 49 anos na América Central e do Sul apresentaram hiperglicemia na gestação.

O desenvolvimento do DMG se deve ao fato da gestação ser um processo diabetogênico, uma vez que há produção de hormônios hiperglicemiantes e enzimas degradantes de insulina pela placenta, podendo ocorrer um aumento compensatório na produção de insulina gerando uma disfunção das células produtoras do hormônio (SBD, 2018).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do DMG estão idade materna avançada, excesso de peso pré-gestacional ou ganho excessivo de peso durante a gestação, histórico familiar de diabetes, baixa estatura ($\leq 1,50m$) e síndrome de ovários policísticos. Além disso, há complicações para a mãe e o bebê, uma vez que mulheres com esse diagnóstico apresentam uma maior predisposição ao desenvolvimento de hipertensão arterial, DM2 após gestação e maiores chances de terem complicações neonatais, como por exemplo, macrossomia, hipoglicemia, policitemia, icterícia, dentre outras (SABINO et al., 2017; SBD, 2018; SBD, 2015).

Dentre os fatores de prevenção relacionados com o DMG se encontram pré-natal, orientação e acompanhamento multiprofissional com ênfase a uma abordagem adequada e de fácil compreensão para a gestante, hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercícios físicos, educação em saúde, e caso seja necessário mudança de estilo de vida (COSTA et al., 2015).

Ainda não há um consenso na literatura sobre a melhor forma de diagnóstico e rastreamento do DMG, porém algumas sociedades científicas, como por exemplo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) recomendam que haja uma investigação da preexistência do DM na primeira consulta do pré-natal por meio de exames habituais. De acordo com essas sociedades, mulheres sem o diagnóstico de DM preexistente, mas que apresentem glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL devem receber o diagnóstico de DMG. Além disso, mulheres que apresentem glicemia de jejum normal (< 92 mg/dL) devem ser submetidas ao teste oral de tolerância a glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas de gestação e as que apresentem glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL, glicemia ≥ 180 mg/dL uma hora após a sobrecarga e/ou glicemia ≥ 153 mg/dL duas horas após a sobrecarga devem receber o diagnóstico de DMG (SBD, 2018; ADA, 2017; METZGER et al., 2010; WHO, 2014).

O tratamento para o DMG é semelhante ao tratamento das outras formas da doença. Inicialmente há a prescrição de dieta individualizada, fornecimento de orientações específicas e prática de exercício físico, respeitando as contraindicações obstétricas. Caso esse tratamento inicial não seja eficiente para que as metas glicêmicas sejam alcançadas, inicia-se o tratamento medicamentoso (WEINERT et al., 2011; SBD, 2018).

Para que se tenha uma boa adesão ao tratamento da doença e consequente redução das complicações do DMG, bem como da morbimortalidade, é indispensável que as mulheres tenham conhecimento sobre a definição da doença e das complicações que esta pode causar para a mãe e o bebê. Estudo tem demonstrado que gestantes tanto com diabetes pré-gestacional e aquelas diagnosticadas com DMG apresentam desconhecimento sobre a doença de um modo geral (MOURA et al., 2012).

Nesse contexto, observa-se ainda uma necessidade de sensibilização dos profissionais da área da saúde, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e médicos, para com essas mulheres, uma vez que são estes profissionais que estão diretamente ligados ao cuidado destas. Dessa forma, sabe-se que é imprescindível que as mulheres sejam consideradas em sua totalidade, não sendo vistas apenas como portadoras de uma doença e, portanto, devem ser supervisionadas quanto aos potenciais riscos de desenvolvimento de complicações (ARAÚJO et al., 2013).

Araújo et al. (2013) observaram que a tentativa de compreender o sentimento e o pensamento das mulheres diagnosticadas com DMG, dando voz a elas, é de fundamental importância para um bom gerenciamento do cuidado. Esse fato pode levar a uma melhora na qualidade de vida dessas pacientes de forma a reduzir a ansiedade e aprimorar a humanização dos espaços de saúde.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo compreender e analisar a percepção de mulheres com DMG sobre a doença, a fim de avaliar o entendimento e a relação destas mulheres com as suas condições.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada durante quatro meses do período de junho a setembro de 2020 no setor de Maternidade do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus (HUSF), localizado na cidade de Bragança Paulista, no interior do estado de São Paulo, SP, Brasil.

Os critérios de inclusão adotados para participar do estudo foram gestantes com DMG, hospitalizadas na maternidade do HUSF durante o período de coleta do estudo, com mais de 18

anos, independente do diagnóstico nutricional e das semanas gestacionais. Sendo assim, estimou-se uma população de até 30 gestantes com DMG.

Já os critérios de exclusão compreenderam gestantes que não se sentiram confortáveis em participar do estudo e/ou não permitiram o uso dos dados para o estudo, e gestantes com faixa etária inferior a 18 anos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Universidade São Francisco (USF) com CAAE 24909619.9.0000.5514 e com número de parecer de 4.243.533. Todas as voluntárias do estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foram analisados dados de prontuários e cadernetas de gestantes com DMG, com a finalidade de obter informações antropométricas, como peso (kg) e altura (m), bem como a ficha obstétrica e o controle da enfermagem (pressão arterial e glicemia). Os dados obtidos na caderneta da gestante foram gráficos de acompanhamento nutricional, idade (anos), exames laboratoriais (glicemia de jejum, TOTG), antecedentes familiares, antecedentes clínicos obstétricos e gestação atual (IG-DUM/USG).

Posteriormente a esse processo, as gestantes com DMG participaram das próximas etapas propostas pelo estudo. Os dados numéricos foram compilados no Excel® e apresentados como média e desvio padrão (M (DP)). Além disso, foi feita análise de conteúdo nos dados obtidos pelo questionário semiestruturado aberto e análise descritiva para o questionário fechado que foram adaptados a partir dos questionários utilizados nos estudos de Sadeghi et al. (2017) e Rezende (2018).

Foram realizados questionários qualitativos por meio de entrevista para obter informações a partir da interação social entre o entrevistado e o entrevistador. Tal entrevista consistiu em um encontro individual e presencial, seguindo um roteiro semiestruturado (material suplementar).

As entrevistas foram feitas de forma padronizada com todas as gestantes com DMG, para que não houvesse expressões de julgamento, bem como de indução de respostas. Além disso, o ambiente e a linguagem utilizada, foram escolhidos com critério de modo que não causasse nenhum tipo de desconforto às participantes da pesquisa.

Com a finalidade de manter a confidencialidade das gestantes com DMG cada uma delas receberam nomes de flores durante a discussão dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra obtida foi de 11 mulheres apresentando média de idade de 31,45 anos, que se enquadram em um dos fatores de risco, idade avançada, para o desenvolvimento do DMG (Tabela 1) segundo SBD (2015). Lao et al. (2006) e Sanchez-Larios et al. (2008), demonstraram, respectivamente, por meio de estudo de metanálise e transversal, que há maior chance de desenvolvimento de DMG a partir dos 25 anos. Por outro lado, Dode et al. (2009) observaram que mulheres com faixa etária superior a 35 anos apresentaram seis vezes mais chance para desenvolverem DMG.

Foi possível identificar na Tabela 1 que os dados obtidos sobre a idade gestacional se encontram dentro do fator de risco, sendo que é comum que entre 24 a 28 semanas gestacionais haja desenvolvimento de DMG, e caso seja diagnosticada antecipadamente há mais chance do tratamento ser mais efetivo (HOLLANDER et al., 2007; COSTA et al., 2015).

Além disso, no começo da gestação há presença do aumento do nível do estrogênio e progesterona, acentuado a resposta da insulina para contraregular o aumento de glicose.

Enquanto ao adentrar ao segundo semestre da gestação, há aumento de secreção de insulina através do lactogênio da placenta e também se inicia a ação dos fatores contra insulínicos e hiperglicemiantes que interferem na glicemia e na insulina. No terceiro trimestre há alteração acentuada da glicemia, caracterizando o DMG, devido às baixas reservas de insulina (PADILHA et al., 2010).

Tabela 1- Características sociodemográficas e da gestação atual de gestantes.

Variável (n=11)	Média (DP)
Idade (anos)	31,45 (4,06)
Idade gestacional (semana gestacional)	29,45 (5,18)

Fonte: Próprio autor.

*DP= Desvio padrão.

Quanto ao parâmetro altura (Tabela 2) foi possível identificar que os valores obtidos de média e desvio padrão, 1,63m (0,05), se encontram acima do valor de fator de risco ($\leq 1,50$ m) para o desenvolvimento do DMG. Branchtein et al. (2000), mostrou que mulheres com estatura inferior ou igual a 1,51m apresentaram maiores chances de desenvolver DMG quando comparadas com mulheres com estatura acima de 1,51m. Enquanto no estudo de Rudra et al. (2007), foi observado que o risco de mulheres com estatura superior a 1,70m desenvolverem DMG foi menor do que o de mulheres com estatura igual ou inferior a 1,60m. Sendo assim, vale ressaltar que para critérios de rastreamento e diagnóstico do DMG deve-se considerar a altura em conjunto com outros fatores de risco (SABINO et al., 2017; BRANCHTEIN et al., 2000; RUDRA et al., 2007; BOLOGNANI et al., 2011).

Segundo o Institute of Medicine (IOM) (2009) para o cálculo do IMC pré-gestacional é necessário utilizar a estatura informada ou aferida no primeiro trimestre da gestação. Durante a gravidez a região lombar realça sua curvatura com o desenvolvimento uterino que, conseqüentemente, altera a posição do sacro de modo horizontal quando comparada à pelve, alterando a estatura. Além disso, a região torácica também sofre adaptação por conta do aumento do volume das mamas e das alterações da região lombar, acentuando assim a lordose dorsal (MARTINS et al., 2005). Nesse estudo essas medidas não foram aferidas, pois as gestantes se encontravam no segundo e terceiro semestre de gestação no momento das análises.

Tabela 2- Dados antropométricos das gestantes.

Variável (n=11)	Média (DP)
Altura	1,63 (0,05)
Peso	102,97 (30,32)

Fonte: Próprio autor.

*DP = Desvio padrão.

Foram encontrados valores médios para o diagnóstico de DMG, como glicemia de jejum 117mg/dL e TOTG 140,8mg/dL (Tabela 3). Mulheres sem o diagnóstico de DM preexistente, mas que apresentem glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL devem receber o diagnóstico de DMG, enquanto que mulheres que apresentem glicemia de jejum normal (< 92 mg/dL) devem ser submetidas ao TOTG entre 24 e 28 semanas de gestação e as que apresentem glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL, glicemia ≥ 180 mg/dL uma hora após a sobrecarga e/ou glicemia ≥ 153 mg/dL duas horas após a sobrecarga devem receber o diagnóstico de DMG (SBD, 2018).

Tabela 3- Exames laboratoriais e clínicos de gestantes.

Variável (n=11)	Média (DP)
Glicemia de jejum	117 (41,99)
TOTG	140,8 (29,12)

Fonte: Próprio autor.

*TOTG = Teste oral de tolerância a glicose. DP = Desvio padrão.

Os dados apresentados na Tabela 4, obtidos através de anotações do prontuário e da caderneta da gestante, demonstram informações relevantes a respeito dos antecedentes familiares, sendo encontrados 40% (n=4/10) para DM1 e DM2, 42,85% (n=3/7) para hipertensão arterial (HAS) e 18,18% (n=2/11) para presença de DMG.

O conhecimento prévio sobre o antecedente familiar da gestante, especialmente aqueles de parentesco de primeiro grau, pode indicar um fator de risco ou prevenção para a gestação atual. Caso haja presença de fatores de risco, como por exemplo DM2, há 68% a mais de chance de a gestante desenvolver DMG. Logo, se torna imprescindível investigar de modo criterioso os antecedentes familiares e a história pregressa à gestação para assim intervir precocemente (DETSCH et al., 2011; BARBOSA, 2018).

Tabela 4- Antecedentes familiares de gestantes.

Variável (n=11)	N (%)
DM	4/10 (40%)
HAS	3/7 (42,85%)
Possui DMG na família	2/11 (18,18%)

Fonte: Próprio autor.

*DM = Diabetes Mellitus. HAS=Hipertensão Arterial Sistêmica. DMG= Diabetes Mellitus Gestacional. N= Número amostral.

Quatro gestantes (n=4/11) apresentaram nível de escolaridade Ensino Médio completo, enquanto apenas uma gestante (n=1/11) apresentou Ensino Fundamental incompleto (Tabela 5). Segundo Mendoza-Sassi et al. (2007) a baixa escolaridade pode ocasionar menor aderência ao seguimento do tratamento terapêutico e falha no cuidado pessoal, além de dificultar o ingresso nas atividades da área da saúde. Sobre o estado civil, todas as participantes eram casadas ou moravam no mesmo domicílio com o cônjuge. De acordo com Marin e Piccinini (2009) a presença do companheiro na gestação de alto risco pode auxiliar a companheira de modo a amenizar os sentimentos de ansiedade, incerteza e medo trazidos pela gestação com DMG, possivelmente ajudando a situação a ser encarada com apoio familiar.

Analisando os parâmetros Empregatício e Renda Familiar na Tabela 5, nota-se que apenas uma gestante (n=1/11) trabalhava e que a renda familiar das gestantes teve alta variação. De acordo com Costa et al. (2015) a baixa condição socioeconômica pode interferir de modo negativo no tratamento dessa doença em questão, como por exemplo na compra de alimentos saudáveis para auxiliar no controle glicêmico.

Verificando novamente a Tabela 5, é possível observar que a maioria das gestantes (n=8/11) se autodeclararam brancas, enquanto duas gestantes (n=2/11) se autodeclararam pretas e uma gestante (n=1/11) parda. No Brasil existe grande miscigenação de etnias e consequentemente variação de hábitos culturais e alimentares. Apesar de não haver relação descrita na literatura entre o DMG e etnia e/ou hábito alimentar cultural, o Ministério da Saúde do Brasil (2014) apresenta a fundamental necessidade em manter alimentos regionais e preparações típicas de modo a respeitar a cultura e a história alimentar da gestante e de sua

família, levando em consideração as dimensões de gênero e etnia (DODE et al., 2009; PENA, 2005; REICHELTL et al., 2002).

Tabela 5- Características sociodemográficas das gestantes.

Variável (n=11)	Classificação	N (%)
Escolaridade	Ensino Médio Incompleto	3/11 (27,27%)
	Ensino Médio Completo	4 /11(36,36%)
	Ensino Superior Completo	1 /11(9,09%)
	Ensino Superior Incompleto	2/11 (18,18%)
	Ensino Fundamental Incompleto	1/11 (9,09%)
Estado Civil	Casada ou morando no mesmo domicílio	11/11 (100%)
Empregatício	Trabalha	1/11 (9,09%)
	Não trabalha	10/11 (90,90%)
Renda familiar	Entre 1 a 2 salários mínimos	2/11 (18,18%)
	Superior a 3 salários mínimos	2/11 (18,18%)
	Entre 2 a 3 salários mínimos	1/11 (9,09%)
	Não desejo declarar	3/11 (27,27%)
	Inferior a 1 salário mínimo	1/11 (9,09%)
	Igual a 1 salário mínimo	2/11 (18,18%)
Etnia	Branca	8/11 (72,72%)
	Preta	2/11 (18,18%)
	Parda	1/11(9,09%)

Fonte: Próprio autor.

*N= Número amostral.

O questionário semiestruturado aberto foi respondido por onze gestantes com DMG participantes do estudo. Todas as respostas obtidas foram descritas no material suplementar. Foram selecionadas frases que representaram o conhecimento geral do grupo para discussão.

Analisando as perguntas como “Qual é o seu entendimento sobre o DMG?”, “O que é o diabetes mellitus gestacional para você?” e “Defina com uma palavra qual é o sentimento em relação ao diabetes mellitus gestacional.”, foram transcritas abaixo respostas que representaram a visão geral do grupo:

Magnólia: “Então, é um ponto de interrogação. Não sei. Já ouvi falar mas não sei se é do organismo ou minha culpa. Não pode comer açúcar.”

Girassol: “Não sei.”

Dama da noite: “Medo.”

Comparando essas respostas com a literatura, é possível observar que esse desconhecimento sobre o DMG também foi encontrado no estudo de Costa et al. (2015), o qual mostrou que das 17 gestantes participantes, 9 destas apresentavam desconhecimento ou não compreendiam o DMG. Logo, se torna indispensável realizar ações de educação contínua para maior entendimento sobre essa doença e a partir disso melhorar a adesão ao tratamento.

Tal desconhecimento pode gerar vários sentimentos como medo, conforme foi relatado por Dama da Noite, contudo se torna necessário acompanhamento psicológico para acolher essa demanda e auxiliar no processo de entendimento e aceitação da doença (COSTA et al., 2015; MUNDIM, 2011).

Quanto às perguntas como “Você acha que o diabetes mellitus gestacional apresenta algum risco para você e para o bebê? E se sim, qual?”, e “Você acha que existe algum tratamento para o diabetes mellitus gestacional? E se sim, qual?”, foram obtidas as seguintes respostas, respectivamente:

Dama da noite: “Sim, a médica disse que o DMG poderia passar para o bebê.”

Dália: “Sim, medicação, insulina e dieta alimentar.”

Em relação a resposta da pergunta “Você acha que o diabetes mellitus gestacional apresenta algum risco para você e para o bebê? E se sim, qual?”, é preocupante identificar na fala de Dama da Noite que uma profissional da área da saúde passe uma informação errada ou mal interpretada e o potencial impacto dessa informação no psicológico de gestantes com DMG, o que reforça a necessidade de melhor comunicação entre profissionais da saúde para com as gestantes (RIJKEN et al., 2008; ARAÚJO et al., 2013; NASCIMENTO, 2013). Segundo Sabino et al. (2017) e SBD (2018) as complicações para a mãe e o bebê são, respectivamente, maior predisposição ao desenvolvimento de hipertensão arterial, DM2 após gestação e para o bebê há maiores chances de complicações neonatais, como por exemplo, macrossomia, hipoglicemia, icterícia, dentre outras, mas não diabetes para o recém-nascido.

Comparando com a literatura, foi possível identificar o entendimento na resposta da Dália sobre “Você acha que existe algum tratamento para o diabetes mellitus gestacional? E se sim, qual?”, pois segundo Weinert et al. (2011) e SBD (2018) o tratamento do DMG consiste em prescrição de dieta individualizada, fornecimento de orientações específicas e prática de exercício físico, respeitando as contraindicações obstétricas. Caso esse tratamento inicial não seja eficiente para que as metas glicêmicas sejam alcançadas, inicia-se o tratamento medicamentoso.

Quanto a pergunta “Você recebeu informações acerca do diabetes mellitus gestacional quando foi diagnosticada pelo (a) médico (a)?”, encontrou-se a seguinte resposta:

Margarida: “Não, vamos controlar a diabetes gestacional com a alimentação e se der certo, medicamento também.”

A falta de informação quanto ao diagnóstico e as complicações do DMG podem afetar a adesão ao tratamento assim como a relação com essa doença e aspectos psicológicos (SCHMALFUSS, 2011; NASCIMENTO, 2013).

Nesse sentido foram feitas as perguntas “Como você se sente em relação ao diabetes mellitus gestacional?”, “O que você sentiu quando descobriu que tinha o diabetes mellitus gestacional?”, “Porque você acha que teve esses sentimentos?”, sendo obtidas as seguintes respostas, respectivamente:

Rosa: “Culpada, constrangida. Poderia ter evitado essa situação. Descobri a gravidez com 5 meses e já estava com diabetes gestacional, a médica não me encaminhou para o alto risco por isso agravou e a médica não disse que o diabetes gestacional tava alto. Fui encaminhada para cá há 1 mês.”

Gardênia: “Preocupação, medo e chateada.”

Altéia: “Porque quando descobri a gestação, a gente espera que seja tranquilo e quando descobre que tem alguma coisa por exemplo o diabetes gestacional, a gente fica ansiosa e preocupada.”

Segundo os estudos de Pessoa et al. (2006) e de Santos (2003), 35% das gestantes diagnosticadas com DMG apresentaram depressão e 30% apresentaram quadro de ansiedade. Santos (2003) relatou ainda que 20% das gestantes de seu estudo apresentaram ansiedade e depressão juntas. Além disso, de acordo com Nascimento (2013) e Rijken et al. (2008), diante da gestação de alto risco e do impacto psicológico das gestantes com DMG, se torna importante haver um apoio, acompanhamento e orientação multiprofissional de modo que a linguagem assim como as estratégias educativas sejam oferecidas de forma acessível e compatível com a realidade, entendimento e compreensão das gestantes.

CONCLUSÃO

Através da pesquisa em questão foi possível conhecer os perfis das gestantes com DMG atendidas no setor de Maternidade do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus (HUSF), assim como o entendimento e a percepção dessas mulheres sobre o DMG. Além disso, foi possível identificar que apesar dessas gestantes apresentarem alguns dos fatores de risco (idade gestacional, glicemia de jejum, TOTG e antecedentes familiares), o conhecimento sobre o DMG é falho ou inexistente, interferindo negativamente na percepção delas sobre essa doença.

Logo, se torna necessário que haja uma assistência de pré-natal de maior qualidade com acompanhamento e orientação multiprofissional, buscando efetuar ações educativas precisas que contemplem os aspectos sociais, culturais, socioeconômicos e psicológicos para que assim haja maior entendimento e melhor percepção das gestantes sobre o DMG.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). **Standards of medical care in diabetes**. Diabetes Care, v. 40, p. 1-131.2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Disponível em: <http://www.diabetes.org/>. Acesso: 28 out. 2019.

ARAÚJO, M. F. M. et al. **Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.66, n.2, p.222-227. 2013.

ATKINSON, M. A.; EISENBARTH, G. S.; MICHELS, A. W. **Type 1 diabetes**. The Lancet. Lancet Publishing Group, p.69-82. 2014.

BARBOSA, M.L. **Conhecimento de mulheres sobre o diabetes mellitus gestacional**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Maranhão. 2018. 66p.

BRANCHTEIN, L. et al. **Short stature and gestational diabetes in Brazil.** Brazilian Gestational Diabetes Study Group. *Diabetologia*, v.43, p.848-851. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, p. 156, 2014.

BOLOGNANI, C.V.; SOUZA, S.S.; CALDERON, I. M.P. **Diabetes mellitus gestacional- enfoque nos critérios diagnósticos.** *Comunicação em ciências da saúde*, v. 22, p. 31-42. 2011.

COSTA, R. C. et al. **Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes.** *Revista Saúde (Santa Maria)*, v.41, n.1, p.131-140. 2015.

DETSCH, J.C.M et al. **Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional.** *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 55, p.389- 398.2011.

DODE, M.A.S.O.; SANTOS, I, A. **Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.5, p. 1141- 1152. 2009.

DODE, M.A.S.O.; SANTOS, I.S. **Fatores de risco não clássicos para diabetes mellitus gestacional: uma revisão sistemática da literatura.** *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, supl. 3, p. 341-359. 2009.

HOLLANDER, M.H.; PAARLBERG, K.M.; HUISJES, A.J. **Gestational diabetes: a review of the current literature and guidelines.** *Obstet Gynecol Surv*, v. 62, n. 2, p.125-36. 2007.

IDF - INTERNATIONAL FEDERATION DIABETES. **IDF diabetes atlas.** 8ª edição. 2017. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. The National Academies Press, 2009.

METZGER, B.E. et al. **International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy.** *Diabetes Care*,v. 33,3, p. 676-682.2010.

LAO, T.T. et al. **Maternal age and prevalence of gestational diabetes mellitus.** *Diabetes Care*, v. 29,4, p.948-949.2006.

KHINE, M.L.; WINKLESTEIN, A.; COPEL, J.A. **Selective screening for gestational diabetes mellitus in adolescent pregnancies.** *Obstetrics and Gynecology*, v. 93, p. 738-742.1999.

MARIN, A.; PICCININI, C. A. **Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura.** *Psico. Rio Grande do Sul*, v.40, n.4, p.422-429. 2009.

- MARTINS, R.F.; SILVA, J.P.L. **Prevalência de dores nas costas na gestação.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.51, n.3, p.144-147. 2005.
- MENDOZA-SASSI, R.A. et al. **Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v.23, n. 9, p. 2157-2166. 2007.
- MOURA, E. R. F.; EVANGELISTA, D. R.; DAMASCENO, A. K. DE C. **Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 22–29. 2012.
- MUNDIM, R.A.S. **Sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras de diabetes mellitus.** Revista de Biotecnologia & Ciência, v. 2, n. 1, p. 62-82. 2011.
- NASCIMENTO, S.N. **Conhecimento e autocuidado em mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional.** Dissertação de Mestrado (Cuidado e Administração de Saúde). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo – ES. 2013.
- NETA, F. A.V. et al. **Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 5, p. 823-831.2014.
- OLIVEIRA M.I.V. et al. **Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional.** Rev Rene, v.10, n.4, p. 28-36. 2009.
- PADILHA, P. C. et al. **Terapia nutricional no diabetes gestacional.** Revista de Nutrição, v. 23, n.1, p. 95-105.2010.
- PENA, S.D. **Reasons for banishing the concept of race from Brazilian medicine.** História, Ciência, Saúde-Manguinhos, v. 12, n.2, p. 321- 346. 2005.
- PESSOA, S.M.F; PAGLIUCA, L.M.F; DAMASCENO, M.M.C. **Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com Diabetes Gestacional.** Revista de Enfermagem da UERJ, v.14, p. 463-469.2006.
- REICHELT, A. J.; OPPERMAN, M. L. R.; SCHMIDT, M. **Recomendações da 2ª. Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez.** Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia, v. 46, n. 5, p. 574-581. 2002.
- REZENDE, A. A. O. **Elaboração e validação de um questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com diabetes mellitus gestacional.** Dissertação – UFSCAR. São Carlos, 2018.

RIJKEN, M. et al. **Supporting self-management**. In: E. Nolte, M. McKee. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Berkshire: Open University Press, p.116-142. 2008.

RUDRA, C.B. et al. **Weight characteristics and height in relation to risk of gestational diabetes mellitus**. *American Journal Epidemiology*, v.165,3, p. 302-308. 2007.

SABINO, K. C. V. et al. **Gestantes portadoras de diabetes mellitus: características e vivências durante a gestação**. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 20, n.3, p.1. 2017.

SADEGHI, L. et al. **Tamil migrant women's perception of a transcultural dietetics tool for the counseling of gestational diabetes patients**. *Acta Portuguesa de Nutrição*, v. 8, p. 28-32. 2017.

SANCHEZ-LARIOS, S. et al. **Diabetes Gestacional. Comportamiento de los factores de riesgo en población mexicana**. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. 46,6, p. 659-662.2008.

SANTOS, L. P. **Ansiedade e Depressão associadas ao diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.25, n.7. 2003

SCHMALFUSS, J.M. **Mulheres com Diabetes Mellito Gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela. Dissertação**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011. 64p.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: AC Farmacêutica. 2016.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)**. São Paulo: Editora Clanad. 2017.

WEINERT, L. S. et al. **Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar**. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 55, n. 7, p. 435-445. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy: a World Health Organization Guideline**. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v.103,3, p. 341-363.2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation**. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. World Health Organization. 1999.

Publicado em 18/08/2021