



ISSN: 2230-9926

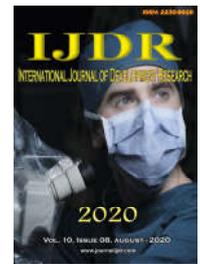
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 08, pp. 39085-39090, August, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19693.08.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

O CONHECIMENTO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM DIABETES SOBRE OS POSSÍVEIS RISCOS MATERNS E FETAIS

¹Roseane Solon de Souza Oliveira, ^{2,*}Viviane Cordeiro de Queiroz, ³Alexsandra de Luna Freire Holanda, ⁴Viviane Michele da Silva, ⁵Neirilanny da Silva Pereira, ⁶Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro and ⁷Eva Porto Bezerra

¹Enfermeira Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Pós-graduanda em Urgência e Emergência com UTI pelo Centro de Formação CEFAPP. João Pessoa - PB - Brasil

²Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica. João Pessoa - PB - Brasil

³Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - PB - Brasil.

⁴Enfermeira. Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Docente do Curso Técnico de Enfermagem da Escola São Vicente de Paula. João Pessoa - PB - Brasil

⁵Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar pela Universidade Gama Filho. Enfermeira do Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros. João Pessoa - PB - Brasil

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - PB - Brasil

⁷Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - PB - Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th May 2020

Received in revised form

28th June 2020

Accepted 11th July 2020

Published online 26th August 2020

Key Words:

Diabetes Mellitus,
Diabetes Gestacional,
Ansiedade, Gestação.

*Corresponding author:

Viviane Cordeiro de Queiroz

ABSTRACT

Objetivou-se averiguar o conhecimento de mulheres com diabetes que desejam engravidar, sobre os possíveis riscos maternos e fetais associados ao diabetes *mellitus* descompensado. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que foi realizada em uma unidade de saúde da família em município do nordeste brasileiro, com 10 mulheres. Os resultados apontaram para um percentual de 100% das entrevistadas serem portadoras de diabetes tipo 2. A faixa etária se fixou dos 36 a 45 anos 80%, sendo dos 26 aos 35 anos, correspondente a 20%. Em relação a escolaridade, 80% estudaram até o ensino fundamental, 10% ensino médio, e 10% com ensino superior. Os discursos mostraram que ainda há pouca informação no que concerne aos riscos maternos fetais no decorrer de uma gestação com diabetes. Logo, apresentam dúvidas em relação à complexidade da doença, uma vez que não valorizam as orientações repassadas pelos profissionais. Em relação ao controle glicêmico, o discurso encontra-se em consonância com a literatura pertinente. Conclui-se a necessidade de conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nesta área sobre as especificidades dos cuidados pré-concepcionais em mulheres portadoras de diabetes *mellitus*, dos riscos maternos e fetais e das estratégias utilizadas por esses profissionais para informar as usuárias.

Copyright © 2020, Roseane Solon de Souza Oliveira et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Roseane Solon de Souza Oliveira, Viviane Cordeiro de Queiroz, Alexsandra de Luna Freire Holanda et al. "O conhecimento de mulheres em idade fértil com diabetes sobre os possíveis riscos maternos e fetais", *International Journal of Development Research*, 10, (08), 39085-39090.

INTRODUCTION

Diabetes *mellitus* (DM) gestacional é definido como uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que ocorre durante a gestação atual, e não tem critérios diagnosticados com diabetes *mellitus* franco.

Este é o distúrbio metabólico mais comum na gestação. A gestação é um fenômeno fisiológico que geralmente progride sem intercorrências. Contudo, em alguns casos, ela pode vir a acarretar riscos tanto para a saúde materna quanto para o desenvolvimento, como também para a saúde fetal. O diabetes *mellitus* gestacional (DMG) é uma das classificações do DM,

como sendo uma resistência a glicose, a descoberta se dá no início da gestação, durante o segundo ou terceiro trimestre. A gestação tende-se a ser hiperinsulinêmica que é caracterizado pela redução à insulina, que é explicada pela existência de hormônios diabetogênicos, como a progesterona, o cortisol, a prolactina e o hormônio lactogênico placentário (MAGANHA, 2015). É nesse período que ocorre alterações hormonais do metabolismo dos carboidratos. Assim, no primeiro trimestre, ocorre a utilização da glicose pelo feto, ocasionando a hipoglicemia em jejum, resultando em uso mínimo da insulina. Além disso, os níveis de alguns hormônios antagonistas da insulina aumentam na gestação. O desenvolvimento fetal depende do suporte de nutrientes materno. A grande demanda ocasiona uma sobrecarga metabólica para a mãe. Então essa glicose passa para o feto pelo processo de difusão facilitada. A insulina e outros hormônios que regulam a glicose não passam para o feto através da placenta, pois o metabolismo fetal é regulado pela insulina produzida pelo pâncreas fetal. A glicemia aumenta nas mulheres com diabetes e passa imediatamente para a circulação fetal estimulando a secreção de insulina do feto, essa glicose aumentada levará à macrossomia fetal (GOLBERT; MACHADO, 2015).

Quando gestações ocorrem sem o devido planejamento, presume-se que os cuidados voltados à pré-concepção (clínicos e educativos) não foram realizados, aumentando as chances de morbidades maternas e fetais. Quando esse desfecho acontece em mulheres já afetadas por uma doença crônica, como é o caso de mulheres com diabetes mellitus (DM), os riscos se tornam maiores (MOURA; EVANGELISTA; DAMASCENO, 2014). O monitoramento do diabetes *mellitus* pré-gestacional requer a prevenção de malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e às demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez, destacando distúrbios vasculares, retinopatia, nefropatia, macrossomia fetal, sofrimento respiratório fetal, polidrâmnio e cetoacidose. Assim, a concepção em mulheres com diabetes mellitus deve ter atenção desde a pré-concepção, pois o controle metabólico nas primeiras semanas de gestação é fundamental à organogênese (MOURA; EVANGELISTA; DAMASCENO, 2014). Cada vez mais, os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG ganham destaque durante a atenção pré-natal, pois esta é uma doença que apresenta altos índices de prevalência. Aproximadamente 7% de todas as gestações no mundo são complicadas pelo diabetes que ocorre na gravidez, resultando em mais de 200.000 casos por ano e representando 90% dos casos dessa doença. A prevalência pode variar de 1 a 14%, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados (SCHNEIDER *et al.*, 2014).

Diante do crescente aumento do Diabetes *Mellitus* mundialmente e do diabetes gestacional, evidenciados pelos estudos analisados, bem como a partir das observações realizadas em períodos de estágios curriculares em unidades de saúde da família e na rede hospitalar, pode-se observar o impacto que o diabetes gestacional gera na gestante acometida, na família e nos serviços de saúde, além dos gastos que o tratamento da doença gera aos cofres públicos, despertou-me o interesse em aprofundar os conhecimentos acerca dessa temática (GOLBERT; MACHADO, 2015). É fundamental que o cuidado prestado à mulher com DMG seja rigoroso, tendo em vista todas as complicações e efeitos adversos que a patologia pode acarretar à saúde materno-infantil. Dessa forma, a fim de contribuir para a melhoria da assistência pré-

natal e dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG, logo, emergiu a seguinte questão: Qual o nível de conhecimento de mulheres com diabetes que desejam engravidar sobre os possíveis riscos maternos e fetais associados ao diabetes *mellitus* descompensado? Para tanto, este estudo objetivou: averiguar o conhecimento de mulheres com diabetes em idade fértil sobre os possíveis riscos maternos e fetais associados ao diabetes *mellitus* descompensado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município do Conde – PB. A população do estudo foi composta por mulheres com diabetes que são atendidas nas unidades de saúde da família do município do Conde - PB, em seguida a amostra foi constituída por 10 dessas mulheres que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos, terem diabetes e que estivessem cadastradas no planejamento familiar das unidades de saúde, por fim, aceitarem participar do estudo voluntariamente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado com questões objetivas referentes aos dados que caracterizam a situação social dos participantes do estudo e questões subjetivas referentes aos objetivos propostos. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2019, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa – (CEP), da FACENE/FAMENE sob CAAE 24097619.0.0000.5179. Os dados foram analisados num enfoque qualitativo, sendo agrupados e distribuídos em forma de quadros e discutidos à luz da literatura pertinente através da análise do discurso do sujeito coletivo proposta por Lefrève & Lefrève (2006).

RESULTADOS

O perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa foi que todas eram portadoras de diabetes tipo 2, (60%) com companheiro, (40%) sem companheiro. A faixa etária se fixou dos 36 a 45 anos (80%), sendo dos 26 aos 35 anos (20%). Em relação à escolaridade, (80%) estudaram até o ensino fundamental, (10%) ensino médio, e (10%) com ensino superior. No que se refere à renda mensal bruta, todas recebem de 01-02 salários mínimos. Das entrevistadas, observou-se que (80%) possuem ensino fundamental. Em relação ao estado civil, destacam-se as com companheiro, e, quanto à faixa etária, observou a predominância de mulheres com idade entre 36 a 45 anos, seguida daqueles entre o intervalo de 26 a 35 anos. No que diz respeito às questões abertas, os dados indicaram a construção de cinco quadros que abordaram as questões relacionadas ao conhecimento de mulheres com diabetes, em idade fértil, acerca dos possíveis danos materno fetais. O quadro 1 revela duas ideias centrais: “de forma natural” e “uma preocupação a mais”, a partir das respostas em relação ao questionamento “como a senhora lida com o diabetes no seu cotidiano?”. O quadro 2 revela a ideia central “muitos problemas”, a partir das respostas em relação ao questionamento: “a senhora sabe que problemas pode ter durante sua gestação, caso não faça o controle adequado da glicemia?”. A ideia central 2 mostra um Discurso do Sujeito Coletivo com pouco conhecimento em relação aos problemas advindos do mau controle glicêmico no período gestacional, uma vez que o discurso fala de uma maneira genérica das

Quadro 1 Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Como a senhora lida com o Diabetes no seu cotidiano?”

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
De forma natural	“[...] Da forma mais natural possível. Como é uma coisa que eu não vejo, não vejo como uma preocupação, não sei se eu “tô” pecando por isso, né? “mais” eu não vejo como uma preocupação... [...] eu não penso não, só evito açúcar, faço a dieta direitinho e pronto. Porque se pensar é pior... [...] eu sou hipertensa, se botar as coisas na cabeça é pior. Nem me importo com isso. Eu lido direitinho, uma coisa que é “pro” dia a dia, aí não interfere nada não... [...] eu tento fazer de tudo. Fazer o máximo de viver aquele momento. Ela não me faz medo. Ela não me assusta... [...]”
IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Uma preocupação a mais	“[...] Não dá vontade de nada... só vontade de deitar, só ver cama, fico lá com dormência nas “perna”, “as mão” fica dormente, tontura... dá tudo de “rim”, dá vontade de chorar, “disgosto” da vida. Aí as meninas “diz”: tome remédio mainha, fica tudo pegando no meu pé pra tomar o remédio pra controlar, né? Ai começo a chorar sozinha dentro de casa com “disgosto”... [...] assim... tem que comer “as coisa” que não tenha açúcar “pa” manter ela normal. Assim, uma preocupação a mais né? Porque não é muito bom né? tem que “ta tomamo” aquele remédio... [...]... meio complicado, porque a gente tem que tá na dieta, eu falo por mim né? no meu caso, meu marido desempregado e eu não tenho muitas opções pra comer, então eu como aquilo que dá pra eu ter no momento, porque quando eu tinha alguma coisa assim da dieta comia, também quando eu não tinha eu comia que era “cuscuí”, comia arroz, tinha macarrão tinha que comer, nem toda hora tinha as coisa da dieta... o necessário que era uma batata, uma batata doce, uma macaxeira, um inhame, entendeu? então é assim... [...]”

FONTE: Pesquisa Direta, 2019.

Quadro 2 Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “A senhora sabe que problemas pode ter durante sua gestação, caso não faça o controle adequado da glicemia?”

IDEIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Muitos problemas	“... [...] eu sei que, é... como é que diz? Tem muitas “causa”, “né?” Por causa da diabete “né?”, é cegueira, que o povo fala, é inchaço, a pessoa fica muito assim... “sentino” dormência “nas mão”, e “senti” muita vontade de comer coisa doce, né isso?... [...] dá um “problema”, “as vez” o bebê nasce com “problema”, “as vez” as mulheres tem “problema” durante a gestação também... [...]”

FONTE: Pesquisa Direta, 2019.

Quadro 3 Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “A senhora sabe que problemas pode ocasionar ao bebê durante a gestação, caso o controle do Diabetes não seja adequado?”

IDEIA CENTRAL 3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Muitos riscos	“... [...] Muitos riscos. A obesidade, também é o maior fator que a criança nasce muito com obesidade, as vezes a gente diz: não, o menino nasce muito gordo, mas se você tá com a diabete o risco daquela criança é maior... [...] porque o bebê ela falou assim que se a gente não “coisar” direito o bebê fica gordo e ai pode nascer com problema de cegueira, “né”?... [...] Sei, que a minha agente de saúde fala muito sobre isso, e pode até “matá tombem, né?” a criança nascer com “poblema” por causa da diabete.
IDEIA CENTRAL 4	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Não sei	“... [...] Não, eu não sei lhe dizer, infelizmente não... Não sei responder não. E não ouvi falar... Não. Não “vô” dizer que sei, porque não sei. Sei que a mulher quando tá grávida pode ter diabetes. O bebê acho que pode ficar com diabetes também. Mais não sei não.

FONTE: Pesquisa Direta, 2019.

Quadro 4 Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Durante as consultas do planejamento familiar, quando a senhora refere que deseja engravidar, sendo portadora de Diabetes, o que os profissionais de saúde lhe orientam?”

IDEIA CENTRAL 5	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Cegueira, amputação, dieta, atividade física	“... [...] Ele disse que “pra” mim, que eu “pudia” engravidar “mai” que eu me cuidasse, “né”? Primeiro que eu tivesse cuidado porque já aconteceu da segunda podia acontecer da outra, “né”? Mas isso graças a Deus “tô” tentando regular... [...] O que eu escuto é que posso ficar cega, posso ficar surda, que eu posso amputar uma perna, posso passar a tomar insulina... [...] Falam pra “mim me cuidar”, tomar os remédios, pra não comer tantas comidas. Até ontem fui “pro” nutricionista, que passou umas dietas, até ontem minha glicemia “tava” 150. Ele passou a dieta, embora eu não tenha dinheiro “pra” comprar, mais eu “tô” evitando tomar refrigerante, açúcar. Ele falou que eu não comesse bolo, pão, biscoito, mais as vezes eu como. Me orientam a fazer atividade física, “tô” fazendo zumba, vou voltar a caminhar... [...]”

FONTE: Pesquisa Direta, 2019.

Quadro 5 Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “A senhora sabe quais os parâmetros de um bom controle glicêmico no período gestacional?”

IDEIA CENTRAL 6	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
De 60 a 92 mg/dL	“... [...] Eu faço o acompanhamento direto, todo dia fazia o teste do sangue, 3 vezes por dia eu faço, aí variava muito, dependendo de alguma coisa que eu comesse. Sei que é até 92 ml/dL, não podia passar a mais que isso, podia dar mais baixa, mas alta não, de jeito nenhum. Menina meus dedos ficavam calamidades, mais eu fazia. É uma luta, pense numa luta! Foi um sofrimento grande, eu via as coisas que não podia comer nada... [...] não podia baixar a de 70, de 60 “pra” baixo não podia, tinha que ser de 60 “pra” cima, até 80, “né”? ... [...] Acho que o nível é 100. Descontrolado é 200, 300 aí já “tá” descontrolada... [...]”

FONTE: Pesquisa Direta, 2019.

complicações advindas da descompensação do diabetes de uma forma geral, não do diabetes gestacional especificamente. No quadro 3 revela duas ideias centrais: “muitos riscos” e “não sei”, a partir das respostas em relação ao questionamento “A senhora sabe que problemas pode ocasionar ao bebê durante a gestação, caso o controle do Diabetes não seja adequado?”. Pode-se observar que há divergências nos discursos, uma vez que na ideia central 3, o discurso mostra o conhecimento de algumas complicações relacionadas ao bebê caso a gestante esteja hiperglicêmica, enquanto que a ideia central 4 mostra a falta de conhecimento em relação às possíveis complicações. Já no quadro 4 revela a ideia central “cegueira, amputação, dieta, atividade física”, a partir das respostas em relação ao questionamento: “Durante as consultas do planejamento familiar, quando a senhora refere que deseja engravidar, sendo portadora de Diabetes, o que os profissionais de saúde lhe orientam?”. A ideia central 5 mostra um Discurso do Sujeito Coletivo em consonância com a literatura pertinente. E o quadro 5 revela a ideia central “de 60 a 92 mg/dL”, a partir das respostas em relação ao questionamento: “A senhora sabe quais os parâmetros de um bom controle glicêmico no período gestacional?”. A ideia central 6 mostra um Discurso do Sujeito Coletivo em consonância com a literatura pertinente.

DISCUSSÃO

Sabe-se que, para mulheres, o principal fator de risco para o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 e de síndrome metabólica é o antecedente obstétrico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Considerando o período gravídico-puerperal, é possível a ocorrência de hiperglicemia tanto em mulheres já sabidamente diagnosticadas como portadoras de DM previamente a gestação quanto em gestantes sem esse diagnóstico prévio. Nesse contexto, a hiperglicemia durante o ciclo gravídico-puerperal constitui um relevante problema da atualidade, não só pelo risco de piores desfechos perinatais e de desenvolvimento de doenças futuras, como também pelo aumento de sua prevalência, em decorrência da epidemia de obesidade que tem sido observada em vários países. A proporção de óbitos é ligeiramente maior em mulheres do que em homens (OPAS, 2016). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, o grupo em que mais aumentam os casos da doença são as mulheres adultas. No Brasil, a tendência se confirma: nos últimos dez anos, o público feminino com diabetes passou de 6,3% para 9,9%. Os dados nacionais são da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), divulgada pelo Ministério da Saúde (PERES; FRANCO; SANTOS, 2008).

O relacionamento conjugal é considerado fundamental para o bem-estar social e psicológico das pessoas, satisfazendo as necessidades emocionais básicas do ser humano, contribuindo para a superação das dificuldades, na saúde e na qualidade de vida. Retratando a família como apoio, satisfação pessoal, interação social, favorecimento na saúde física e mental, o que pode contribuir para a redução do estresse e depressão (SILVA, *et al.*, 2012). Ainda como agravante, observa-se a baixa escolaridade, que pode dificultar a aprendizagem, pois, à medida que aumenta a complexidade da terapêutica para o diabetes, o paciente necessita de habilidades cognitivas mais complexas para compreender o tratamento instituído e aderir a ele, mantendo, assim, o seu controle glicêmico. Corroborando com tal questão, pessoas que não tiveram acesso à educação, possuem maior risco de desenvolver as complicações advindas

da descompensação do diabetes (FERREIRA; FERREIRA, 2009). Sabe-se que o custo do tratamento do diabetes envolve gastos elevados, uma vez que mudanças no estilo de vida tornam-se necessárias, além dos elevados gastos com insumos e medicamentos para controle adequado da doença. O poder aquisitivo dos portadores de diabetes é um fator predominante para o controle da doença, pois quanto menor o poder aquisitivo, menor as condições e acesso as informações e a uma dieta saudável (ELIZANGELA, 2016). A partir do momento em que a pessoa com diabetes se conscientiza sobre sua condição, as estratégias de enfrentamento para conseguir lidar com o diabetes são fundamentais e construídas por ela com o intuito de manter o diabetes controlado e facilitar o manejo da doença. Ainda definem o enfrentamento como um processo, ou seja, à medida que as alterações nas respostas emocionais e cognitivas vão acontecendo, a pessoa é capaz de reinterpretar a situação que provoca estresse e, assim, formular novas maneiras de enfrentamento (MANÇÚ; ALMEIDA, 2015). Adaptar-se a uma doença crônica não transmissível envolve diversas mudanças nos hábitos que interferem na vida cotidiana dos indivíduos, o que parece ser algo extremamente penoso e difícil. Receber o diagnóstico de uma doença crônica, como o diabetes, desperta diversos sentimentos, reações emocionais e fantasias que precisam ser conhecidas e compreendidas pelos profissionais de saúde. Tais sentimentos como negação da doença influenciam os níveis glicêmicos, e, frequentemente, pode ocorrer comprometimento na qualidade de vida da pessoa com diabetes, provocado por limitações funcionais, diminuição na motivação em seguir o tratamento e acaba dificultando o controle glicêmico (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

O tratamento do diabetes na gestação visa principalmente diminuir a taxa de macrosomia fetal que significa bebês que nascem com o peso elevado, filhos de mães diabéticas, evitar a queda de açúcar no sangue (hipoglicemia) do bebê ao nascer e diminuir a incidência de cesariana. Para tal é necessário o acompanhamento com o nutricionista durante toda a gestação e principalmente compromisso com a alimentação. A saúde da mamãe e do bebê devem ser observadas diariamente (JUSTO, 2019). Mulheres com DMG têm um risco aumentado de desenvolverem pré-eclâmpsia (de 10 a 30%) quando comparadas àquelas com tolerância normal à glicose (de 5 a 7% de risco). Além disso, DMG aumenta substancialmente a chance de desenvolver diabetes após o parto, de acordo com alguns estudos mostrando que este risco é de aproximadamente 40% após um período de seguimento de 10 anos (ABI-ABIB *et al.*, 2014). As mulheres gestantes portadoras de DMG são classificadas como grávidas de risco, pois o agravo representa altos índices de morbidade, além de proporcionar maiores chances para intolerância à glicose, o que pode acarretar mais riscos de essas mulheres desenvolverem DM2 após a gravidez (ELIZÂNGELA *et al.*, 2016). A diabetes gestacional (DG) é definida por uma anomalia da tolerância aos hidratos de carbono diagnosticada ou detectada pela primeira vez durante a gravidez, resultando em graus variáveis de hiperglicemia materna. Esta entidade foi associada a várias complicações obstétricas e perinatais, particularmente a macrosomia fetal, parto traumático e complicações hipertensivas. Estas complicações podem ser prevenidas através de estratégias de intervenção que incluem as não-farmacológicas (alterações do estilo de vida, incluindo dieta e exercício físico) e as farmacológicas (insulina e/ou antidiabéticos orais) (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

A hiperglicemia presente no DMG poderá estar presente no momento da organogênese fetal, aumentando substancialmente o risco de malformações congênitas. Estas são observadas em 6 a 12% dos filhos de mães diabéticas. As anomalias congênitas mais comuns são as cardíacas, esqueléticas e neurológicas, sendo a síndrome de regressão caudal de 250 a 600 vezes mais frequente em filhos de mães diabéticas. A macrossomia fetal, definida quando o peso do recém-nato é maior que 4 kg na gestação a termo ou maior que o percentil 90 para a idade gestacional, é a manifestação mais característica. É observada em até 30% dos casos e pode predispor a traumas obstétricos e distorcia de ombro. A hiperinsulinemia fetal, que resulta do diabetes materno, é um fator importante no crescimento fetal excessivo (ABI- ABIB *et al.*, 2014).

O crescimento fetal é influenciado positivamente pelo estado nutricional materno. As anormalidades nos padrões do crescimento fetal resultam em recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG) ou pequenos para idade gestacional (PIG). Ambos apresentam maiores riscos de agravos na saúde, tais como: baixos índices de APGAR, aspiração de mecônio, convulsões, complicações respiratórias, hospitalização prolongada e sequelas que poderão surgir em longo prazo, incluindo a obesidade, hipertensão arterial e síndrome metabólica (BONFIM; LIMA, 2017). Outros fatores maternos além da hiperglicemia, como obesidade e concentração sérica de aminoácidos e lipídeos, também influenciam o peso fetal. Filhos hiperinsulinêmicos de mães diabéticas possuem um risco aumentado de hipoglicemia após o parto. Outras complicações neonatais relacionadas ao DMG são hiperbilirrubinemia, a hipocalcemia, o retardo de crescimento intrauterino, a policitemia e a síndrome de angústia respiratória. Estudos demonstram que indivíduos expostos ao diabetes materno (tipo 1, 2 ou DMG) intraútero têm aumento do risco de obesidade e intolerância à glicose na infância e no início da vida adulta (ABI-ABI-ABIB *et al.*, 2014).

A assistência pré-natal, quando realizada com qualidade, poderá proporcionar melhores resultados na assistência ao parto. Portanto, a realização de ações educativas, além das assistenciais, no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, pois é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Tais problemas poderão ser prevenidos e controlados através do pré-natal durante toda a gravidez. No caso específico da diabetes *mellitus* gestacional, quando ela é diagnosticada precocemente é possível fazer o tratamento adequado durante a gestação e prevenir complicações, pois a mulher acometida por DMG enfrenta diversos problemas durante o seu período gravídico (BONFIM; LIMA, 2017). Gestantes com diagnósticos de diabete devem receber orientação dietética individualizada, necessária para atingir as metas do tratamento. A dieta deve conter os nutrientes essenciais para o adequado desenvolvimento do concepto. A quantidade de calorias deve ser baseada no índice de massa corporal (IMC), na frequência e na intensidade de exercícios físicos, bem como no padrão de crescimento fetal, visando ao ganho de peso adequado. A distribuição recomendada do conteúdo calórico deve ser individualizada mantendo as seguintes proporções: 40 a 45% de carboidratos; 15 a 20% de proteínas (no mínimo 1,1

g/kg/dia); 30 a 40% de gorduras. A dieta também deve ser planejada e distribuída ao longo do dia, objetivando-se evitar episódios de hiperglicemia, hipoglicemia ou cetose. Em geral, é necessário fracionar a ingestão alimentar em três refeições grandes e três pequenas. A ceia tem grande importância, em especial para mulheres que fazem uso de insulina (BRASIL, 2019). A atividade física no diabetes mellitus gestacional tem como objetivo principal diminuir a intolerância à glicose, através do condicionamento cardiovascular, diminuição da gordura intra-abdominal, aumento do fluxo sanguíneo em tecidos sensíveis à insulina e redução dos ácidos graxos livres. São contraindicações à prática do exercício físico, a ruptura de membranas, trabalho de parto pré-termo, doença hipertensiva na gestação, crescimento fetal restrito, sangramento, gestação múltipla e diabetes descompensado (VIEIRA *et al.*, 2014). O controle metabólico durante a gravidez é considerado adequado quando se verificaram valores de glicemia em jejum entre 60 e 90 mg/dL e de glicemia pós-prandial (após uma hora) entre 100 e 120 mg/dL. Nos casos em que estes objetivos não foram atingidos em uma a duas semanas através de medidas dietéticas e exercício físico, deve-se ensinar terapêutica com insulina (FERREIRA; FERREIRA, 2009). O controle glicêmico durante a gravidez é considerado ótimo quando os valores de glicemia pré-prandial encontram-se entre 65 e 95 mg/dL, com pico 1 hora pós-prandial até 140 mg/dL. Em mulheres com risco aumentado de hipoglicemia, esses alvos devem ser aumentados para um valor de glicemia de jejum de até 99 mg/dL e, ao deitar-se ou entre 2 e 4 horas da madrugada, de 80 até 120 mg/dL. Os índices de glicemia pós-prandial de 1 hora após o início das refeições são os que proporcionam os melhores valores dos picos pós-prandiais avaliados pelo monitoramento contínuo de glicose. O uso de monitoramento contínuo da glicose pode estar indicado nos casos de gestantes com grande variabilidade (BRASIL, 2017).

Deve-se oferecer às gestantes com diabetes um programa de educação conduzido por equipe multiprofissional. As consultas precisam ser direcionadas para o cuidado do diabetes, além de incluir toda a rotina pré-natal básica. O controle glicêmico deve ser avaliado a cada 1 ou 2 semanas pelo médico assistente ou por um membro da equipe multiprofissional. Nas pacientes com controle glicêmico inadequado e nas hipertensas, os testes para avaliação do bem-estar fetal devem ser antecipados e realizados em intervalos menores de tempo, uma vez que o risco de morte fetal é proporcional ao grau de hiperglicemia materna e mais frequente em gestantes com complicações vasculares (BRASIL, 2019).

Conclusão

A presente pesquisa mostrou que, apesar de algumas das entrevistadas apresentarem um pouco de conhecimento sobre os riscos maternos e fetais, outra parte das entrevistadas desconhece esses riscos, apesar de todo o esforço dos profissionais de saúde em manter as atividades voltadas para esse público. Este dado reflete a carência de informações oferecidas a essas pacientes pelo serviço de saúde. Faz-se necessário orientar todas as mulheres no tocante aos riscos aos quais estão expostas, o que poderá contribuir para a adesão destas aos cuidados antes e durante a gestação. O estudo também mostrou que, algumas das participantes, no que diz respeito ao diagnóstico, não se sensibiliza com o fato de ser portadora de diabetes gestacional, mostrando uma certa resistência ao tratamento adequado na prevenção de complicações.

Nota-se que essa doença não só acarreta danos do ponto de vista metabólico, como também desestabiliza o indivíduo psicologicamente, levando a não aceitação da patologia, ou fazendo buscar por essa ajuda quando estiver instável. Este é outro fator que enfraquece a qualidade do atendimento à saúde. No que diz respeito ao conhecimento sobre os riscos maternos e fetais, as mulheres com DM apresentaram conhecimento limitado. A proposta do modelo assistencial atual, pautada na promoção da saúde, considera o direito do usuário à informação, de tal forma que seja este o elemento fundamental à tomada de decisões. Assim, existe a necessidade da formação e atuação dos profissionais de saúde em conformidade com o modelo de política de saúde vigente, comprometidos com a democratização do saber em saúde e com o desenvolvimento de potencialidades da clientela. Diante do exposto, indaga-se acerca do conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nesta área sobre as especificidades dos cuidados pré-concepcionais em mulheres portadoras de diabetes *mellitus*, dos riscos maternos e fetais e das estratégias utilizadas por esses profissionais para informar as usuárias, questionamentos que ficam como sugestões para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

- ABI-ABIB, R. C., *et al.* Diabetes na gestação. Rev. HUPE, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.41-48, 2014.
- BONFIM, J. D., LIMA, C. B. Diabetes mellitus gestacional: contribuição do enfermeiro no pré-natal. Rev. Temas em saúde, João Pessoa, v.17, n.4, 2017.
- BRASIL. Diabetes (diabetes mellitus): Sintomas, Causas e Tratamentos, 2013. Disponível em; <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes>. Acesso em 16 de Mai de 2019.
- BRASIL. Diretrizes sociedade brasileira de diabetes. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em 16 de Mai de 2019.
- ELIZÂNGELA, G., *et al.* Diabetes Mellitus Gestacional: uma revisão da literatura. Rev.Científica FacMais, Volume V, Número 1. Ano 2016/1º Semestre. ISSN 2238-8427.
- FERREIRA, C. L. R. A., FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Rev. Arq. Bras. Endocrinol Metab., v. 53, p. 80-86, 2009.
- GOLBERT, A., GOLBERT, M. B., MACHADO, V. Diabetes e gestação. Endocrinologia e diabetes. 3.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2015.
- JUSTO, G. F. Diabetes gestacional. [Internet] Disponível em: <http://www.anutricionista.com/diabetes-gestacional.html>. 2019. Acesso em: 28 de nov de 2019.
- LEFEVRE, F., LEFEVRE, A. M.C. O sujeito coletivo que fala. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, p. 517-524, 2006.
- MAGANHA, C.A *et al.* Tratamento do diabetes melito gestacional. Rev. Da associação médica brasileira, São Paulo, v.49, n.3, p 330-334, fev, 2015.
- MANÇÚ, T. S., ALMEIDA, O. S. C. Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. Rev. Enferm UFPE on line, Recife, v.10, n.3, p. 1474-1482, abr, 2016.
- MOURA, E. R. F., EVANGELISTA, D. R., DAMASCENO, A. K. C. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. Rev. da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.46, n.1, p. 22-29, 2014.
- OPAS. 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. Brasília, DF: OPAS, 2016.
- PÉRES, D. S; FRANCO, L. J; SANTOS, M. A. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. Rev Latino-am Enfermagem 2008 janeiro-fevereiro; v.16, n.1. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 20 de nov. de 2019.
- SCHNEIDER, J.M., *et al.* Diabetes mellitus gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. Rev. Cogitare Enferm. V.19, n.4, p. 815-822, Out/Dez, 2014.
- SILVA, R. S., *et al.* Atividade física e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 1, n. 15, p.115-120, jan., 2012.
- VIEIRA N. F. A *et al.* Avaliação do perfil e cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Rev. Rene. 2014 set-out; v.15, n.5 p. 823-831.
