

Percepção da gestante sobre o diabetes mellitus gestacional

Pregnant women's perception of gestational diabetes mellitus

Percepción de la diabetes mellitus gestacional en las mujeres embarazadas

Recebido: 14/09/2022 | Revisado: 11/10/2022 | Aceitado: 17/10/2022 | Publicado: 21/10/2022

Ednalva da Silva Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4375-0616>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: ednalvadasilvaferreira@gmail.com

Angra Camila Alves Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1554-4767>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: angracalvespereira@gmail.com

Cynthia Daniella Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2804-5027>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: cynthiadaniellabarbosa@gmail.com

Yanca Curty Ribeiro Christoff Ornelas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5003-387X>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: yancacurt@gmail.com

Neuriene Queiroz da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7447-9438>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: neurieny@gmail.com

Luana Oliveira Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8224-5292>
Faculdades Santo Agostinho, Brasil
E-mail: luanaoliveiramartins@gmail.com

Davidson Gonçalves Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3014-0923>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: davidson.gsoares@gmail.com

Thamires Dias de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8352-5982>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: thamiresdiasdecarvalho2013@gmail.com

Weslane Almeida Cavalcanti Magalhães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7037-3572>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: weslanea@gmail.com

Bruno de Pinho Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1515-8877>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: brunophelp@hotmail.com

Fernando Lucas Freitas Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2974-4866>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: fernandolucasfreitasrocha@gmail.com

Brenda Cristina Rodrigues de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8942-7382>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: brendacrodriguesalmeida@gmail.com

Sylmara Corrêa Monteiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4546-336X>
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: scmenfermagem9@gmail.com

Resumo

Introdução: o Diabetes que acomete mulheres na gestação é denominado diabetes mellitus gestacional, que corresponde à intolerância aos carboidratos em variados graus de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. Objetivo: conhecer a percepção de gestantes sobre a diabetes mellitus gestacional. Métodos: trata-se de um estudo de análise qualitativa e o referencial teórico-metodológico adotado foi à fenomenologia. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Resultados: as

participantes possuíam idade entre 35 e 36 anos, eram domésticas e múltiparas. Observou-se que havia dúvidas sobre a doença em si e as gestantes não sabiam os riscos e nem as complicações que a doença poderiam causar. Entretanto, a maioria se preocupou com o que poderia acontecer e apresentaram comportamentos positivos em relação à saúde, inclusive em relação à dieta, para evitar complicações futuras. Considerações finais: a percepção das gestantes em relação à doença impactaram nos seus comportamentos e hábitos de saúde e necessidade de informações frente a visão negativa da doença.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Diabetes gestacional; Gravidez.

Abstract

Introduction: Diabetes that affects women during pregnancy is called gestational diabetes mellitus, which corresponds to carbohydrate intolerance in varying degrees of intensity, diagnosed for the first time during pregnancy and may or may not persist after delivery. **Objective:** to know the perception of pregnant women about gestational diabetes mellitus. **Methods:** this is a qualitative analysis study and the theoretical-methodological framework adopted was phenomenology. Data were collected through semi-structured interviews. **Results:** the participants were between 35 and 36 years old, were domestic and multiparous. It was observed that there were doubts about the disease itself and the pregnant women did not know the risks or complications that the disease could cause. However, most were concerned about what could happen and presented positive behaviors in relation to health, including in relation to diet, to avoid future complications. **Final considerations:** the perception of pregnant women in relation to the disease impacted on their behaviors and health habits and the need for information in view of the negative view of the disease.

Keywords: Diabetes Mellitus; Gestational diabetes; Pregnancy.

Resumen

Introducción: La diabetes que afecta a las mujeres durante el embarazo se denomina diabetes mellitus gestacional, que corresponde a la intolerancia a los carbohidratos en diversos grados de intensidad, diagnosticada por primera vez durante el embarazo y puede o no persistir después del parto. **Objetivo:** conocer la percepción de las gestantes sobre la diabetes mellitus gestacional. **Métodos:** se trata de un estudio de análisis cualitativo y el marco teórico-metodológico adoptado fue la fenomenología. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** los participantes tenían entre 35 y 36 años, eran domésticos y múltiparos. Se observó que había dudas sobre la enfermedad en sí y las mujeres embarazadas no conocían los riesgos o complicaciones que la enfermedad podía causar. Sin embargo, la mayoría se mostró preocupada por lo que podría suceder y presentó comportamientos positivos en relación con la salud, incluso en relación con la dieta, para evitar complicaciones futuras. **Consideraciones finales:** la percepción de las mujeres embarazadas en relación con la enfermedad impactada en sus comportamientos y hábitos de salud y la necesidad de información ante la visión negativa de la enfermedad.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Diabetes gestacional; Embarazo.

1. Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas. A hiperglicemia crônica está associada ao dano em longo prazo, como: disfunção e insuficiência de vários órgãos, especialmente dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

Estima-se que, no ano de 2030, existirá uma população de 300 milhões de pessoas sofrendo de diabetes no mundo, e que essa doença seja uma das principais causas de morte (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

As principais classificações do diabetes são: DM tipo 1, DM tipo 2 e Diabetes Gestacional. A apresentação do DM tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2 (Brasil, 2013).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) corresponde à intolerância aos carboidratos em variados graus de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. Os seus fatores de risco são: idade superior a 35 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez, gordura abdominal excessiva, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, baixa estatura ($\leq 1,51m$), crescimento fetal excessivo, hipertensão

ou pré-eclâmpsia, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (São Paulo, 2011). Estudos recentes reportam que o DMG está associado à resistência insulínica e/ou à insuficiência das células beta pancreáticas em suprir a demanda de insulina do organismo (Maruichi, et al., 2012).

Na segunda metade da gestação há um aumento da resistência à insulina (RI) como resultado de uma adaptação fisiológica, mediada pelos hormônios placentários antiinsulínicos para garantir o aporte adequado de glicose ao feto. Entretanto, mulheres que engravidam com algum grau de RI, como aquelas com sobrepeso, obesidade central e síndrome de ovários policísticos, tem esse efeito potencializado nos tecidos periféricos. Logo, há maior necessidade fisiológica de produção de insulina, e a incapacidade do pâncreas em responder a RI favorece a hiperglicemia na gravidez, o que causa o DMG (Dias, et al., 2013).

É necessário que os profissionais de saúde que farão o acompanhamento a essas mulheres compreendam como o DMG afeta o estado psicossocial da gestante, e que devido a essas repercussões, saibam organizar o cuidado e contribuir para planejamento de programas de intervenção que tenha como objetivo ajudar a gestante neste período de mudanças e acontecimentos vivenciados. Para a população em geral e em especial para as famílias dessas gestantes é preciso demonstrar como o DMG interfere no estado emocional da mulher, sendo assim necessário valorizar os aspectos subjetivos envolvidos na gravidez de risco.

Esse estudo possibilitará a compreensão das experiências vivenciadas pelas mulheres com DMG, pois traz conhecimento sobre sua percepção frente à nova condição física e disfuncional, o que pode facilitar o tratamento. Afinal, os profissionais da saúde, que fazem o acompanhamento dessa gestante precisam estar preparados para prestar o acolhimento, desenvolver estratégias para ajudá-las a enfrentar essa situação, facilitando assim o cuidado e conseqüentemente diminuir as complicações que o diabetes traz. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção de gestantes sobre a diabetes mellitus gestacional.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, e o referencial teórico-metodológico adotado foi à fenomenologia, que permite descrever em profundidade a experiência humana e construir seu significado por meio do diálogo intensivo, neste caso, com mulheres com diagnóstico de DMG (Araújo, et al., 2013).

Para realização deste estudo foi realizado um levantamento de dados de todas as gestantes cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um município localizado no Norte de Minas Gerais – Brasil.

Os critérios de inclusão adotados foram: gestantes diagnosticadas com DMG e que aceitem a visita dos pesquisadores e como critério de exclusão: mulheres com diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 ou outro tipo especial. No período de coleta de dados havia 08 gestantes diabéticas cadastradas na UBS, porém 03 se mudaram e 01 não aceitou participar da pesquisa. O agendamento do grupo focal foi feito na UBS, com o consentimento das enfermeiras das equipes.

Convites individuais foram entregues pessoalmente às participantes da pesquisa com uma semana de antecedência. No local e data agendados compareceram 02 participantes, que foram informadas sobre o objetivo, procedimentos da pesquisa, e sobre o sigilo ao preservar qualquer informação sobre as participantes. As demais entrevistas foram realizadas em domicílio com as outras 02 participantes seguindo a mesma metodologia utilizada anteriormente. Para isso foram identificadas na pesquisa por G1 G2, G3 e G4, o que garante o anonimato.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e de observação das participantes. A entrevista semiestruturada continha três perguntas norteadoras: Como foi para você descobrir que tem diabetes gestacional? Você tem dificuldade em controlar as taxas glicêmicas? Como é conviver com o diabetes no dia a dia? E, a partir destas perguntas surgiram informações pertinentes à pesquisa.

A entrevista teve início com a discussão sobre o diabetes gestacional e suas principais complicações, que foram as maiores dúvidas das participantes. Em seguida foram feitas as perguntas norteadoras, essas perguntas forneceram os dados sobre a reação de cada gestante ao ser diagnosticada com DMG. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra.

A análise dos dados foi realizada por meio da organização das entrevistas transcritas, e das observações pertinentes dos pesquisadores com apoio da análise de conteúdo de Bardin (2009). Após leituras dos relatos, optou-se por estruturá-los segundo categorias importantes relacionadas ao DMG com referências literárias. Os relatos das participantes foram transcritos sob a forma de narrativas, em que se observam sentimentos relacionados ao diagnóstico de DMG.

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e obteve aprovação para realização da pesquisa sob o parecer número 1.223.929. Todas as participantes assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido, autorizando a realização do estudo. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os padrões éticos exigidos e seguindo o que foi estabelecido no projeto.

3. Resultados e Discussão

As participantes possuíam idade entre 35 e 36 anos, o que representa um dos fatores de risco para DMG que é idade superior a 35 anos. São donas de casa e todas eram multíparas.

O diabetes na gestação estimula a produção exagerada de insulina, podendo acarretar deformidade no feto, aumento nas taxas de cesáreas, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, distúrbio respiratórios e aumento de óbito fetal intrauterino (Mundim, *et al.*, 2012). A hiperglicemia materna pode causar a hiperglicemia fetal e, portanto, aumentar a produção de insulina, o que favorece o crescimento exagerado do feto (Barbosa & Reis, 2012).

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 (Schmalfuss, *et al.*, 2014). No Brasil, em 2010, a prevalência de DMG em mulheres com mais de 20 anos de idade atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 7,6% (Brasil, 2010).

Todas as gestantes, independentemente de apresentarem fator de risco, devem realizar uma dosagem de glicemia no início da gravidez, antes de 20 semanas, ou tão logo seja possível. O rastreamento é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dl e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum \leq 85mg/dl, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação. Duas glicemias plasmáticas de jejum \geq 126mg/dl confirmam o diagnóstico de DMG, sem necessidade de teste de tolerância (Brasil, 2010).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o emprego do Teste Oral de Tolerância à Glicose – TOTG, com 75g de glicose (Teste de Tolerância à Glicose 75g – 2h) e com duas medidas da glicose plasmática, uma em jejum e outra 2h após a sobrecarga, os achados de dois valores alterados confirmam o diagnóstico. Um único valor alterado indica a repetição do TOTG 75g 2h na 34ª semana de gestação (Brasil, 2012).

Por meio do pré-natal faz-se o acompanhamento dessas pacientes sendo que os objetivos mais importantes das ações de saúde em DMG são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada por essa patologia (Brasil, 2010).

Além disso, as mulheres com DMG devem fazer a monitorização da glicemia em casa, a fim de garantir as metas do tratamento ao longo da gravidez. Quanto melhor o controle dos índices glicêmicos, através de dieta, exercícios físicos e

monitorização da glicemia, menor o risco de complicações, tanto para a gestante quanto para o bebê (Almeida, et al., 2020; São Paulo, 2011).

Assim como o DM2, o DMG é associado tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células- β , que são incapazes de satisfazer as necessidades orgânicas crescentes de insulina (Lira & Dimenstein, 2010).

Geralmente os sinais e sintomas da DMG são: visão borrada, fadiga, infecção frequente na bexiga, vagina e pele, polidipsia, poliúria, náuseas e vômitos, polifagia, perda de peso apesar do aumento de apetite, e cansaço (Correia, 2013).

Todas as gestantes entrevistadas apresentaram sintomas característicos do diabetes gestacional:

“[...] sentia cansada o tempo todo, dores nas pernas e muita fome.”. G1

“Eu estava sentindo um cansaço, tontura, boca seca demais, quando eu levantava de manhã estava com a boca toda branca e ressecada”. G2

“No início senti tonturas, sede toda hora e também muita vontade de comer doce”. G3

“Eu estava sentindo tontura, muita fome e muita sede”. G4

Por meio do pré-natal faz-se o acompanhamento dessas pacientes com o objetivo de controlar a glicemia e, consequentemente reduzir a morbimortalidade causada por essa doença (Brasil, 2010).

De acordo com os dados coletados, todas relataram pouco conhecimento sobre o DMG. O que gerou estresse emocional, pois as mulheres não sabiam dos danos que a diabetes poderia causar a ela e ao bebê.

“Fiquei com muito medo porque eu não conhecia, toda vez que eu ia para o hospital o médico dizia que era de alto risco”. G1

“Eu não sabia nada sobre o diabetes, tive muitas dúvidas de como a diabetes pode afetar minha filha. Até hoje não sei o que pode causar na criança”. G2

“Eu senti muito medo no início porque não sabia o que era a diabetes”. G3

G4 “Minha mãe teve diabetes gestacional, mas eu não sabia nada sobre a doença. O que podia causar em mim ou no meu filho”.

O apoio psicológico para a gestante e para a família é essencial para a aceitação da doença, pois muitas mães logo após o diagnóstico não sabem do que se trata essa doença e como enfrentá-la. Esse processo de conhecimento e aceitação da doença deve ser acompanhado por profissionais qualificados para dar todo o suporte necessário (Mundim, et al, 2012).

As gestantes entrevistadas expressaram sofrimento ao lembrar o momento do diagnóstico de DMG. Relataram medo do que poderia acontecer com os seus filhos e com sua própria saúde.

“Fiquei com muito medo quando o médico disse que o meu bebê poderia ter sequelas se eu não cuidasse”. G1

“Eu fiquei muito assustada e nervosa, fiquei com medo porque meus avós maternos morreram com diabetes”. G2

“Quando descobri que eu tinha diabetes fiquei sem chão. Achei que meus filhos poderiam morrer, e achei que eu não conseguiria chegar ao final da minha gestação. Tenho medo também dos meus filhos terem alguma doença e ser por minha culpa”. G3

“Sofri muito nessa gravidez. Tive um parto complicado e até hoje sofro muito por causa dessa doença”. G4

Durante a gestação, as pacientes com DMG devem seguir uma dieta adequada, com objetivo de proporcionar nutrientes necessários para a mãe e o filho, a fim de controlar a glicemia (Costa, *et al.*, 2013). Grande parte das participantes conseguiu controlar as taxas glicêmicas somente com a dieta.

“Eu comia de tudo mais era menos, sempre medi, mas nunca esteve muito alta porque consegui controlar com a dieta. Nunca precisei tomar nenhum remédio e nem a insulina”. G1

“Consegui controlar só com a dieta e ficava medindo. Pela manhã ficava normal e depois do almoço aumentava um pouquinho. Mas eu consegui controlar só com a alimentação.” G2

G3 “Quando soube que eu tinha diabetes passei a ler quais os alimentos que eu poderia comer e consegui controlar minha glicose somente com a dieta. Não gostava de comer somente coisas saudáveis, mas com o tempo acostumei a gostar. Hoje eu como arroz integral com gosto. Nunca fui de comer muito doce, mas no início da minha gravidez eu senti desejo de comer doce toda hora, mas quando fiquei sabendo o mal que eu poderia causar para os meus filhos, parei de comer e hoje não sinto falta”.

O tratamento do diabetes gestacional é importante para evitar a morbimortalidade materno fetal (Weinertl, 2011) e abranger pelo menos uma das seguintes abordagens:

Dieta: é crucial para o controle metabólico e deve ser adequado ao perfil dietético das grávidas diabéticas, sendo que a orientação dietética deverá ficar a cargo de um nutricionista. Está aconselhada uma ingestão calórica de cerca 30 kcal/kg/dia (dependente do peso desejável da gravidez, do trimestre da gestação e do grau de atividade física da grávida) e que será distribuída da seguinte forma: 50 a 60% de hidratos de carbono, 20% de proteínas (+/-200g/dia) e 20% de ácidos graxos (60mg/dia) dos quais menos de 10% deverão ser saturados. Devem ser evitados alimentos ricos em carboidratos de absorção rápida (sumo de fruta, pão), e substituídos pelos com alto teor em fibras, de forma a impedir a hiperglicemia pós-prandial a ingestão alimentar será dividida de maneira equilibrada pelas refeições diárias, sendo recomendada uma média de 6/7 refeições por dia (Correia, 2013).

Exercício Físico: o principal objetivo desta orientação é diminuir a resistência insulínica, proporcionando maior afinidade da ligação entre a insulina e o seu receptor nos tecidos periféricos. Desse modo, ocorre redução da gordura intra-abdominal, aumento na expressão de transportadores de glicose insulínica dependentes e na perfusão sanguínea, além de redução dos níveis de ácidos graxos livres. Contudo, é importante avaliar a frequência cardíaca materna e fetal, além da temperatura e pressão arterial da gestante (Maruichi, *et al.*, 2012).

Insulinoterapia: a insulina exógena ainda é o medicamento mais utilizado para tratamento do DMG, que deve ser administrada quando a dieta e o exercício não são suficientes para controlar adequadamente a glicemia materna (Coutinho *et al.*, 2010). A metformina poderá ser utilizada na DMG em mulheres que recusem insulinoterapia ou que apresentam marcada resistência à insulina (Torres, *et al.*, 2020; Maruichi, *et al.*, 2012).

Sendo assim, a finalidade do tratamento é prevenir ou minimizar as sequelas imediatas, e impedir o risco do neonato desenvolver diabetes e síndrome metabólica na infância (Coutinho, *et al.*, 2010; Martins, *et al.*, 2020).

O diabetes na gestação estimula a produção exagerada de insulina, podendo acarretar deformidades fetais, aumento nas taxas de cesáreas, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, distúrbios respiratórios e aumento de óbito fetal intrauterino (Mundim, *et al.*, 2012).

Das participantes que já tiveram filhos, todos tiveram alguma manifestação clínica relacionada ao DMG. Conforme pode ser visto nos relatos:

“Ganhei meu filho com 38 semanas. Ele nasceu gordinho, e o médico disse que era por causa do diabetes”. G1

“Ela nasceu bem grande e gorda, aí eu pensei na hora que a diabetes tinha passado para ela.”. G2

“Hoje ele tem 03 meses e está fazendo fisioterapia para tentar melhorar os movimentos”. G3

“Meu filho teve icterícia e precisou ficar em observação e tomar aquele banho de luz. Teve também alteração cerebral”. G4

O tratamento do diabetes gestacional é importante para evitar a morbimortalidade materno fetal (Weinertl, 2011). Verificou-se dificuldade na adoção ao tratamento inclusive sobre a dieta restrita.

“O que eu mais cortei de tudo foi o doce e comia pouca massa porque o médico me falou que eu tinha que tirar tudo de massa, aí eu falei meu Deus o que eu vou fazer”. G1

“Foi muito difícil ficar sem comer o que eu gostava, mas sempre pensei no bem que eu estava fazendo para minha filha” G2

“Sempre gostei muito de doce e antes de descobrir a gravidez eu estava viciada em doce. Queria comer toda hora. Até mandava meu filho mais velho comprar doce no mercado pra mim. Engordei muito durante a gestação e não consegui perder muito peso depois do parto”. G4

Diante do que foi relatado pelas participantes, o acompanhamento feito pela equipe multiprofissional foi adequado.

“Não tenho do que reclamar dos profissionais que me atenderam, todos prestativos e preocupados com a minha saúde e a do meu filho”. G1

“Meu pré-natal foi bem feito, até hoje não sei por que eu tive diabetes”. G2

“Quando descobri que eu tinha diabetes gestacional, a equipe da unidade me ajudou muito. Até o agente de saúde passava lá em casa toda semana para saber como eu estava”. G3

“Era muito difícil eu ir na unidade, aí quando eu descobri que estava com diabetes sempre ia alguém da unidade na minha casa para saber como eu estava. Fui encaminhada para o alto risco sempre e precisei ficar internada 4 vezes durante minha gravidez”. G4

No período gestacional, ocorrem alterações dos hábitos alimentares, estado emocional, padrões de atividade física, sensibilidade à insulina e produção de hormônios. Essas mudanças alteram o metabolismo de carboidrato e as necessidades de insulina, sendo estes também fatores que podem levar ao desenvolvimento de um dos estágios da DMG (Saunders, *et al*, 2010).

Para a gestante, o mau controle metabólico implica em maiores índices de abortos espontâneos, infecções, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), partos pré-termo e cesáreas e, após o parto esta mulher terá risco aumentado para desenvolver o DM tipo 2, assim o papel dos profissionais é importante para reduzir as chances desses desfechos (Farris, 2012; Retonde, *et al.*, 2022).

4. Considerações Finais

Segundo relatos das participantes da pesquisa, havia dúvidas sobre a doença em si. Não sabiam os riscos e nem as complicações que a doença poderia causar. Entretanto, a maioria se preocupou com o que poderia acontecer e apresentarem comportamentos e hábitos positivos frente à doença, inclusive em relação à dieta, para evitar complicações futuras.

Por ser uma doença que acomete um percentual importante de gestantes, o DMG precisa ser mais bem esclarecido durante o pré-natal e por meio de educação em saúde. Ao entender as dificuldades, a cultura e os hábitos de vida, o profissional contribuirá para amenizar a ansiedade e expectativas, e ainda ajuda a gestante na adesão ao tratamento. O acompanhamento a essas mulheres deve ser realizado também por meio de visitas domiciliares periódicas, pois, só assim o profissional de saúde saberá das necessidades que a gestante diabética encontra. Com base nos resultados encontrados, o diagnóstico da DMG na fase inicial ajuda a mulher a manter melhor qualidade de vida para ela e para o bebê até o final da gestação, reduzindo o risco de complicações.

Referências

- Almeida, P. T., Teixeira, Y., Barbosa, A. K. S., Lima, W. L., Fernandes, V. S., Junior, F. W. S. & Silva, R. F. (2020). Assistência nutricional e diabetes mellitus gestacional: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-11.
- Araújo, M. F. M., Pessoa, S. M. F., Damasceno, M. M. C. & Zanetti, M. L. (2013). Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 33(2), 222-227.
- Barbosa, V. L. P. & Reis, L. B. S. M. (2012). Acompanhamento nutricional na prevenção de complicações perinatais em gestantes com diabetes mellitus. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 23(1), 73-80.
- Brasil. (2013). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Gestação de Alto Risco: manual técnico*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Ministério da Saúde.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Correia, E. & Medina, M. L. (2013). *Cuidados de Enfermagem à Gestante com Diabetes Gestacional*. Universidade de Mindelo.
- Costa, F. A., Santos, N. C. & Mendonça, B. O. M. (2013). Consequências da diabetes gestacional no binômio mãe-filho. *Revista Faculdade Montes Belos (FMB)*, 6(1), 1-11.
- Coutinho, T., Coutinho, C. M., Duarte, A. M. B. R., Zimmermann, J. B. & Coutinho, L. M. (2010). Diabetes gestacional: como tratar? *Femina, Minas Gerais*, 38(10), 517-525.
- Dias, B. F., Braga, T. S., Santos, L. Z. Q. V. & Silva, M. G. A. (2013). Epidemiologia do Diabetes Mellitus Gestacional no ambulatório de alto risco do SUS em Araguaína - TO em 2013. *Revista Científica do ITPAC*, 7(3), 1-4.
- Farris, C. (2012). Diagnóstico e rastreamento do diabetes melito gestacional. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 41(1), 68-71.
- Lira, L. Q. & Dimenstein, R. (2010). Vitamina A e diabetes gestacional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 355-359.
- Maruichi, M. D., Amadei, G. & Abel, M. N. C. (2012). Diabetes Mellitus Gestacional. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa*, 57(3), 124-128.
- Martins, G. K. F., Carreli, G. Z., Ferreto, L. E. D., Dalmolin, B. L., Vandresen, D. F. & Vicentini, G. E. (2020). Prevalência e fatores associados ao diabetes mellitus gestacional em um serviço de alta complexidade. *Research, Society and Development*, 9(8), 1-16.
- Mundim, R. A. S., Santos, T. M. L., Lopes, F. L. R., Cruz, R. O., Santos, C. H., Lisboa, E. S. & Silva, M. C. (2012). Sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras de Diabetes Mellitus. *Revista de Biotecnologia e Ciência*, 2(1), 62-82.
- Retonde, D. G. O., Pinto, B. S. R., Pereira, G. C., Benicá, T. O. S. & Ramos, L. G. A. (2022). As competências do enfermeiro diante dos problemas gerados à saúde da mulher e da criança pela diabetes gestacional. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-12.
- São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (2011). *Manual de Orientação Clínica*.
- Saunders, C., Padilha, P. C., Lima, H. T., Oliveira, L. M., Queiroz, J. A. & Theme, M. L. M. (2010). Revisão da literatura sobre recomendações de utilização de edulcorantes em gestantes portadoras de diabetes mellitus. *Femina*, 38(4), 179-184.
- Schmalfuss, J. M., Prates, L. A., Azevedo, M. & Schneider, V. (2014). Diabetes Mellitus Gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. *Cogitare Enfermagem*, 19(4), 815-822.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2009). *Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus*.
- Torres E. C. E. P., Oliveira, J. C., Nunes, L. E., Neto, F. E. S. & Filho, R. D. O. (2020). Utilização do cloridrato de metformina no diabetes gestacional: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 9(9), 1-13.
- Weinertl, L. S., Silveiro, S. P., Oppermann, M. L., Salazar, C. C., Simionato, B. M., Siebeneichler, A. & Reichelt, A. J. (2011). Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 55(7), 1-7.