

O conhecimento das gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional em unidade de pré-natal no sul de Minas Gerais

The knowledge of pregnant about on gestational diabetes mellitus in a prenatal care unit in the south of Minas Gerais

Conocimiento de gestantes sobre diabetes mellitus gestacional en una unidad de atención prenatal en el sur de Minas Gerais

Marcos Cardoso Vieira **BORGES**¹
João Amorim de **SOUZA JÚNIOR**¹
Luiz Alberto Nunes **RIBEIRO**¹
Matheus Fernandes **RIBEIRO**¹
Paloma Codignole **OLIVEIRA**¹
Rafael Maia Silveira dos **REIS**¹
Ciderleia Castro de **LIMA**²

¹Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano- UNIFENAS/Alfenas-Brasil.

²Professores no Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano- UNIFENAS/Alfenas-Brasil.

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar o conhecimento das gestantes sobre Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e identificar os fatores de riscos. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, os dados foram coletados por meio de um questionário e submetidos a análise por meio do Microsoft Excel 2010. Para esse estudo, 17 gestantes acompanhadas pelo serviço de saúde, aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. Os resultados obtidos demonstraram que 88% das gestantes desconhecem sobre a DMG e suas implicações para o binômio mãe/filho. Desta forma, sugere-se a importância de intensificar os projetos com vista à promoção de saúde e prevenção dos agravos às gestantes com DMG a fim de diminuir a morbimortalidade materno-fetal.

Descritores: Gravidez; Fatores de risco; Diabetes Mellitus; Diabetes Gestacional.

Abstract

The aim of the study was to analyze the awareness of pregnant women about Gestational Diabetes Mellitus (DMG) and to identify risk factors. It was a quantitative, descriptive study, the data were collected through a survey and submitted to analysis by means of Microsoft Excel 2010. For this study, 17 pregnant women followed by the health service, accepted to participate in the research of Voluntarily. The results showed that 88% of pregnant women are not aware of DMG and its implications for both mother and child. Thus, it is suggested that importance of intensifying the projects to promote health and prevention of diseases to pregnant women with DMG in order to reduce maternal-fetal morbidity and mortality.

Descriptors: Pregnancy; Risk Factors; Diabetes Mellitus; Diabetes, Gestational.

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la diabetes mellitus gestacional (DMG) e identificar los factores de riesgo. Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, los datos fueron recolectados a través de un cuestionario y se sometieron a análisis usando Microsoft Excel 2010. Para este estudio, 17 mujeres embarazadas acompañadas por el servicio de salud, de acuerdo a participar en la investigación voluntariamente. Los resultados mostraron que el 88% de las mujeres embarazadas no son conscientes de la DMG y sus implicaciones tanto para la madre / hijo. Por lo tanto, se sugiere la importancia de intensificar los proyectos con miras a la promoción de la salud y la prevención de lesiones en mujeres embarazadas con DMG con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Descriptores: Embarazo; Factores de Riesgo; Diabetes Mellitus; Diabetes Gestacional .

INTRODUÇÃO

Para o entendimento e compreensão do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), a definição desse agravo deve ficar muito bem esclarecido, uma vez que trata de um distúrbio intenso de intolerância à glicose que engloba uma série de cuidados, incluindo o rastreamento, diagnóstico, monitoração e tratamento da patologia¹.

O desenvolvimento está relacionado com alguns fatores, dentre eles destacam-se as gestantes em idade de 35 anos ou mais, com sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, síndrome de ovários policísticos e baixa estatura – menor que 1,5m².

Em relação às condições do feto, o DMG está associado as possíveis morbidades decorrentes da macrossomia e, no neonato, a hipoglicemia, icterícia e sofrimento respiratório, além da policitemia e hipocalcemia³. Em longo prazo, as consequências da DMG decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de vários órgãos, como toxidade gravídica e óbito¹.

No período gestacional ocorrem importantes alterações hormonais. Dentre as alterações destaca-se a intolerância aos carboidratos associada a certo grau de resistência insulínica, a qual, em muitas gestantes, pode desencadear secreção de insulina aumentada como mecanismo de compensação do desequilíbrio. Entretanto, essa secreção compensatória não ocorre em todas as mulheres e algumas delas acabam por desenvolver as

elevações glicêmicas características da Diabetes gestacional⁴.

A incidência do DMG, segundo a American Diabetes Association⁵, corresponde a 4% das mulheres grávidas. Todavia, varia de 1% a 14% conforme a diversidade populacional. No Brasil estima-se que a incidência desse agravo é de 3% a 25% das gestações, esses dados podem ter variações conforme grupo étnico e do critério de diagnóstico utilizado. Vale ressaltar que 45% das mulheres com DMG evoluíram para a diabetes tipo 2 no prazo de até 12 anos. Além disso, 10% das gestantes com DMG possuem anticorpos anti-ilhotas, podendo significar uma forma latente de DM tipo 1⁶.

Neste contexto, o rastreamento do DMG deve ser realizado já na primeira consulta de pré-natal, por meio da pesquisa dos fatores de risco e da avaliação glicêmica inicial. Caso seja confirmado nos resultados em exames precoces, segue-se para o diagnóstico confirmatório, realizado normalmente entre a 24^a e 28^a semana gestacional⁶.

Com base nas implicações do DMG para o binômio mãe/filho, o objetivo do estudo é analisar o conhecimento das gestantes sobre DMG e identificar os fatores de riscos para o desenvolvimento deste.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritivo. A pesquisa foi realizada com gestantes assistidas em uma unidade básica de saúde (UBS), no município de Alfenas-MG. As participantes incluídas no estudo foram 17 gestantes residentes no município de Alfenas-MG e estavam sendo acompanhadas pela equipe da UBS.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento com questões estruturadas. Sua aplicação ocorreu após abordagem direta das gestantes e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados coletados foram tabulados e os resultados foram submetidos ao tratamento de maneira homogênea e ordenada. Desta forma, para a análise quantitativa utilizou-se o Microsoft Excel 2010 para calcular a frequência relativa, e os resultados expressos em gráficos, facilitando o entendimento e a interpretação.

RESULTADOS

Pelos dados verificou-se que a média da idade das mulheres grávidas entrevistadas foi de 20 a 40 anos, sendo 47% das gestantes casadas, 35% delas solteiras, 12% mantinham uma união estável e 6% delas não declararam seu estado civil. Em relação à etnia, 47% das gestantes se consideram brancas, 23% negras e 30% pardas.

Em relação ao nível de escolaridade, 23% possuem o ensino fundamental completo, 35% o ensino fundamental incompleto, 30% o ensino médio completo, 5% o ensino médio incompleto e, 5% ensino superior completo.

No que corresponde aos antecedentes pessoais e histórico familiar das gestantes, 27% não apresentavam alterações, 7% tinham sobrepeso/obesidade, 17% relataram ter parentes de 1^o grau com DM e 5% afirmaram ter síndrome do ovário policístico, ver figura 1.

Quanto ao número de gestações, foi verificado que 30% das mulheres estavam na primeira gravidez, 6% referiram casos de abortamento em gestações anteriores, 47% destacaram gestações anteriores sem alterações e 6% das gestantes relataram já ter apresentado alguma alteração durante a gestação anterior, entretanto, o bebê nasceu saudável.

Quanto ao conhecimento das gestantes sobre DMG, 12% delas declararam que sabiam as consequências desse quadro patológico, mas 88% informaram desconhecer os efeitos desse agravo para o feto e para a gestante.

Em relação ao conhecimento sobre os exames que devem ser realizados para detectar o DMG, 41% das gestantes compreendiam sobre a prática dos mesmos e 59% não sabiam quais eram exames a serem solicitados. Verificou-se ainda que 95% das gestantes não possuíam conhecimento sobre o tratamento realizado para tal agravo.

Os dados apresentados nas Figuras 1 e 2 mostram os fatores que podem levar ao desenvolvimento do DMG, bem como o conhecimento referido sobre as instituições que detectam a doença. No que se refere aos fatores de risco, 17% das gestantes relataram ter dislipidemia, doença caracterizada pela presença de níveis elevados ou anormais de lipídios, lipoproteínas ou ácidos graxos no sangue.

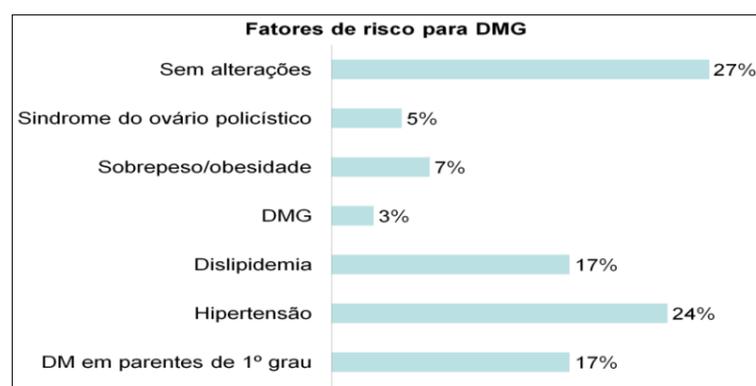


Figura 1: Representação percentual dos fatores de riscos para o DMG em gestante da unidade de pré-natal da cidade de Alfenas - MG, 2016/02.

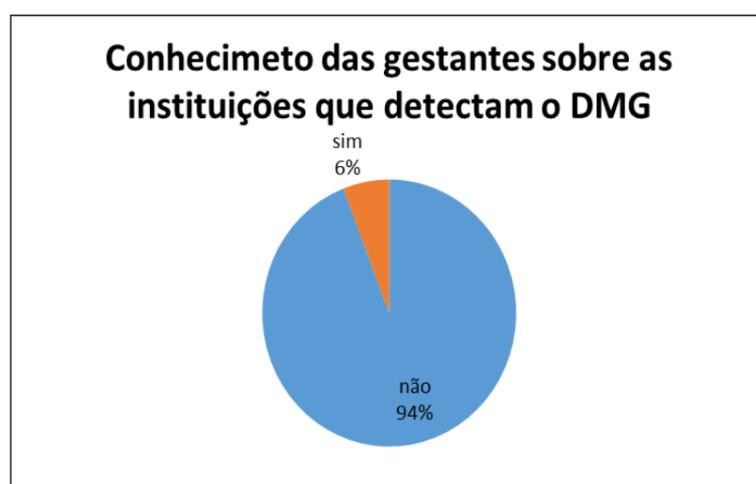


Figura 2: Representação percentual do conhecimento das gestantes sobre as instituições que detectam o DMG, da unidade de pré-natal da cidade de Alfenas - MG, 2016/02.

DISCUSSÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o DMG é uma intolerância à glicose de intensidade variável que se inicia durante a gestação atual. É a fisiopatologia mais prevalente na gestação acometendo em torno de 3 a 25% das gestações dependendo dos critérios diagnósticos, da população e grupos étnicos⁷.

Diante do estudo, as 17 gestantes avaliadas eram adultas e a média da idade variava entre 20 e 40 anos, sendo que idade inferior a 20 e superior a 35 anos é considerada fator de risco para o desenvolvimento da DMG⁷.

Ao considerar que as gestantes investigadas apresentam idade adulta, torna-se necessário reforçar a importância do planejamento de um programa educativo como estratégia de aprendizagem para o adulto sobre o

autocuidado, os exames a serem feitos e as mudanças comportamentais e dietéticas.

Das gestantes avaliadas, 88% demonstraram não conhecer o conceito de DMG, seus fatores de risco, as consequências e as morbidades para o binômio mãe/filho corroborando os resultados de outros estudos similares, como o estudo realizado no serviço básico mostrou que 64,6% dos 79 participantes de uma pesquisa detinham entendimento insatisfatório sobre o conhecimento do diabetes mellitus⁸.

Ademais, no presente estudo, 94% não sabiam as instituições que detectavam DMG. Além do que, 95% não sabiam quais eram as medidas de tratamento, indicando percepção insuficiente para a compreensão em relação ao autocuidado e prevenção da doença.

Também foi possível verificar que em relação à situação conjugal das gestantes, 47% eram casadas, 35% declararam-se solteiras e 12% mantinham união estável. Dados que corroboram com estudo realizado em 2006, de 52 pacientes diabéticos cadastrados no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária no interior do Estado de São Paulo, 68,5% declararam-se casados⁹.

Em relação à escolaridade, as participantes apresentaram baixo grau de instrução, 23% referiram ensino fundamental completo e 5% ensino superior completo. Nesse quadro é importante destacar que o nível de escolaridade pode interferir no manejo do agravo e adesão ao tratamento, constatando em estudo realizado com 55 portadores de diabetes em Ribeirão Preto, sendo que, 41% havia oito anos de estudo¹⁰.

No que corresponde aos fatores de risco, ressalta-se que uma elevada taxa de ácidos graxos na corrente sanguínea altera a afinidade da insulina pelos seus receptores tirosina - quinase de membrana, o que afeta a expressão de transportadores de glicose (GLUT'S) na membrana plasmática das células, diminuindo o influxo de glicose para o meio intracelular, levando ao quadro de hiperglicemia e intolerância à glicose¹¹.

Integrar mudanças no estilo de vida tais como a ingestão pobre em colesterol e em gorduras, concomitante com a realização de atividade física, contribui para diminuir as concentrações séricas de LDL colesterol e aumentar do HDL colesterol, importantes para o tratamento da dislipidemia¹².

Referente a hipertensão arterial, 24% confirmaram serem portadoras. A hipertensão pode agravar o desenvolvimento do DMG, uma vez que, tem potente mecanismo antagonista a ação da insulina, agravando o quadro de resistência à insulina, e conseqüentemente a hiperinsulinemia. Esta aumenta a concentração de noradrenalina na corrente sanguínea, estimulando o sistema nervoso simpático^{13,14}.

A estimulação do sistema nervoso simpático pode aumentar a pressão pela vasoconstrição periférica, aumentando o retorno venoso e elevação do débito cardíaco. Além disso, estimula a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) estimulando a reabsorção renal de sódio e água pela aldosterona e aumento da resistência periférica pela angiotensina II¹⁵.

Por mecanismos ainda não compreendidos, o excesso de mineralocorticoides, como a aldosterona, intensifica a sinalização de angiotensina II, prejudicando a utilização de glicose e vasoconstrição¹⁶.

Em relação ao fator ligado a alteração do peso, 7% das participantes relataram estar com sobrepeso/obesidade. Neste contexto é importante destacar que o SRAA também é

ativado em pessoas com sobrepeso ou obesas, devido o tecido adiposo visceral ter uma expressão mais elevada do RNAm do angiotensinogênio, em comparação ao tecido adiposo subcutâneo. As células de gordura também contêm receptores de angiotensina e capacidade de produzir os componentes do sistema renina angiotensina aldosterona¹⁷.

O DMG quando rastreado e identificado suscita da intervenção de uma equipe multiprofissional e deve ir além do pré-natal de risco habitual. As consultas devem ser direcionadas para o cuidado do diabetes, além de toda a rotina pré-natal básica¹⁸.

A avaliação do controle glicêmico deve ser feita a cada 1 ou 2 semanas pelo médico assistente ou por um membro da equipe multiprofissional.

Nas pacientes com diabetes pré-gestacional, é prioritário realizar uma ecocardiografia fetal entre a 24^a e a 28^a semanas da gravidez para avaliar o desenvolvimento das quatro câmaras do coração, sendo importante para visualizar a disfunção anatômica ou funcional do coração fetal¹⁹. Os objetivos da avaliação fetal são verificar a vitalidade no primeiro trimestre, a integridade estrutural no segundo trimestre e monitorar o crescimento e o desenvolvimento fetal no terceiro trimestre.

Ainda pode agravar a condição da gestante quando esta desenvolve a hipertensão com evolução para pré-eclâmpsia. A pré-eclâmpsia é definida pela presença de hipertensão arterial após a 20^a semana associada à proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria significativa, o diagnóstico pode ser baseado na presença de cefaleia, turvação visual, dor abdominal, trombocitopenia (menos que 100.000/mm³), elevação de enzimas hepáticas (o dobro do basal), comprometimento renal (acima de 1,1 mg/dl ou o dobro do basal), edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais, escotomas ou convulsão²⁰.

Ao investigar os antecedentes familiares, os dados encontrados em nossa pesquisa estão em consonância com a literatura que apontam a hereditariedade e as comorbidades como fator de risco, em que 17% das gestantes afirmaram ter parentes de primeiro grau com diabetes, sendo necessário o monitoramento durante o pré-natal por serem predispostas ao desenvolvimento do DMG.

Com relação aos antecedentes pessoais, os resultados coletados exibem que 6% delas já relataram casos de abortamento em gestações anteriores, 47% já se encontravam em outras gestações, referindo não ter tido nenhum tipo de alteração durante a gravidez e apenas 6% das gestantes relataram já ter apresentado alguma alteração durante a gestação anterior, entretanto, o neonato apresentou-se hígido.

Com isso, acredita-se ser necessárias medidas de prevenção e promoção em saúde voltadas a gestantes com risco para o DMG, e que a equipe multiprofissional adote estratégias direcionadas à identificação do risco individual com o reconhecimento das variáveis. Dessa forma, deve-se pensar em oferecer às pacientes diabéticas grávidas um programa de educação em diabetes que possam auxiliar na adesão terapêutica instituída para as gestantes atendidas nas Unidades de Saúde.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou retratar o perfil epidemiológico e clínico das grávidas e seu conhecimento em relação ao desenvolvimento e atenção ao DMG, permitindo maior conhecimento sobre as mulheres acometidas pela enfermidade. Diante da identificação do perfil das gestantes estudadas, vários foram os fatores de

risco levantados para o desenvolvimento do diabetes gestacional, em que 17% das gestantes apresentavam sobrepeso, 41% com histórico familiar de DM e 6% desenvolveram DMG em gestação anterior. No que tange a faixa etária, 18% tinham mais de 30 anos.

Nos relatos detectou-se que alguns pontos devem ser priorizados pelos profissionais de saúde atuantes na atenção à gestante, como trabalhar mais a educação permanente com vista a proporcionar o conhecimento das gestantes sobre as consequências do DMG, pois 60% informaram não saber o que essa doença pode causar ao feto e para a gestante. Isto é, não sabiam do quão nocivo o DMG pode ser para o feto se não for bem tratado e controlado.

Ademais, diante do diagnóstico de diabetes gestacional, muitas gestantes não sabiam a consequência do DMG e não mudaram seu estilo de vida para o controle glicêmico. Assim, nota-se a necessidade de uma assistência pré-natal de maior qualidade, não se limitando apenas em exames, mas também em aspectos psicológicos, familiares e antropológicos.

REFERÊNCIAS

1. Milech A, Oliveira JEP, Zajdenverg L, Rodacki M. Rotinas de diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro. AC Farmacêutica. 2014
2. Simon CY, Marques MCC, Farhat HL. Glicemia de jejum do primeiro trimestre e fatores de risco de gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(11):512-5.
3. Jacob TA, Soares LR, Santos MR, Santos LR, Santos ER, Torres GC et al. Diabetes mellitus gestacional: uma revisão de literatura. Braz J Surg Clin Res. 2014; 6(2):33-7.
4. Silva JC, Bertini AM, Ribeiro TE, Carvalho LS, Melo MM, Barreto Neto L. Fatores relacionados à presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(1):5-9.
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015: summary of revisions. Diabetes Care. 2015; 38(Suppl S4): doi: 10.2337/dc15-S003
6. Maruichi MD, Amadei G, Abel MNC. Diabetes mellitus gestacional. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2012; 57(3): 124-8.
7. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
8. Oliveira KCS, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):862-8
9. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(n spe):768-73.
10. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. São Paulo. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1):17-23.
11. The GW Medical Faculty ship.2015-2016 Annual Report.
12. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2016: Summary of Revisions. Diabetes Care. 2016; 39(Suppl 1):S4-5.
13. Anderson EA, Hoffman RP, Balon TW, Sinkey CA, Mark AL. Hyperinsulinemia produces both sympathetic neural activation and vasodilation in normal humans. J Clin Invest. 1991 ;87(6):2246-52
14. Rowe JW, Young JB, Minaker KL, Stevens AL, Pallotta J, Landsberg L. Effect of insulin and glucose infusions on sympathetic nervous system activity in normal man. Diabetes. 1981; 30(3):219-25
15. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 773-94
16. Stas S, Whaley-Connell AT, Sowers JR. Aldosterone and hypertension in the cardiometabolic syndrome. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10(2):94-6.
17. El-Atat F, Aneja A, Mcfarlane S, Sowers J. Obesity and hypertension. Endrinol Metab Clin N Am. 2003; 32(4):823-54.
18. Parikh CR, McCall D, Engelman C, Schrier RW. Congenital renal agenesis: case-control analysis of birth characteristics. Am J Kidney Dis. 2002; 39(4):689-94.
19. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet. 1998; 352(9131):837-53.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 9 – Hipertensão arterial na gestação. Arq Bras Cardiol. 2016; 3(Supl 3):47-52.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Luiz Alberto Nunes Ribeiro
luiz-alberto-0@hotmail.com

Submetido em 03/05/2017

Aceito em 14/06/2017