

DIABETES GESTACIONAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA COM ÊNFASE NO CONHECIMENTOS, ATITUDES E AUTOCUIDADOS

GESTATIONAL DIABETES: BIBLIOGRAPHIC REVIEW WITH EMPHASIS ON KNOWLEDGE, ATTITUDES AND SELF-CARE

MOHAMED KASSEM SAIDAH¹, TÁRIK KASSEM SAIDAH², PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA³, WALDEMAR NAVES DO AMARAL³

RESUMO

O objetivo deste estudo é trazer uma revisão bibliográfica atualizada sobre a diabetes gestacional do conceito ao diagnóstico e descrever a importância do conhecimento, atitude e autocuidado em gestante diabética. Diabetes gestacional é aquele diagnosticado durante a gravidez em uma paciente que não foi diagnosticada com diabetes antes da gravidez no qual chamamos de diabetes prévia. O diagnóstico é controverso, porém recomenda-se que por ocasião da primeira consulta pré-natal, todas as grávidas deverão ser submetidas a uma glicemia plasmática em jejum. A falta de consciência, atitudes negativas e práticas inadequadas de autocuidado entre pacientes diabéticos, são algumas das variáveis importantes que influenciam a progressão do diabetes e suas complicações, as quais são amplamente evitáveis através da educação e do envolvimento do paciente. O diabetes gestacional está associado a graves doenças maternas, fetais e neonatais. O pré-natal é uma oportunidade para mulheres grávidas para receber orientações, elas devem ser informadas sobre os seus cuidados com a saúde, a importância de exercícios regulares, ajuste da dieta e adequação a tomada de medicamentos melhorando assim os conhecimentos, atitudes e autocuidado em gestantes diabéticas. A literatura sobre conhecimento, atitude e autocuidado sobre o DMG em mulheres grávidas é escassa.

PALAVRAS-CHAVE: DIABETES GESTACIONAL, CONHECIMENTO, AUTOCUIDADO, ATITUDES.

ABSTRACT

The aim of this study is to bring an updated bibliographic review on gestational diabetes from concept to diagnosis and describe the importance of knowledge, attitude and self-care in diabetic pregnant women. Gestational diabetes is one diagnosed during pregnancy in a patient who was not diagnosed with diabetes before pregnancy in what we call prior diabetes. The diagnosis is controversial, but it is recommended that on the occasion of the first prenatal consultation, all pregnant women should be subjected to fasting plasma glucose. Lack of awareness, negative attitudes and inappropriate self-care practices among diabetic patients are some of the important variables that influence the progression of diabetes and its complications, which are largely preventable through education and patient involvement. Gestational diabetes is associated serious maternal, fetal and neonatal diseases. Prenatal care is an opportunity for pregnant women to receive guidance, they should be informed about their health care, the importance of regular exercise, dietary adjustment and suitability for taking medications, thus improving knowledge, attitudes and self-care in diabetic pregnant women. The literature on knowledge, attitude and self-care about GDM in pregnant women is scarce.

KEYWORDS: GESTATIONAL DIABETES, KNOWLEDGE, SELF-CARE, ATTITUDES.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) representa um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia consequente à deficiência insulínica, essa deficiência pode ser decorrente da produção pancreática reduzida, de inadequada liberação e/ou aumento da resistência periférica ao

hormônio. Considerando o período gravídico-puerperal, é possível a ocorrência de hiperglicemia tanto em mulheres já sabidamente diagnosticadas como portadoras de DM previamente à gestação quanto em gestantes sem esse diagnóstico prévio¹.

O diabetes é uma condição médica frequente durante

1. Hospital e Maternidade Dona Íris
2. Unievangélica
3. Universidade Federal de Goiás - UFG

ENDEREÇO
PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudosdmi@gmail.com

a gravidez. Está associado a um risco aumentado de complicações para a mãe e o conceito durante a gravidez e pós-parto².

O tratamento do diabetes gestacional é importante para evitar a morbimortalidade materno-fetal, sendo a terapia nutricional a primeira opção de tratamento para as gestantes, e a prática de exercício físico leve a moderado deve ser estimulada na ausência de contraindicações obstétricas. O tratamento medicamentoso está recomendado quando os alvos glicêmicos não são atingidos ou na presença de crescimento fetal excessivo à ultrassonografia. O tratamento tradicional do diabetes gestacional é a insulino-terapia, embora mais recentemente o uso de hipoglicemiantes orais venha sendo considerada uma opção segura e eficaz. A monitorização do tratamento é realizada com aferição da glicemia capilar, com avaliação da circunferência abdominal fetal e do líquido amniótico por meio de ultrassonografia obstétrica a partir da vigésima oitava semana de gestação³.

Quanto maior os escores de conhecimento, atitude e autocuidado menor são os impactos na saúde da mãe e do bebê e as complicações em decorrência da diabetes. Diante disso, o objetivo deste estudo é trazer uma revisão bibliográfica atualizada sobre a diabetes gestacional do conceito ao diagnóstico e descrever a importância do conhecimento, atitude e autocuidado em gestante diabética.

1. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

O diabetes mellitus, conhecido como diabetes, é um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados pela presença de hiperglicemia e pode ser classificada de diferentes maneiras, conforme apresentada na Tabela 14.

Diabetes tipo 1
Diabetes tipo 2
Formas híbridas de diabetes
Diabetes imunomediada e lentamente evoluída de adultos
Diabetes tipo 2 com tendência a cetose
Outros tipos específicos
Diabetes monogênico
- Defeitos monogênicos da função das células β
- Defeitos monogênicos na ação da insulina
Doenças do pâncreas exócrino
Distúrbios endócrinos
Induzido por drogas ou produtos químicos
Diabetes relacionado à infecção
Formas incomuns específicas de diabetes imunomediado
Outras síndromes genéticas às vezes associado ao diabetes
Diabetes não classificada
Hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez
Diabetes mellitus na gravidez
Diabetes mellitus gestacional

Fonte: ADA, 2020⁵.

Tabela 1 - classificação do diabetes segundo a Organização Mundial de Saúde, 2020.

Diabetes gestacional é aquele diagnosticado durante a gravidez em uma paciente que não foi diagnosticada com diabetes antes da gravidez no qual chamamos de diabetes prévia. A identificação e o manejo oportuno do diabetes gestacional são importantes para prevenir complicações fetais, infantis e maternas. A atividade física e as mudanças na dieta continuam sendo a marca registrada do tratamento, com a insulina se tornando o medicamento de escolha se for necessária mais intervenção^{2,6,7}.

2. PREVALÊNCIA

Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,4) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura. O diabetes é responsável por 14,5% da mortalidade mundial por todas as causas, e isso é maior do que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas. Os gastos mundiais com diabetes em 2015 foram estimados entre US\$ 673 e US\$ 1,197 bilhão, com projeção, para 2040, da ordem de US\$ 802 a US\$ 1,452 bilhão. Para o Brasil, o custo avaliado em 2015 foi de US\$ 22 bilhões, com projeção de US\$ 29 bilhões para 2040⁸.

A prevalência de hiperglicemia durante a gravidez pode variar dependendo dos critérios diagnósticos utilizados e da população estudada, segundo estudos populacionais realizados nas últimas décadas, a prevalência de DMG varia de 1 a 37,7%, com uma média mundial de 16,2%, um em cada seis nascimentos ocorra em mulheres com alguma forma de hiperglicemia durante a gestação, sendo que 84% desses casos seriam decorrentes do DMG¹.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é controverso, porém recomenda-se que por ocasião da primeira consulta pré-natal, todas as grávidas deverão ser submetidas a uma glicemia plasmática em jejum. Um valor da glicemia em jejum (de 8 a 12 horas) superior ou igual a 92 mg/dl (5,1 mmol/l) mas inferior a 126 mg/dl (7,0 mmol/l) faz o diagnóstico de DG. Grávidas com valores de glicemia plasmática em jejum igual ou superior a 126 mg/dl (7,0 mmol/l) ou com um valor de glicemia plasmática ocasional superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/l), se confirmado com um valor em jejum superior ou igual a 126 mg/dl, devem ser consideradas como tendo o diagnóstico de Diabetes Mellitus na Gravidez. Caso o valor da glicemia seja inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e 28 semanas de gestação com uma PTOG com 75 g de glicose. A prova deve ser efetuada de manhã, após um jejum de pelo menos 8 horas, mas não superior a 12 horas. Deve ser precedida, nos 3 dias anteriores de uma atividade física regular e de uma dieta não restritiva

contendo uma quantidade de hidratos de carbono de pelo menos 150 g. A prova consiste na ingestão de uma solução contendo 75 g de glicose diluída em 250-300 ml de água. São necessárias coletas de sangue para determinação da glicemia plasmática às 0, 1h e 2h. Durante a prova a grávida deve manter-se em repouso^{9,10}.

4. FATORES DE RISCO

Os fatores de riscos são a tríade clássica, maior idade, maior IMC e história familiar de diabetes mellitus. Segundo Dode e Santos (2009) além de idade superior a 25 anos, deposição central excessiva de gordura, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez em curso e história familiar de diabetes mellitus, a cor não branca deveria ser incluída entre os fatores de risco para diabetes mellitus gestacional¹¹.

Um estudo realizado por Ribeiro et al (2015), destinado a identificar fatores preditivos do desenvolvimento de diabetes mellitus (DM) em mulheres com antecedentes de diabetes gestacional (DG), demonstrou em uma amostra de 300 mulheres, nascidas antes de 1995, com diagnóstico de DG entre 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2010, com acompanhamento da gravidez no Hospital de Braga, observou-se que 32,7 % das mulheres desenvolveram DM. A probabilidade de desenvolvimento de DM após DG aumentou em 8,2 vezes quando a idade gestacional era menor que 24 semanas no momento do diagnóstico (OR = 8,19; $p < 0,001$), 3,4 vezes se necessidade de insulino-terapia (OR = 3,36; $p < 0,001$) e 3,1 vezes se índice de massa corporal (IMC) prévio $\geq 26,4$ kg/m² (OR = 3,07; $p = 0,003$). O valor da glicemia em jejum, a idade materna no momento do diagnóstico, bem como o IMC pós-parto, apesar de apresentarem associação com desenvolvimento de DM, não se revelaram preditores para o surgimento de DM¹².

5. CONHECIMENTOS, ATITUDES E AUTOCUIDADO EM GESTANTES DIABÉTICAS

De acordo com a OMS "autocuidado" é a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades em promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde, ainda, lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um prestador de cuidados de saúde¹. O escopo do autocuidado inclui a promoção da saúde; prevenção e controle de doenças; automedicação, cuidado de pessoas dependentes. Deve ser procurado o atendimento hospitalar/ especialista, em caso de necessidade, além de reabilitação incluindo cuidados paliativos¹³.

O conhecimento é conceituado como um conjunto de informações no qual os indivíduos precisam dominar para administrar sua condição de saúde. Somente o conhecimento não é suficiente, no entanto, para promover mudanças comportamentais, as quais também envolvem outras variáveis, quais sejam, educação, tempo de diagnóstico, crenças relacionadas à saúde e à doença, apoio à família, acesso fácil aos serviços de saúde, entre outras

dimensões. Embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, ele não pode ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento combinado à tomada de decisão compartilhada com os pacientes, de acordo com seus valores, além das barreiras percebidas de autocuidado, motivação e metas propostas, pode levar à adoção de atitudes positivas em relação ao tratamento. Desta forma, percebe-se que baixos níveis de conhecimento e atitudes negativas em relação à doença são fatores que ainda interferem no controle metabólico e na adesão ao tratamento¹⁴.

Atitude positiva em relação à doença significa ter tolerância, aceitação, cooperatividade, e ainda, crença acerca do fato de a doença não é fonte significativa de sofrimento.

A falta de consciência, atitudes negativas e práticas inadequadas de autocuidado entre pacientes diabéticos, são algumas das variáveis importantes que influenciam a progressão do diabetes e suas complicações, as quais são amplamente evitáveis através da educação e do envolvimento do paciente¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes gestacional está associado a graves doenças maternas, fetais e neonatais. O pré-natal é uma oportunidade para mulheres grávidas para receber orientações, elas devem ser informadas sobre os seus cuidados com a saúde, a importância de exercícios regulares, ajuste da dieta e adequação a tomada de medicamentos melhorando assim os conhecimentos, atitudes e autocuidado em gestantes diabéticas. A literatura sobre conhecimento, atitude e autocuidado sobre o DMG em mulheres grávidas é escassa.

REFERÊNCIAS

1. 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
2. Benhalima K, Devlieger R, Assche AV. Screening and management of gestational diabetes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, v. 29, n. 3, p:339-349, 2015.
3. Weinert LS. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 55, n. 7, p:435-445, 2011.
4. OMS. Organização mundial da saúde. Global report on diabetes. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1. Acesso em 12.03.2017.
5. ADA. American Diabetes Association. *Diabetes Care*.2020.
6. Kautzky-Willer A et al. Gestationsdiabetes (GDM) Gestational diabetes mellitus. *Wien Klin Wochenschr*, v.128, suppl 2, p:S103-S112, 2016.
7. Dugan JA, Crawford JM. Managing gestational diabetes [published correction appears in *JAAPA*. 2019. *JAAPA*, v. 32, n. 9, p:21-25, 2019.
8. SBP. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 4º ed. Itapevi, São Paulo: Clannad; 2019-2020.
9. Hapo, *N England J Med* 2008;358:1991-2002.
10. Ruas L, Almeida MC. Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, v. 12, n. 1, p: 24-38, 2017.
11. Dode MASO, Santos IS. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p:1141-1152, mai, 2009.
12. Ribeiro AMC et al. Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus. *Rev Port Endocrinol Diabetes Metab*, v. 10, n. 1, p:8-13, 2015.
13. WHO. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

2014. Self care for health. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>.
14. Islam B et al. Knowledge and attitude regarding gestational diabetes mellitus (GDM) among obese pregnant women coming for antenatal checkup at a tertiary care hospital. *IJCS*, v. 5, n. 5, p: 179-189, 2017.
 15. Kakade AA, Mohanty IR, Rai S. Assessment of knowledge, attitude and self-care activities among type-2 diabetic patients attending a tertiary care teaching hospital. *Int J Basic Clin Pharmacol.*, v. 5, n. 6, p:2458-2462, 2016.