



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

IMPACTO PSICOSSOCIAL DECORRENTE DO MANEJO TERAPÊUTICO
VIVENCIADO POR MULHERES COM DIABETES NA GESTAÇÃO

ROSIANNE PEREIRA MONTEIRO

BRASÍLIA – DF 2020

ROSIANNE PEREIRA MONTEIRO

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DECORRENTE DO MANEJO TERAPÊUTICO
VIVENCIADO POR MULHERES COM DIABETES NA GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito para
Graduação no Curso de Enfermagem ao
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Dr.^a Lara Mabelle Milfont
Boeckmann

BRASÍLIA – DF 2020

ROSIANNE PEREIRA MONTEIRO

**IMPACTO PSICOSSOCIAL DECORRENTE DO MANEJO TERAPÊUTICO
VIVENCIADO POR MULHERES COM DIABETES NA GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito para
Graduação no Curso de Enfermagem ao
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovado em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr.^a Lara Mabelle Milfont Boeckmann.
Universidade de Brasília (UnB)
Orientadora

Profa. Dr.^a Daniella Soares dos Santos
Universidade de Brasília (UnB)
Membro Efetivo

Profa. Dr.^a Luciana Melo de Moura
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Membro Efetivo

Profa. Dr.^a Rita de Cássia Melão de Moraes
Universidade de Brasília (UnB)
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Ao meu gracioso e bondoso Deus que me sustenta, uma peregrina tão pequenina rumo ao eterno lar doce lar e à minha querida e amada mamãe Iraci, exemplo de mulher e amor por todo cuidado, esforços e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu gracioso Deus, o amado da minha alma e meu melhor amigo por me sustentar, conduzir ao longo desses anos de jornada na UnB e por ter me proporcionado o privilégio de no futuro ser enfermeira.

À minha querida mamãe Iraci por todo apoio, incentivo, cuidado, esforços e sacrifícios dispensados a mim e para minha educação. Sou grata a Deus por sua vida e por ter me concedido ser filha de uma mulher tão forte e ao mesmo tempo consciente que tudo é pela graça do nosso Senhor. À senhora todo o meu amor e admiração!

Agradeço ao meu amado noivo João Marcos por todo amor e paciência para me acalmar e incentivar nos momentos difíceis do caminho, por toda ajuda ao longo do curso e por celebrar cada alegria comigo.

Agradeço à minha querida Família Primo: José, Valdelice, Ildeci, Ivone, Joaquim, Enivaldo, Ivanilson, Melquiades, José Aparecido, Francisca, Adriel e Rebecca por todo apoio, palavras e atitudes de encorajamento. Sou muito feliz e orgulhosa por ter uma família tão linda e unida!

Agradeço aos meus queridos sogros, Mílvia e Hermógenes, e ao meu cunhado preferido Rafael pelas orações e palavras de incentivo.

Agradeço aos meus queridos amigos mais chegados que irmãos: Moisas, pela alegre e preciosa amizade, por ter me acolhido quando caloura e cuidado de mim como um irmão. Lana, por ter estado comigo sempre que precisei a qualquer hora do dia para me dar conselhos e aquele abraço especial! Lidi por todas as orações e conversas de bom ânimo. Jana, por toda ajuda e músicas que tocou em dias difíceis para me animar. Dani, minha querida companheira da enfermagem para a vida, por ter caminhado comigo e me incentivado a todo tempo. Com certeza você é um dos melhores presentes que recebi no curso e ter sua doce companhia é uma alegria e prova do cuidado de Deus!

Agradeço ao meu querido Núcleo de Vida Cristã (NVC) por ser um verdadeiro oásis no deserto durante a minha vida acadêmica, me proporcionando crescimento na fé e amizades preciosas que levarei por toda a vida.

Agradeço às professoras Gisele Martins e Andréa Mathes pelas conversas no começo do curso para que eu prosseguisse, por toda oportunidade e exemplo que me concederam.

Agradeço à Clarinha Ilke por ser a melhor mãe da enfermagem que eu poderia ter e ao meu padrinho Olávio Gomes por toda excelente ajuda e encorajamento.

Agradeço às professoras Angélica Amato e Rejane Griboski por terem me ajudado

em um dos momentos mais difíceis quando perdi minha priminha Esther e quando esperávamos a vinda da Rebecca.

Agradeço à minha orientadora Lara Boeckmman por cada orientação e dedicação em todos os dias. Obrigada por aceitar meu convite ainda quando não me conhecia e ter concordado com o tema proposto que era tão importante para mim.

Agradeço a cada gestante que aceitou participar do estudo e com carinho me avisavam o dia do parto enviando uma foto do bebê para eu visitá-las. Poder escutar vocês e saber que abriam seus corações para me contar seus medos e angústias foi um momento muito sensível e especial na minha vida. Sem dúvidas isso me fez ter um olhar cada vez mais atento para cada paciente que tenho contato. Agradeço também a toda a equipe do ambulatório que me recebeu de braços abertos para realizar a pesquisa.

Por fim, agradeço à UnB pelas oportunidades de aprendizado e crescimento pessoal. Apesar de todas as dificuldades no percurso sei que Deus preparou exatamente esse lugar para me moldar e ensinar. Sou grata a Ele por ter tido o prazer de desfrutar de lindos inícios da manhã enquanto aguardava as aulas com belas paisagens das flores e cantos dos pássaros que me lembravam do seu gracioso cuidado na minha vida.

*Doce Esther, linda estrela
Seu sorriso não cheguei a ver
Nem seus olhinhos a brilhar
Sua voz não cheguei a escutar
Sua espera foi almejada
E sua chegada tão sonhada
Hoje embora não entenda
Sei que tudo que não vi
Seria o mais lindo de se ver
E apesar da dor de agora
Sei que Deus sempre está
A nos amar e cuidar!*

*Rosianne Pereira Monteiro
(Fevereiro de 2018)*

IMPACTO PSICOSSOCIAL DECORRENTE DO MANEJO TERAPÊUTICO VIVENCIADOS POR MULHERES COM DIABETES NA GESTAÇÃO

RESUMO

Objetivo: Compreender o impacto psicossocial decorrente do manejo terapêutico vivenciado por gestantes com diabetes em um hospital do Distrito Federal, Brasil. **Métodos:** investigação qualitativa envolvendo 27 gestantes com Diabetes Mellitus prévia ou adquirida na gestação. A coleta foi realizada entre novembro de 2019 e janeiro de 2020. Para o tratamento dos dados utilizou-se a técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** Quatro categorias analíticas foram elaboradas: Dificuldades e desafios no tratamento das gestantes com diabetes; Impacto social e familiar na perspectiva das gestantes; Sentimentos e percepções relacionados à evolução da gestação, parto e nascimento; e Necessidade de melhorias para o serviço na visão das gestantes. **Conclusão:** Os resultados evidenciaram dificuldades no tratamento, em agendar consultas com outros profissionais, medo das repercussões materna e fetais e sugestões de melhorias para o serviço. A contribuição das evidências pauta-se na possibilidade de melhorias no serviço que qualifiquem a assistência às gestantes com diabetes.

DESCRITORES: Diabetes Mellitus; Diabetes Gestacional; Cuidado Pré-Natal; Assistência Perinatal, Saúde da Mulher.

¹ Este trabalho foi formatado segundo as normas da Revista Cogitare Enfermagem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
MÉTODO	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus gestacional (DMG) afeta mulheres grávidas, geralmente durante o segundo e terceiro trimestre de gestação ⁽¹⁾. Entre 1% e 14% das mulheres grávidas desenvolvem DMG ⁽²⁾. Conforme Pesquisa Nacional de Saúde sobre a prevalência de diabetes autorreferida no Brasil, a partir de 18 anos de idade, cerca de 5.433.262 mulheres referiram ter diagnóstico prévio de diabetes. A prevalência reportada foi de 6,2%, sendo maior nas mulheres (7,0%) comparativamente aos homens (5,4%) ⁽³⁾.

Com relação aos fatores de risco para DMG, estão incluídos, idade avançada, excesso de peso ou obesidade antes ou durante a gestação, histórico familiar, história de natimorto ou anomalia congênita ⁽⁴⁾. Dentre as diversas complicações maternas e neonatais oriundas estão macrossomia fetal, com repercussões que podem precipitar dificuldades durante o parto e ocasionar ferimentos ao nascimento e/ou lesões maternas, além do desconforto respiratório, icterícia e hipocalcemia no recém-nascido ⁽⁵⁾.

Verificou-se ainda que as gestantes com DMG possuem maior risco de serem submetidas à indução do parto, de terem cesáreas e parto prematuro. Ademais, tem-se o risco aumentado do desenvolvimento de diabetes tipo II (DM2) tanto para a genitora quanto para o neonato ⁽²⁾. Além das consequências danosas na saúde materna e neonatal, estudo realizado com 218 mulheres evidenciou níveis elevados de depressão, ansiedade e estresse, destacando a relevância das intervenções psicológicas no tratamento ⁽⁶⁾.

Assim, é importante que os profissionais compreendam como a gestante lida com a diabetes para auxiliá-la a enfrentar essa situação de vulnerabilidade. Tal conhecimento certamente sustentaria uma prática humanizada, sensível e preventiva do impacto dos riscos decorrentes das adversidades próprias da gravidez e da diabetes gestacional ⁽⁷⁾.

São poucos os estudos que tratam do impacto psicossocial do manejo terapêutico da

diabetes na gestação. Diante do exposto, justificou-se a realização desta pesquisa a fim de elucidar esta lacuna do conhecimento e promover reflexões que conduzam a melhorias na assistência à população estudada.

Considerando o impacto negativo tanto para a mãe quanto para o neonato provocado pela diabetes no período perinatal e a ausência de estudos na unidade pesquisada, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual o impacto psicossocial decorrente do manejo terapêutico vivenciado por mulheres com diabetes na gestação em um hospital público do Distrito Federal, Brasil? Objetivou-se compreender o impacto psicossocial decorrente do manejo terapêutico vivenciado por mulheres com diabetes na gestação em um hospital público do Distrito Federal, Brasil.

MÉTODO

Tratou-se de uma investigação qualitativa. Essa abordagem permite privilegiar os sujeitos que detêm informações e interpretações sobre a realidade social ao trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e com os juízos que as pessoas fazem sobre o seu modo de viver, sobre si mesmo, o que refletem e consideram ⁽⁸⁾. Assim, acreditou-se ser a investigação qualitativa adequada para captar a percepção do grupo delimitado. Participaram da pesquisa 27 mulheres com diabetes prévia ou adquirida na gestação a partir do último trimestre de gestação.

Os critérios de inclusão foram: gestantes a partir de 18 anos que possuíam o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG) ou diabetes tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2) com ou sem comorbidades associadas a partir de 28 semanas de gestação que realizavam acompanhamento pré-natal no ambulatório do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Os critérios de exclusão foram: gestantes menores de 18 anos que possuíam idade gestacional menor que 28 semanas,

não diagnosticadas com diabetes prévia ou adquirida na gestação, com problemas na comunicação.

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro a janeiro de 2020 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB - CEP/FS-UnB . Os aspectos éticos foram respeitados seguindo a Resolução 466/2012 e o projeto foi aprovado com número de parecer 3.684.592, CAE: 14111319.9.0000.0030. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de cessão de uso de imagem e/ou som de voz para fins científicos e acadêmicos, foram entregues às gestantes que concordaram em participar da pesquisa, sendo previamente orientadas acerca dos objetivos do estudo.

Todos os encontros foram realizados em uma sala reservada no ambulatório, sendo todas as entrevistas gravadas e transcritas com duração média de 30 minutos. A fim de preservar o anonimato das participantes, estas foram identificadas pela letra “G” seguidas de números consecutivos.

Para análise dos dados, os relatos obtidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁹⁾. E no diário de campo foram anotadas as percepções da pesquisadora sobre o ambiente, emoções e reações das participantes.

Esse processo seguiu as etapas: organização dos relatos, leitura, codificação, classificação, formação das categorias e análise, agrupamento dos dados, interpretação e sínteses das entrevistas⁽¹⁰⁾. Para manter o rigor no estudo, foi utilizada a lista de critérios consolidados para o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) como ferramenta de apoio⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Com relação ao perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes, a idade variou

entre 18 a 43 anos, verificou-se renda salarial entre um salário mínimo e cinco salários. Sobre o estado civil, 22 (81,48%) possuía união estável e cinco (18,52%) eram solteiras. Em relação ao nível de escolaridade, três (11,1%) tinham primeiro grau completo, duas (7,41%) incompleto, 13 (48,15%) segundo grau completo, uma (3,70%) incompleto, cinco (18,52%) nível superior completo e três (11,11%) superior incompleto. Quanto à ocupação, 10 (37,04%) declararam ser donas de casa. Das 27 entrevistadas, 23 (85,18%) tinham DMG, uma (3,7%) DM1, três (11,11%) DM2. Quanto ao diagnóstico, cerca de quatro (14,81%) foram diagnosticadas com DMG no primeiro trimestre, 14 (51,85%) no segundo, cinco (18,52%) no terceiro e quatro (14,81%) já eram diabéticas. No que diz respeito ao controle glicêmico, nove (33,3%) faziam terapia com insulina, enquanto 18 (66,66%) realizava controle glicêmico nutricional.

Um total de 15 (55,56%) apresentou comorbidades, sendo hipertensão a doença mais prevalente, seguida de hipotireoidismo. Em relação às internações durante a gestação, 11 (40,7%) se deu em virtude do descontrole glicêmico, infecção urinária e distúrbios hipertensivos. No tocante aos desfechos obstétricos anteriores, 11 (40,74%) declarou ocorrência de abortos e duas (7,41%) de natimortos.

Nos achados qualitativos, quatro categorias analíticas foram encontradas: Dificuldades e desafios no tratamento das gestantes com diabetes; Impacto social e familiar na perspectiva das gestantes; Sentimentos e percepções relacionados à evolução da gestação, parto e nascimento e Necessidade de melhorias para o serviço de pré-natal na visão das gestantes.

Categoria 1: Dificuldades e desafios no tratamento das gestantes com diabetes

Sobre as recomendações terapêuticas da equipe médica, das 27 gestantes, a maior parte, 18 (66,7%) disse ter seguido adequadamente as orientações da dieta prescrita, em contraposição a nove (33,3%) delas. A maioria teve dificuldades em ter atendimento com nutricionista, apenas

uma teve consulta e as demais seguiam orientações dietéticas das consultas médicas, apresentando dúvidas quanto ao seguimento.

Referente à terapia com injeção de insulina, uma das participantes não conseguiu autoadministrar, indo à farmácia com familiares para realizar as injeções e duas referiram não conseguir alternar os locais de aplicação. As orientações sobre como aplicar insulina foram realizadas unicamente pelos médicos. Das gestantes 11 (40,7%) não adquiriram gratuitamente o aparelho ou fitas teste e 4 (3,6%) relataram não estar monitorando a glicemia. Uma delas ressaltou a falta da equipe de enfermagem para treinar a aplicação da insulina. Com relação à atividade física, a maior parte, correspondente a 21 (77,7%) não aderiu a exercícios regulares. Relacionando ao perfil sociodemográfico das gestantes, verificou-se que maior parte não tinha condições de realizar atividades físicas acompanhadas por profissional e não se sentiam motivadas a realizar caminhadas, pelas mais variadas razões. Observou-se que das gestantes oito (29,63%) possuíam nível superior completo ou estavam cursando e foram as que tiveram melhor adesão ao tratamento.

Ah, difícil, né... Aí teve que mudar tudo...É difícil demais ficar furando o dedo seis vezes por dia, tomar insulina... (G10)

Olha, eu não tive...ainda... a consulta com a nutricionista, mas eu tô fazendo tudo que eu posso pra comer o que a médica pediu. (G11)

Era só pra eu fazer acompanhamento, né, com o nutricionista, mas...até hoje eu tô aguardando. Já fui encaminhada, mas ainda não fui chamada. (G15)

Não, quase não consigo realizar (exercício físico).Eu fazia umas caminhadinha, mas fazia, mas agora quando chegou do sétimo mês pra frente não tô conseguindo não. (G19)

Quem aplica (insulina) é meu marido ou a minha filha... na verdade a gente ficou muito perdido porque não tinha (treinamento)...Tive que comprar ...a insulina e as outras coisas que não tinha no posto. (G26)

Aí eu fui numa farmácia e aí eles me ensinaram...E eu não furo sozinha, né? Eu peço ajuda dele (marido) porque eu não tenho coragem... Aí como ele... só chega de madrugada ...Então não tem como eu fazer sempre. (G27)

Categoria 2: Impacto social e familiar na perspectiva das gestantes

A maioria das gestantes controlava a glicemia por meio da dieta, desse modo, o maior impacto se deu na adequação da rotina alimentar no ambiente familiar e atividades sociais. Das entrevistadas, 13 (48,1%) afirmaram não ter vivenciado mudanças significativas na rotina, em contrapartida, 12 (44,4%) consideraram alterações maiores e dificuldades, especialmente devido às restrições e duas (7,4%) relataram mudança somente no início com adaptação posterior ao tratamento. Algumas afirmaram mudanças nas atividades sociais e de lazer, ao levarem o próprio alimento.

Quanto aos impactos na vida familiar, 11 (40,7%) relataram alterações na rotina da família, 16 (59,2%) não notaram alterações significativas. Quanto ao apoio na dieta, oito (29,6%) relataram que recebiam ajuda dos familiares que evitavam alimentos que estavam fora da dieta e quatro (14,8 %) relataram dificuldades e conflitos com familiares. Sobre o apoio dos companheiros ao tratamento, oito (29,6%) relataram dificuldades no relacionamento pelas mudanças alimentares exigidas, nove (33,3%) afirmaram receber ajuda, mas dentre essas, 6 (22,2%) apontaram dificuldades dos parceiros em ajudar na dieta.

É... Eu evito (sair de casa) porque às vezes chama a gente pra comer uma pizza, um hambúrguer e não vou conseguir comer. Aí eu gosto de ficar mais em casa. (G5)

Não...Nos primeiros dias quando eu tava me sentindo fraca às vezes eu ficava mal-humorada pela retirada de muitos alimentos, né? (G18)

Mais ou menos. Porque ele não come (companheiro). Ele come mais besteira. Ele fala que eu estou seguindo muito à risca que não precisa disso e eu falo: Não, mas é para o meu benefício(...) E a médica foi bem clara: O seu bebê pode morrer por sua culpa. Então isso é complicado para mim. (G20)

E questão da alimentação, né? Porque em evento social não existe alimentação pra diabético, né? Então, isso eu não me adaptei ainda. Eu tô tendo que me adaptar. Isso foi difícil!(...)Eu participo. Não deixo de participar não. (G26)

Aí nos primeiros dias fiquei bem triste...Eu chorei...Eu falei: Porque eu sempre comi de tudo, sabe? Aí de repente não poder comer, né? Gente, não é fácil! Não é uma coisa assim que eu vou mudar do dia pra noite. (G27)

Aí no caso por isso a dificuldade maior é pelo fato que eu tenho que fazer dois tipos de comida, entendeu? Pra ele (marido) e pra mim. (G13)

Categoria 3: Sentimentos e percepções relacionados à evolução da gestação, parto e nascimento

Referente aos sentimentos e percepções das gestantes, 20 (74%) relataram medos, angústias e preocupações quanto aos bebês correrem risco de óbito ao longo da gravidez, adquirirem diabetes, complicações futuras e de elas se tornarem diabéticas. Também relataram estar preocupadas com complicações durante o parto, medo e ansiedade quanto ao risco de serem submetidas à cesárea ou indução do parto. Em contrapartida, uma minoria, de sete (26%) afirmou sentimentos positivos sobre o tratamento, gestação, parto e prognóstico.

O medo que eu tenho é que...quando fala que o bebê corre risco de morrer esse que é o meu medo e o medo de ficar com “diabete” também pra sempre, né... (G1)

Ah, eu tenho medo do meu filho nascer com isso (diabetes). Porque disse que a criança já pode nascer, né... o médico disse que meu filho tá atravessado ainda, ele tá crescendo muito, aí eu tô com medo, né, na hora do parto como é que vai ser. (G3)

Olha, em questão da diabetes eu tenho medo em questão de alterar e ter que usar insulina e essas coisa ... Porque eu tenho pessoas que eu conheço e não é fácil... Eu tenho muito medo disso. Em questão do parto eu estou com medo. (G13)

Medo todo mundo tem de virar genético e a criança acabar tendo...Hoje mesmo ele está pélvico e eu estou confiando em Deus que ele vai virar...E eu vou ter o parto normal...quero parto normal, indução não. (G18)

A doutora acabou de falar que tem 50 % de chance de (eu) ser diabética...Aí isso me deixou... Um pouco triste... Porque a gente não sabe se ela (bebê) vai ser ou não (diabética) aí fica essa preocupação, né... Não quero que ela tenha... (Choro). (G26)

Categoria 4: Necessidade de melhorias para o serviço de pré-natal na visão das gestantes.

Esta categoria refletiu o nível de satisfação das participantes do estudo e suas visões com relação ao serviço de pré-natal com vistas às dificuldades vivenciadas e sugestões de melhorias que podem advir nos futuros atendimentos. Seis (22,22%) delas referiram satisfação

total com o atendimento médico nas consultas. Entretanto, maior parte, 21 (77,78%) considerou o atendimento satisfatório, porém com lacunas nas orientações fornecidas quanto à dieta, tratamento, parto e esclarecimento quanto à evolução da doença.

A maioria relatou dificuldades nas marcações dos encaminhamentos para outros especialistas como nutricionistas e endocrinologistas. Queixaram-se sobre o agendamento de consultas e exames em dias diferentes e sugeriram serem realizados no mesmo dia, tendo em vista o tempo de espera e dificuldades de locomoção. Referiram dificuldades para comprar aparelhos, fitas, agulhas e insulina. Também, relataram a necessidade de melhores informações sobre a dieta, orientações para administrar a medicação e utilizar os aparelhos.

Seria bom assim se eles não colocasse tudo assim junto uma em cima da outra (exames e consultas),... eu gasto muito com passagem ... fica bem pesada a despesa. E a insulina que falta na rede, a lanceta mesmo nunca peguei nessa gestação. Todas elas teve que ser comprada. (G3)

Eu acho que só nessa demora do atendimento em algo que é tão importante, né, da nutrição porque ela seria muito importante nessa fase... Até hoje nunca fui chamada, né? E mais explicações a respeito do momento do parto o que vai acontecer, né? (G6)

Eu fui encaminhada e até hoje eu não fui chamada. Tanto pra endocrinologista, tanto pra nutricionista. (G9)

A questão das consultas, né? Por mais que seja gestacional é uma “diabete”. Então... Não demorar tanto pra marcar as consulta, pra começar um tratamento certo. (G21)

Só a questão da insulina de orientar mesmo o modo de usar. Talvez uma conversinha com enfermeiro que explique: “Ó, é assim, você vai... faz assim... (G26)

Eu acho que deveria ter um aparelho aqui e eles ensinar...a pessoa...porque eu fiquei totalmente perdida... eu via vídeo que dizia que tinha que vim código, mas o número que aparecia não era o mesmo que vinha nas fitas (glicosímetro)...Aí quando eu fui na farmácia que a mulher me explicou direitinho. (G27)

DISCUSSÃO

Referente aos dados do perfil sociodemográfico e obstétrico, um estudo brasileiro demonstrou resultados semelhantes com a média de idade das gestantes de 15 e 35 anos.

Também verificaram-se similaridades quanto aos resultados do estado civil, nível de escolaridade, renda salarial das participantes e a baixa adesão à prática de atividade física ⁽¹²⁾. No que tange às comorbidades mais prevalentes associadas a gestações com diabetes, outro estudo brasileiro evidenciou do mesmo modo, hipertensão, hipotireoidismo e ITU como apresentado neste estudo ⁽¹³⁾.

Referente à categoria 1, pesquisa brasileira demonstrou resultados similares quanto às mudanças no regime alimentar, rotina social e familiar, além das dificuldades na realização de atividade física regular, sendo as razões que mais impactaram no tratamento das gestantes com diabetes ⁽¹⁴⁾.

Os achados de outra pesquisa brasileira apontaram semelhanças quanto à falta de conhecimento e compreensão acerca do uso adequado da insulina e adesão aos cuidados durante o tratamento. Vale destacar que igualmente a este estudo, verificou-se que a falta de conhecimento e adesão quanto à atividade física e dieta incidiram principalmente entre os indivíduos com menor escolaridade e renda, sendo o fator financeiro o principal determinante que interfere na adesão ao manejo terapêutico da diabetes ^(12,15).

Em pesquisa sobre o tratamento da diabetes, resultados satisfatórios foram evidenciados quanto ao acompanhamento das pacientes por uma equipe multidisciplinar, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos entre outros. A principal terapêutica instituída envolveu o controle glicêmico a partir de dieta prescrita por nutricionistas, monitorização da glicemia, onde a equipe de enfermagem foi fundamental para promover educação em saúde e manejo apropriado das injeções de insulina. Nesse contexto, a enfermagem capacitou as mulheres para o autocuidado visando o controle glicêmico ⁽¹⁶⁾. Diferentemente desse estudo, tendo em vista as dificuldades para seguimento adequado das gestantes, sobretudo, a falta de acesso a consulta com nutricionista, e a ausência percebida da enfermagem nas orientações sobre uso da insulina e manejo dos equipamentos.

Com relação à categoria 2, estudo brasileiro apontou que as gestantes com diabetes relataram dificuldades na realização das atividades laborais, rotina domiciliar e que as tarefas domésticas não seguiam a frequência e execução desejada. Dentre as participantes, algumas relataram afastamento do trabalho, as atividades de lazer também se mostraram prejudicadas devido ao mal-estar ocasionado pela gestação e as restrições alimentares interferiam e afetavam no convívio social⁽¹⁴⁾, como verificado nesta pesquisa.

Um estudo inglês com 30 mulheres com diabetes gestacional evidenciou que a maioria relatou grandes esforços para a mudança no estilo de vida, revendo hábitos alimentares culturalmente incorporados e indo contra conselhos de familiares para seguir as instruções médicas⁽¹⁷⁾.

Similarmente, outro estudo inglês com 12 gestantes diagnosticadas com DMG, demonstrou que no início alguns familiares e amigos expressaram preocupações quanto a redução de calorias durante a gravidez, porém foram tranquilizados ao serem orientados sobre o tratamento. O estudo apontou que familiares, amigos e principalmente os parceiros foram uma fonte de apoio de suma importância para a dieta. Os parceiros que ajudavam no planejamento, preparo da comida e até mesmo seguiam a mesma dieta contribuíram para adesão das gestantes ao tratamento. Ademais, os achados também revelaram que familiares e amigos que levaram a dieta em consideração ao planejar eventos sociais colaboraram para a inclusão social e o bem-estar emocional das grávidas⁽¹⁸⁾.

Em referência à categoria 3 sobre os sentimentos e percepções das gestantes, em concordância ao apontado na presente pesquisa, uma evidência brasileira demonstrou que a comorbidade gerou ansiedade, angústia e medo quanto à gravidez e seu desfecho⁽¹⁹⁾. Em outro estudo inglês, as gestantes expressaram preocupações desde o possível impacto da doença em seus bebês e como poderiam gerenciar as mudanças dramáticas e repentinas no estilo de vida sendo a comorbidade vista por muitas como uma realidade pessoal profundamente perturbadora

e devastadora na vida familiar⁽¹⁷⁾.

Um estudo realizado na África do Sul com 35 mulheres que tiveram DMG identificou que os medos de óbito do bebê, deformidades, ser submetida à cesárea, desenvolver DM2 após o parto e de ter DMG em gestação posterior foram fatores que influenciaram na mudança de estilo de vida durante e após a gravidez⁽²⁰⁾, esses achados corroboraram os resultados deste estudo quanto aos medos evidenciados pelas participantes.

No que concerne à categoria 4, diferentemente ao observado nesta pesquisa, um estudo brasileiro observou que houve satisfação das gestantes quanto ao atendimento ambulatorial e hospitalar em relação ao monitoramento frequente da equipe de saúde e controle rigoroso da alimentação por parte do nutricionista. No entanto, em relação às dificuldades relatadas quanto à demora no atendimento, locomoção e agendamentos de exames e consultas em diferentes datas⁽²¹⁾, os resultados se assemelharam, e foram referidos como necessidade de adequação e melhorias para o serviço de pré-natal.

Ainda conforme o mesmo estudo, os achados revelaram que as gestantes diabéticas atendidas no ambulatório, que estavam em uso de insulina, recebiam orientações do enfermeiro em relação ao rigor do controle glicêmico domiciliar e participavam de atividades em grupos para discussão de temas relacionados à DMG. Ressalta-se que as consultas com o enfermeiro no mesmo dia da consulta médica e com a nutricionista favoreceu maior adesão das mulheres ao tratamento, contrapondo-se aos resultados desta pesquisa.

Vale destacar que similarmente a outro estudo realizado no Brasil observou-se que o conhecimento da diabetes pelas gestantes era incompleto e gerava insegurança. De modo semelhante, verificou-se que as gestantes receberam orientação médica quanto ao diagnóstico, porém a presença do enfermeiro não foi mencionada, refletindo distanciamento dos profissionais da enfermagem durante a assistência e educação em saúde⁽²²⁾.

É sabido que um tratamento multidisciplinar estruturado da DMG pode proporcionar

desfechos maternos e fetais semelhantes aos de populações de baixo risco. Em síntese, deve haver educação em saúde e os profissionais podem averiguar se as gestantes compreendem as informações disponibilizadas e se alteram seu comportamento com adesão às recomendações. Logo, a educação é uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças. O cuidado deve estar centrado nas questões do dia-a-dia das gestantes, na valorização de sua autonomia, baseada na realidade que estão inseridas⁽¹²⁾.

De acordo com um estudo realizado na África, com sete mulheres com DMG, o serviço hospitalar foi considerado ruim devido à falta de medicamentos e insumos e a demora nas admissões foi referida como uma barreira para a adesão ao tratamento. Além disso, alguns exames solicitados não foram disponibilizados, sendo a consulta particular inacessível para a maioria. Algumas participantes mencionaram falta de continuidade no cuidado pelas orientações divergentes que recebiam. Queixaram-se das longas filas para a consulta de pré-natal o que as levavam a consumir alimentos não permitidos na dieta. E similarmente aos resultados deste estudo, a maioria relatou apenas um encontro com nutricionista quando foram diagnosticadas, não havendo depois um retorno⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram dificuldades em realizar o tratamento, agendar consulta com outros profissionais, medo das repercussões materna e fetais e sugestões de melhorias para o serviço. Destacou-se a ausência do enfermeiro na percepção das gestantes acerca das atividades de educação em saúde e o manejo terapêutico. Ressalta-se a importância do papel do enfermeiro para melhor adesão ao tratamento da diabetes na gestação, bem como, de uma equipe multiprofissional atuante e completa que envolve médicos, enfermeiros, nutricionistas entre outros.

A contribuição deste estudo pauta-se na divulgação das evidências relativas à compreensão do impacto psicossocial decorrente do manejo terapêutico na perspectiva das gestantes com diabetes. Os resultados explicitados podem trazer benefícios quanto ao entendimento dos fatores intervenientes para uma adesão efetiva ao tratamento das mulheres com diabetes no pré-natal e proporcionar aos gestores públicos identificarem as necessidades apontadas pelas próprias usuárias e, assim, possibilitar a implementação de medidas que qualifiquem o acesso e o serviço ofertado.

As limitações deste estudo são próprias dos estudos qualitativos que não permitem incluir grande número das participantes e inferir associações e generalizações. No entanto, possui relevância por permitir uma investigação em profundidade das questões que permeiam as subjetividades humanas e conhecer fatores que possam influenciar no cuidado na perspectiva das usuárias dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association (ADA). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care* [Internet]. 2018 [acesso em 15 nov 2020];41(Suppl 1):S13–27. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>
2. Bain E, Crane M, Tieu J, Han S, Crowther CA, Middleton P. Diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane database syst rev* [Internet]. 2015 [acesso em 15 nov 2020];(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010443.pub2>
3. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Self-reported diabetes prevalence in Brazil: results from National Health Survey 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 07 fev 2019];24:305–14. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>
4. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas* [Internet]. 9. ed. Brussels, Belgium: IDF; 2019 [acesso em 16 nov 2020]. Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9_e-final-web.pdf

5. Egan AM, Murphy HR, Dunne FP. The management of type 1 and type 2 diabetes in pregnancy. QJM [Internet]. 2015 [acesso em 16 nov 2018];108(12):923–7. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/108/12/923/1889565>
6. Egan AM, Dunne FP, Lydon K, Conneely S, Sarma K, McGuire BE. Diabetes in pregnancy: worse medical outcomes in type 1 diabetes but worse psychological outcomes in gestational diabetes. QJM.[Internet].2017[acesso em 1 nov 2020];110(11):721-727.Disponível em: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx106>
7. Cunha ACB, Marques CD, Lima CP. Support network and emotional support in the coping with diabetes mellitus by pregnant women. Mudanças [Internet]. 2017 [acesso em 15 nov 2020];25(2):35–43. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p35-43>.
8. Taquette SR, Minayo MC. An analysis of articles on qualitative studies conducted by doctors published in scientific journals in Brazil between 2004 and 2013. Physis. [Internet]. 2017 [acesso em 30 jan 2020]; 27(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200010>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 5. ed. Brasil: Edições 70; 2009.
10. Feijão LBV, Boeckmann LMM, Melo MC. Knowledge of resident nurses regarding good practices for childbirth care. Enferm. em Foco [Internet]. 2017 [acesso em 30 fev 2020];8(3). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1318>
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Rev. Epidemiol.Controle Infecç. [Internet]. 2007 [acesso em 07 fev 2020];19(6):349–57. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Morais A, Rempel C, Delving L, Moreschi C. Profile and knowledge of pregnant women about gestational diabetes mellitus. Journal of Epidemiology and Infection Control [Internet]. 2019 [acesso em 16 nov 2020];9(2). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i2.12082>.
13. Ortolani S, Ignatti C. Results of the Gestational Diabetes Mellitus Approach at the Center for Specialties in Women's and Children's Health in Itanhaem-SP. Res, Soc. Dev.[Internet]2018.[acesso em: 4 nov 2020];7(1):1171122.Disponível em: <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i1.102>
14. Souza JS, Takemoto AY. Gestational diabetes mellitus and the difficulties for the self-care. REPENF [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2020];1(1):37-46. Disponível em: <http://www.fafiman.br/seer/index.php/REPEN/article/view/461>
15. Moreira SFC, Silva LED, Lima KLL, Pelazza BB, Borges CJ, Ribeiro SAB. Avaliação dos fatores relacionados à adesão de pacientes com diabetes mellitus ao tratamento. Itinerarius Reflectionis.[Internet].2018[acesso em: 9 nov 2020];14(4):1-19.Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rir.v14i4.54953>

16. Parsons J, Sparrow K, Ismail K, Hunt K, Rogers H, Forbes A. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [acesso em 16 nov 2020];18(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1657-9>
17. McCloskey L, Sherman ML, John MSt, Siegel H, Whyte J, Iverson R, et al. Navigating a ‘perfect storm’ on the path to prevention of type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: lessons from patient and provider narratives. *Matern Child Health J* [Internet]. 2019 [acesso em 8 novembro 2020];23(5):603-612. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2649-0>
18. McParlin C, Hodson K, Barnes AC, Taylor R, Robson SC, Araujo SV. Views, experience and adherence among pregnant women with gestational diabetes participating in a weight loss study (WELLBABE). *Diabet Med* [Internet]. 2019 [acesso em: 9 nov 2020];36(2):195-202. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dme.13788>
19. Fernandes MJM, Ferreira CB. Perceptions of pregnant women with gestational diabetes mellitus: diagnosis, hospitalization and confrontation. *REFACS* [Internet]. 2020 [acesso em 16 nov 2020];8(3):435–45. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/3921>
20. Muhwava LS, Murphy K, Zarowsky C, Levitt N. Experiences of lifestyle change among women with gestational diabetes mellitus (GDM): A behavioural diagnosis using the COM-B model in a low-income setting. *PloS one* [Internet]. 2019 [acesso em 16 novembro 2020];14(11):e0225431. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225431>
21. Nicolosi BF, Lima SAM, Rodrigues MRK, Juliani CMCM, Spiri WC, Calderon IMP et al. Prenatal care satisfaction: perception of caregivers with diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2019. [acesso em 30 out 2020];72 (Suppl 3):305-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0978>
22. Mançú T, Almeida OSC. Knowledge and feelings of diabetic pregnant women about gestational Diabetes mellitus and treatment. *REUOL* [Internet]. 2016 [acesso em 16 nov 2020]. 10(Suppl 3):1474-1482. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11089/12538>
23. Mukona D, Munjanja SP, Zvinvashe M, Pederson BS. Barriers of adherence and possible solutions to nonadherence to antidiabetic therapy in women with diabetes in pregnancy: patients’ perspective. *J Diabetes Res* [Internet]. 2017 [acesso em: 8 nov 2020];2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/3578075>

