

Diabetes Mellitus Gestacional: Perfil sociodemográfico e conhecimento sobre o conceito e diagnóstico da doença de gestantes assistidas em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Palmas-TO

Gestational Diabetes Mellitus: knowledge and sociodemographic profile of pregnant women treated at a Family Health Unit in the Municipality Palmas-TO

Jaqueline Peixoto Lima¹, Danielle Rosa Evangelista²

RESUMO

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é descrita por um estado de hiperglicemia detectado pela primeira vez durante o período gestacional. Essa alteração metabólica é decorrente de alterações fisiológicas do organismo materno e pode trazer graves complicações para a saúde materno fetal. Diante deste cenário, este trabalho tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e avaliar o conhecimento sobre o conceito e diagnóstico de DMG de gestantes assistidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Palmas-TO. O seguinte trabalho trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva. A coleta de dados foi realizada com 27 gestantes de uma Unidade de Saúde da Família, do município de Palmas-Tocantins, através de uma entrevista semiestruturada. Após coleta e análise dos dados foi possível identificar que a maioria das mulheres entrevistadas encontravam-se na faixa etária até 29 anos, possuíam ensino médio completo, eram casadas, de etnia/cor parda e com renda mensal de 1 salário mínimo. A respeito do conhecimento sobre a DMG a maioria das mulheres desconheciam sobre o conceito e diagnóstico da doença. Através dessa pesquisa percebe-se a necessidade da elaboração de estratégias voltadas a disseminação de informações durante o período gestacional considerando as complicações materno/fetais que a DMG pode proporcionar.

Palavras-chave: Diabetes Gestacional, Conhecimento, Gravidez de Alto Risco.

ABSTRACT

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is described by a state of hyperglycemia detected for the first time during the gestational period. This metabolic change is due to physiological changes in the maternal organism and can cause serious complications for maternal and fetal health. Given this scenario, this work aims to evaluate pregnant women's knowledge about GDM and the risk factors presented by them for the development of the disease, in a Basic Health Unit in the city of Palmas-TO. The following work is a quantitative descriptive research. Data collection was carried out with 27 pregnant women from a Basic Health Unit, in the city of Palmas-Tocantins, through a semi-structured interview. After data collection and analysis, it was possible to identify that the majority of women interviewed were unaware of the concept, diagnosis, maternal and fetal complications, treatment and prevention/self-care of Gestational Diabetes Mellitus. Furthermore, it was possible to identify that the pregnant women interviewed had risk factors for the disease. Through this research, it is clear that there is a need to develop strategies aimed at disseminating information during the gestational period, considering the maternal/fetal complications that GDM can cause.

Keywords: Gestational Diabetes, Knowledge, High Risk Pregnancy.

¹Enfermeira pela Universidade Federal do Tocantins, Especialista em Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública de Palmas.
ORCID: 0009-0000-8147-4176
E-mail: peixoto.jaquelineto08@gmail.com

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins, Tutora do Programa Integrado de Residências em Saúde da Escola de Saúde Pública de Palmas.
ORCID:0000-0002-4472-2879
E-mail: daniellerosa@mail.uft.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem heterogênea definida por um estado de hiperglicemia, causado por alterações na síntese e/ou ação do hormônio insulina. A insulina é um hormônio produzido pelas células β das ilhotas pancreáticas e tem como principal função garantir a homeostase glicêmica e a diferenciação celular. Essas ações ocorrem através de mecanismos que agem transportando a glicose circulante no sangue para o interior das células. A falta deste hormônio ou a resistência à ação do mesmo pode levar a um estado de hiperglicemia resultando em danos graves para o organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2020).

De acordo com a sua etiologia a DM pode ser classificada em: Diabetes Tipo 1 (DM1), Diabetes Tipo 2 (DM2), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e outros tipos de diabetes. A DM1 é mais comum em crianças e adolescentes e caracteriza-se por uma deficiência grave de insulina devido a destruição das células β pancreáticas, por fatores relacionados à autoimunidade. A DM2 é considerada multifatorial, sendo o tipo mais comum. Sua fisiopatologia é definida pela resistência à ação da insulina e diminuição parcial da produção deste hormônio. Já a DMG é descrita por um estado de hiperglicemia detectado pela primeira vez durante o período gestacional, excluído os casos em que os níveis glicêmicos indiquem critérios diagnósticos para DM (SBD, 2020; BRASIL, 2017).

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF) atualmente 537 milhões de adultos vivem com diabetes em todo o mundo. No ano de 2021 o diabetes foi responsável por cerca de 6,7 milhões de mortes. Desta forma, o DM representa um grave problema de saúde pública devido aos altos índices de morbidade e mortalidade e ao fato de que essa condição pode acometer tanto homens como mulheres nos diversos ciclos de vida, incluindo o ciclo gravídico. De acordo com a IDF a prevalência global de hiperglicemia na gravidez no ano de 2021 correspondeu a 16,3%. Estima-se que neste mesmo ano em 21,3 milhões de nascidos vivos, no mundo todo, as mulheres tiveram quadros de hiperglicemia, sendo que destes 80,3% foram ocasionados por DMG (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES - IDF, 2021).

A gestação corresponde a um período de grandes adaptações do organismo materno, compreendendo desde alterações anatômicas até fisiológicas. Durante o período gestacional a mulher desenvolve uma resistência à ação da insulina. Essa resistência é resultante de uma adaptação fisiológica do organismo materno que visa suprir as

necessidades de glicose do feto. A resistência à ação da insulina é causada pela ação de hormônios placentários juntamente com outros hormônios presentes durante a gestação como por exemplo a prolactina, o cortisol e o Hormônio Lactogênio Placentário (HPL). No organismo materno esses hormônios são considerados diabetogênicos pois agem reduzindo a sensibilidade das células a ação da insulina, levando o organismo a um estado de hiperglicemia. Essas alterações fisiológicas quando não compensadas pelo organismo materno pode trazer como complicação a DMG (REIS; VIVAN; GUALTIERI, 2019; OLIVEIRA et al., 2014).

Além do aumento da resistência insulínica, existem alguns fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento da DMG. Entre esses fatores destaca-se: idade materna maior que 25 anos, obesidade, histórico familiar ou pessoal da doença, gemelaridade, dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, óbito fetal sem motivo aparente, história obstétrica anterior de macrosomia, entre outros. Apesar dos fatores de risco serem de extrema importância para a identificação das gestantes com maior vulnerabilidade de desenvolver DMG o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o rastreamento da doença seja feito de forma universal, ou seja, em todas as gestantes, não considerando os fatores de risco para fins de rastreamento (BRASIL, 2022).

Sendo assim, o rastreamento e diagnóstico de hiperglicemia na gestação deve ser feito durante as consultas de pré-natal através dos exames recomendados pelo MS, sendo eles: a glicemia de jejum, que deve ser solicitada na primeira consulta, e o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) que deve ser solicitado preferencialmente entre 24 e 28 semanas de gestação. Existem dois tipos de alterações glicêmicas que podem ser identificadas no período gestacional, sendo elas, a DMG e a Diabetes Mellitus Diagnosticado na Gestação (DMDG). Os critérios para diagnóstico da DMG consistem em resultado de glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL ou pelo menos um dos valores de TOTG com 75g com valores \geq a 92mg/dL no jejum ou \geq a 180mg/dL na primeira hora ou \geq a 153mg/dL na segunda hora. Em casos em que os valores de glicemia de jejum forem \geq 126mg/dL e/ou o TOTG 75 g na segunda hora for \geq 200mg/dL será definido o diagnóstico de DMDG (BRASIL, 2022).

Tendo em vista os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de DMG reforça-se a importância das medidas de prevenção/autocuidado adotadas pelas gestantes durante o ciclo gravídico. Neste contexto, a prevenção e o autocuidado configuram-se como sinônimos levando em consideração que ambos constituem-se de cuidados que a gestante

deve desenvolver com o objetivo de manter os níveis glicêmicos dentro dos padrões de normalidade evitando assim o desenvolvimento de DMG. Sendo assim, constituem medidas de prevenção/autocuidado a prática regular de exercícios físicos e as mudanças de hábitos alimentares através de uma dieta individualizada e equilibrada que mantenha os níveis de normoglicemia e evitem a obesidade (LIMA; PAULA; RIBEIRO, 2021).

Atualmente, segundo estudos realizados nas últimas décadas, a prevalência de DMG varia de 1% a 37,7%. No Brasil, as estatísticas de hiperglicemia na gravidez apontam que no Sistema Único de Saúde (SUS) a prevalência de DMG seja de aproximadamente 18% seguindo os critérios de diagnóstico estabelecidos pelo MS. Nas últimas décadas tem-se observado o aumento desses números principalmente devido a maior prevalência da obesidade e sedentarismo na população (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTÉTRICA-FEBRASGO, 2019).

Esses dados demonstram a importância do diagnóstico correto para a condução do tratamento, tendo em vista que, a DMG acarreta grandes complicações materno-fetais a curto e longo prazo. Para a mãe essa patologia pode apresentar como complicações o aborto espontâneo, rotura prematura de membranas, parto pré-termo, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial, infecções urinárias, polidrâmnio, além de maiores chances de partos instrumentais ou cesarianas devido a macrosomia fetal, o que consequentemente aumenta os riscos de hemorragia pós parto e infecções puerperais. Além disso, a longo prazo, mulheres que tiveram histórico de DMG podem desenvolver DM do tipo 2. Para o feto a DMG acarreta complicações como a macrosomia, hipóxia intrauterina, distócia de ombro, hipoglicemia neonatal, síndrome de desconforto respiratório (SRD), icterícia, policitemia, mortalidade perinatal, entre diversas outras complicações metabólicas (BOLOGNANI; SOUZA; CALDERON, 2011; BRASIL, 2022).

Após o diagnóstico da DMG a gestante deverá ter sua estratificação de risco gestacional definida como gestação de alto risco. Diante disso, a mesma deverá ser acompanhada pela Atenção Primária a Saúde (APS) através das consultas de pré-natal, conforme calendário estabelecido pelo MS, além de acompanhamento com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para atendimentos de alto risco, conforme fluxo do município. Logo após a estratificação de risco gestacional deverá ser elaborado um Plano de Cuidados, juntamente com a equipe interdisciplinar, com o objetivo de manter o controle dos níveis glicêmicos da gestante. O controle da glicemia materna deve ser realizado diariamente, ou pelo menos três vezes por semana em gestantes em tratamento não

farmacológico e preferencialmente diário para aquelas em uso de insulina (BRASIL, 2019; BRASIL, 2022).

O tratamento não farmacológico consiste no processo de ajustes na alimentação, com a definição de uma dieta individual além da prática de exercícios físicos, se não houver contraindicações para os mesmos. A escolha pelo método não farmacológico é o primeiro passo para o controle glicêmico, tendo em vista que 70% das mulheres diagnosticadas com DMG conseguem o controle através dessas condutas. Quando os valores glicêmicos não se mantêm dentro dos níveis de normoglicemia faz-se necessário o uso de método farmacológico, sendo a insulina a droga de primeira escolha (BRASIL, 2019; BRASIL, 2022).

Diante deste cenário, tendo em vista as diversas complicações materno-fetais ocasionadas pela DMG e a importância dos cuidados em saúde durante as consultas de pré-natal para a prevenção dessa comorbidade questiona-se: qual o conhecimento das gestantes acerca da DMG? As gestantes conhecem o que é a DMG e como a doença pode ser diagnosticada durante a gestação?

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e avaliar o conhecimento sobre o conceito e diagnóstico de DMG de gestantes assistidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Palmas-TO.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O seguinte trabalho trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva. A população do estudo foi composta por 27 gestantes que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa.

Foram adotados como critérios de inclusão: gestantes com 18 anos ou mais, gestantes que possuíam acompanhamento das consultas de pré-natal na USF 409 Norte independentemente da idade gestacional e gestantes que estavam em condições físicas e emocionais de responder o questionário. Para critérios de exclusão gestantes que se desvincularam da unidade devido a mudança de endereço ou outras causas.

Apesar da unidade prestar assistência a um número maior de mulheres no ciclo gravídico, durante o período definido para a coleta de dados, foram encontradas dificuldades no processo de coleta que limitaram o acesso a todo esse grupo. Os desafios encontrados estavam relacionadas a ausência de algumas gestantes nas consultas de pré-natal agendadas e o tempo de duração das consultas de pré-natal que causavam a recusa

de algumas mulheres em participar da pesquisa pois precisavam retornar para suas atividades.

A pesquisa foi desenvolvida na USF 409 Norte, localizado no município de Palmas-TO no território Kanela I. A escolha deste serviço de saúde como local de estudo ocorreu por conveniência devido ao fato de que uma das pesquisadoras está inserida neste cenário de prática em suas atividades do seu programa de residência. Sendo assim, a familiarização com o local, equipes e usuários do serviço, além do deslocamento tornaram essa unidade um local propício para o desenvolvimento desta pesquisa.

Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada, feita pela pesquisadora, utilizando um formulário, elaborado previamente, com perguntas acerca da temática a ser trabalhada.

Foram utilizadas na construção do formulário as seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, etnia/cor, renda mensal e avaliação do conhecimento sobre o conceito e diagnóstico de DMG. A coleta de dados ocorreu no momento das consultas de pré-natal, de forma individualizada, no período de Abril a Junho de 2024.

Para avaliação do nível de conhecimento da gestante sobre DMG foi adotado o modelo de escala do tipo Likert. Neste modelo utiliza-se uma escala de classificação que mede o nível de conhecimento baseado em cinco itens, sendo eles: 1- NENHUM; 2- LIMITADO; 3- MODERADO; 4- SUBSTANCIAL; 5- EXTENSO.

O entrevistador era o responsável por ler o formulário e apresentar cada alternativa para o entrevistado e o mesmo deveria responder se considerava ou não a mesma como correta. Cada entrevistado foi pontuado de acordo com a quantidade de alternativas que considerou como verdadeira. Cada questão possuía 4 alternativas todas apresentadas de forma exata pois o objetivo era explorar o quanto o entrevistado conhecia a respeito daquela temática.

Dessa forma, foi adotado o seguinte modelo de avaliação: o entrevistado que não considerou nenhuma questão recebeu a pontuação 1 da escala, ou seja, foi classificado como “nenhum conhecimento”, quando acertou 1 questão recebeu a pontuação 2 sendo classificado como “limitado conhecimento”, ao acertar 2 questões foi classificado como 3 “moderado conhecimento”, ao acertar 3 questões como “substancial conhecimento” e por fim o entrevistado que atingiu 4 afirmativas recebeu a classificação 5 ou seja “extenso conhecimento”.

Os dados coletados foram digitados em planilha Excel e processados em programa estatístico IBM SPSS versão 22. Os resultados foram apresentados utilizando-se frequência absoluta e relativa, expressos em porcentagens, médias, desvio padrão, utilizando estatística descritiva e Intervalos de Confiança (IC 95%).

O Projeto de Pesquisa (PP) foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via e-mail. Após apreciação e aprovação, o PP foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do CEP/FESP, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O mesmo foi aprovado sob o parecer de Nº 6.088.536.

3. RESULTADOS

Ao final da coleta de dados foram entrevistadas ao todo 27 gestantes, sendo que, destas 17 (63,0%) encontravam-se na faixa etária até 29 anos e 10 (37,0%) com 30 anos ou mais. A grande maioria das entrevistadas possuíam ensino médio completo (37%), eram casadas (55,6 %), de etnia/cor parda (70,4%) e com uma renda mensal de 1 salário mínimo (59,3%) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição do número de gestante de acordo com as características sociodemográficas. Unidade de Saúde da Família 409 Norte no município de Palmas- TO, 2023-2024.

Variáveis (n=27)	Frequência	Porcentagem (%)
Faixa etária		
Até 29 anos	17	63,0
30 anos ou mais	10	37,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	1	3,7
Ensino Fundamental Completo	3	11,1
Ensino Médio Incompleto	5	18,5
Ensino Médio Completo	10	37,0
Ensino Superior Incompleto	1	3,7
Ensino Superior Completo	7	25,9
Estado Civil		
Solteira	4	14,8
Casada	15	55,6
União estável	8	29,6
Etnia/cor		
Branca	2	7,4
Parda	19	70,4
Amarela	2	7,4
Preta	4	14,8
Renda mensal		

1 salário-mínimo	16	59,3
Entre 1 e 3 salários-mínimos	8	29,6
Entre 3 e 5 salários-mínimos	3	11,1

Fonte: Autoria Própria

A respeito do conhecimento das gestantes acerca do conceito de DMG, do total de 27 entrevistadas, 14 (51,9%) afirmaram conhecer o conceito e 13 (48,1%) negaram. Entretanto, após a aplicação do questionário e avaliação com pontuação utilizando a escala de Likert constatou-se que 14 (51,9%) das gestantes apresentavam nenhum conhecimento sobre a variável (Tabela 2).

Tabela 2- Conhecimento das gestantes acerca do conceito de DMG.

	Sim (Frequência/%)	Não (Frequência/%)
Conceito: Você sabe o que é DMG?	14 (51,9)	13 (48,1)
Causada pelo aumento de açúcar no sangue	12 (44,4)	15 (55,6)
Sua causa está associada a alterações do corpo que acontecem durante a gestação	8 (29,6)	19 (70,4)
É diagnosticada pela primeira vez durante a gestação	8 (29,6)	19 (70,4)
Pode evoluir para DM após o parto	9 (33,3)	18 (66,7)
Classificação do nível de conhecimento	n	%
Nenhum conhecimento	14	51,9
Conhecimento limitado	3	11,1
Conhecimento moderado	2	7,4
Conhecimento substancial	3	11,1
Conhecimento extenso	5	18,5

Fonte: Autoria Própria

Quando questionadas sobre o diagnóstico de DMG, 14 (51,9%) mulheres relataram não conhecer como a doença pode ser diagnosticada na gestante e 13 (48,1%) afirmaram ter conhecimento sobre essa questão. Ainda que 13 mulheres tenham relatado tal conhecimento, após serem avaliadas, 14 (51,9%) gestantes apresentaram nenhum conhecimento (Tabela 3).

Tabela 3- Conhecimento das gestantes acerca do diagnóstico de DMG.

	Sim (Frequência/%)	Não (Frequência/%)
Diagnóstico: Você sabe como é feito o diagnóstico de DMG?	13 (48,1)	14 (51,9)
O diagnóstico é feito através de exames solicitados durante as consultas de pré-natal	11 (40,7)	16 (59,3)
Todas as gestantes devem realizar os exames, mesmo se não tiverem sintomas ou histórico de DM	8 (29,6)	19 (70,4)

O diagnóstico é feito através de 2 exames a glicemia de jejum e o TOTG	7 (25,9)	20 (74,1)
Os exames devem ser solicitados no 1° e 2° trimestre da gestação	8 (29,6)	19 (70,4)
Classificação do nível de conhecimento	n	%
Nenhum conhecimento	14	51,9
Conhecimento limitado	3	11,1
Conhecimento moderado	2	7,4
Conhecimento substancial	5	18,5
Conhecimento extenso	3	11,1

Fonte: Autoria Própria

4. DISCUSSÃO

A idade materna avançada está associada a diversas complicações na gestação, entre elas, a Diabetes Mellitus Gestacional. Isso ocorre pois à medida que as mulheres passam pelo processo de envelhecimento aumenta-se a resistência a atividade da insulina e há uma diminuição na ação das células beta pancreáticas favorecendo o surgimento da doença (GODINHO et al., 2023).

Segundo o Manual de Alto Risco, proposto pelo MS, idade materna acima de 25 anos é considerada como fator de risco para DMG (BRASIL, 2022). Em seu estudo Gonçalves e Monteiro (2012) apontou que a prevalência de DMG pode aumentar de 3 a 6 vezes em mulheres com mais de 40 anos em comparação com mulheres de 20 a 29 anos. Diante disso, percebe-se que parte das mulheres que participaram da pesquisa encontram-se dentro do grupo de risco, em relação a idade, e que esse quadro pode se agravar ainda mais para aquelas com maior idade materna.

O conhecimento das características sociodemográficas das gestantes é de extrema importância pois permite a caracterização dos fatores sociais dessas mulheres para identificação dos riscos em que as mesmas podem estar expostas. As consultas de pré-natal constituem-se como uma importante ferramenta no reconhecimento e manejo dos possíveis riscos gestacionais que não se restringem apenas as condições clínicas apresentadas pela paciente, mas também podem estar relacionados com as questões sociais (GARCIA et al., 2019).

A respeito do nível de estudo, compreende-se que a baixa escolaridade pode influenciar negativamente no processo de cuidado a saúde dessas mulheres, tendo em vista que, podem ocorrer baixa adesão ao plano de cuidados e dificuldades na compreensão das informações compartilhadas pelos profissionais devido as limitações de

leitura, escrita e fala (MORAIS et al., 2019). Apesar disso, o nível de escolaridade prevalente neste estudo evidenciou que a maior parte das entrevistadas tinham no mínimo o ensino fundamental completo.

Outra característica importante descrita é a renda mensal relatada pelas mesmas. O nível de condição socioeconômica é considerado como um determinante na escolha de alimentos e a baixa renda familiar está associado a piores condições nutricionais e obstétricas. Essa relação acontece devido ao fato de que o baixo poder aquisitivo faz com que as pessoas tenham acesso a uma quantidade menor de alimentos, consequentemente uma alimentação pouco variada, além de um aumento no consumo de alimentos mais calóricos por serem mais baratos. Dessa forma, o consumo de ultraprocessados supera o de alimentos *in natura* e pode ocasionar o aumento dos níveis de açúcar no organismo materno (SILVA, 2018).

A respeito do conhecimento das gestantes os dados encontrados nesse estudo reforçam o desconhecimento das mesmas em relação ao conceito de DMG e corrobora com resultado encontrado por Costa *et al.* (2015) no qual através de sua pesquisa qualitativa ao questionar 17 gestantes sobre o conceito de DMG, 9 delas apresentaram falas como “não sei” e “não entendo” evidenciando a falta de compreensão da patologia. Em pesquisa feita por Santos *et al.* (2023) foram encontrados resultados semelhantes ao avaliarem 15 gestantes atendidas em uma USF. Por meio deste, constatou-se que as pacientes apresentavam através de suas falas um conhecimento superficial sobre DMG associando a doença somente ao consumo de açúcar.

Em relação ao desconhecimento das gestantes sobre a forma de diagnóstico resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Borges et al. (2017) que através de sua pesquisa constatou que 59% das gestantes entrevistadas desconheciam sobre os exames que devem ser realizados para o diagnóstico de DMG.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses resultados demonstram as fragilidades encontradas na assistência à saúde durante o ciclo gravídico, tendo em vista que, as mulheres engravidam e passam por esse processo sem conhecimento a respeito das alterações que acontecem no corpo durante esse período e que podem acarretar no desenvolvimento de complicações quando associadas a outros fatores. Em consequência disso, as gestantes ficam expostas aos

diversos riscos maternos e fetais associados a DMG o que corrobora para o aumento dos índices de morbimortalidade materna e fetal.

Neste contexto, destaca-se a importância das consultas de pré-natal, ações de educação em saúde, presença de uma equipe multiprofissional durante o acompanhamento da gestação e para além disso consultas voltadas para o planejamento reprodutivo dessas mulheres. Uma vez que, através dessas consultas é possível identificar os riscos apresentados pelas mulheres que desejam engravidar e antes mesmo da concepção iniciar um plano de cuidados para melhoria do quadro clínico da paciente antes que se inicie uma gestação e que esses fatores sejam agravados.

Para a melhoria dessa assistência faz-se necessário a capacitação dos profissionais de saúde que atuam desde a atenção primária até serviços especializados, ações de promoção de saúde e melhorias das condições ao acesso a informação e serviços de saúde dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 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, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Rastreamento-Diabetes.pdf>. Acesso em: 1 ago.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasília, 2022. Disponível em:< <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>>. Acesso em: 1 ago.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo, 2019. Disponível em:< <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 2 ago.2022.

BOLOGNANI, C.V; SOUZA, S.S.; CALDERON, I.M.P. Diabetes Mellitus Gestacional- enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, sup. 1, p. 31-42, 2011. Disponível em:< https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/diabetes_mellitus_gestacional.pdf>. Acesso em: 2 ago.2022.

BORGES, M.C.V. et al. O conhecimento de gestantes sobre o Diabetes Mellitus Gestacional em unidade de pré-natal no sul de Minas Gerais. **Arch Health Invest**, v.6, n.8, p.348-351, 2017. Disponível em:< <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/2089> >. Acesso em: 5 ago.2024.

COSTA, R.C. et al. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v.41, n. 1, p.131-140, 2015. Disponível em:<<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/13504> >. Acesso em: 15 ago.2024.

FEBRASGO. Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. **Femina**, v.47, n.11, p. 786-96, 2019.

GARCIA, E.M et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível ?. **Ciênc. Saúde Colet**, v.24, n.12, p. 4633-4642, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/wd8rzF6fR7XvfMwDCJSBkJw/?lang=pt> >. Acesso em: 1 ago. 2024.

GODINHO, B. V. et al. Diabetes Mellitus Gestacional: Fisiopatologia, fatores de risco e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.4, p. 13859-13870, 2023. Disponível em:<<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/59019> >. Acesso em: 1 ago. 2024.

GONÇALVES, Z.R; MONTEIRO, D.L.M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v.40, n.5, 2012. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668400> >. Acesso em: 1 ago.2024.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 10th edition,2021. Disponível em:<https://diabetesatla.s.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.

LIMA, A.S.P; PAULA, E; RIBEIRO, W.A. Atribuições do enfermeiro na prevenção do Diabetes Gestação na Atenção Primária á Saúde. **Recisatec-Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 1, n. 2, p. e1219, 2021. Disponível em:<<https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/19/17>>. Acesso em: 1 nov. 2022.

MORAIS, A.M. Perfil e conhecimento de gestantes sobre o diabetes mellitus gestacional. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç**, Santa Cruz do Sul, v.9, n.2, p.134-141, 2019. Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021771> >. Acesso em: 1 ago.2024.

OLIVEIRA, C.C.G. et al. Diabetes Gestacional Revisitada: aspectos bioquímicos e fisiopatológicos. **Revista Humano Ser**, Natal,v.1, n.1, p.60-73, 2014.

REIS, M.G.V.; VIVAN, R.H.F.; GUALTIERI, K.A. Diabetes Mellitus Gestacional: aspectos fisiopatológicos materno-fetais. **Rev.Terra & Cult**, Londrina,v.35, n.69, jul./dez. 2019.

SANTOS, C.L.F. et al.(Des)conhecimento de gestantes atendidas na atenção primária á saúde sobre Diabetes Mellitus Gestacional. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v.27, n.7, p. 3703-3720, 2023. Disponível em:<<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10241/4949> >. Acesso em: 5 ago.2024.

SILVA, R.L.M. Avaliação socioeconômica, de saúde e antropométrica de mulheres com diabetes mellitus gestacional e seus recém-nascidos. 2018. 45f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Graduação em Nutrição) – Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. **Clannad**, São Paulo, 2020. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 1 ago.2022.