

Nível de adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus gestacional no ambulatório de gestação de alto risco na cidade de Cascavel/PR

Level of adherence to the treatment of patients with gestational diabetes mellitus in the high-risk pregnancy outpatient in the city of Cascavel/PR

Nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus gestacional en el ambulatorio de embarazo de alto riesgo en la ciudad de Cascavel/PR

Recebido: 15/05/2023 | Revisado: 23/05/2023 | Aceitado: 24/05/2023 | Publicado: 29/05/2023

Maria Eduarda Santos Venturin

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1557-479X>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: dudaventurin@hotmail.com

Marise Vilas Boas Pescador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3718-1063>
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: marisevilasboas@hotmail.com

Resumo

A gestação é um fenômeno fisiológico que engloba inúmeras mudanças, sendo que as principais envolvem o metabolismo da mulher. Frente a isso, sabe-se que algumas alterações resultam em um curso gestacional irregular, resultando em maiores chances de complicações, interferências e óbito para o binômio materno-fetal, determinando, portanto, a chamada gestação de alto risco. Entre as diversas etiopatogenias há a diabetes mellitus gestacional (DMG), a qual mediante efetividade da realização do seu tratamento resulta em redução de possíveis desfechos desfavoráveis durante e após a gestação. Desse modo, este estudo visou à realização de um levantamento quantitativo por meio da aplicação de questionários sobre o nível de adesão ao tratamento de mulheres diagnosticadas com DMG, bem como a identificação dos principais fatores que as impedem a aderência adequada em um ambulatório de gestação de alto risco da cidade de Cascavel/PR. Foram entrevistadas 42 mulheres, a partir da aplicação de um questionário geral, Teste de Morisky-Green e adaptação do questionário de atividades de autocuidado. De modo geral, a adesão e a realização das terapêuticas dietéticas, medicamentosa e a monitorização glicêmica ocorreram de modo efetivo, expressando um valor estatisticamente significativo ($> 50\%$). Por outro lado, a atividade física foi o pilar com menor número de adesão e realização diária. Ademais, foi possível concluir que a condição financeira e o trabalho são os principais motivos para o não seguimento terapêutico efetivo entre as participantes que apontaram algum fator causal.

Palavras-chave: Diabetes mellitus gestacional; Terapêutica; Adesão ao tratamento.

Abstract

Pregnancy is a physiological phenomenon that encompasses numerous changes, the main ones involving the woman's metabolism. In view of this, it is known that some alterations result in an irregular gestational course, resulting in greater chances of complications, interference and death for the maternal-fetal binomial, thus determining the so-called high-risk pregnancy. Among the various etiopathogenesis there is gestational diabetes mellitus (GDM), which, through the effectiveness of its treatment, results in a reduction of possible unfavorable outcomes during and after pregnancy. Thus, this study aimed to carry out a quantitative survey through the application of questionnaires on the level of adherence to the treatment of women diagnosed with GDM, as well as the identification of the main factors that prevent adequate adherence in a pregnancy outpatient clinic in high risk in the city of Cascavel/PR. 42 women were interviewed, based on the application of a general questionnaire, the Morisky-Green test and adaptation of the self-care activities questionnaire. In general, adherence to and implementation of dietary and drug therapies and glycemic monitoring occurred effectively, expressing a statistically significant value ($> 50\%$). On the other hand, physical activity was the pillar with the lowest adherence and daily performance. In addition, it was possible to conclude that financial condition and work are the main reasons for not following effective therapy among participants who indicated some causal factor.

Keywords: Gestational diabetes mellitus; Therapy; Adherenc to treatment.

Resumen

El embarazo es un fenómeno fisiológico que engloba numerosos cambios, los principales relacionados con el metabolismo de la mujer. Ante esto, se sabe que algunas alteraciones resultan en un curso gestacional irregular,

trayendo como consecuencia mayores posibilidades de complicaciones, interferencias y muerte para el binomio materno-fetal, determinando así el llamado embarazo de alto riesgo. Entre las diversas etiopatogenias se encuentra la diabetes mellitus gestacional (DMG), que, a través de la efectividad de su tratamiento, se traduce en una reducción de posibles desenlaces desfavorables durante y después del embarazo. Así, este estudio tuvo como objetivo realizar un levantamiento cuantitativo a través de la aplicación de cuestionarios sobre el nivel de adherencia al tratamiento de mujeres con diagnóstico de DMG, así como la identificación de los principales factores que impiden una adecuada adherencia en un ambulatorio de embarazo en alta riesgo en la ciudad de Cascavel/PR. Se entrevistó a 42 mujeres, a partir de la aplicación de un cuestionario general, el test de Morisky-Green y la adaptación del cuestionario de actividades de autocuidado. En general, la adherencia y la implementación de las terapias dietéticas y farmacológicas y el control glucémico se produjeron de manera efectiva, expresando un valor estadísticamente significativo (> 50%). Por otro lado, la actividad física fue el pilar con menor adherencia y desempeño diario. Además, fue posible concluir que la condición económica y el trabajo son las principales razones para no seguir una terapia efectiva entre los participantes que indicaron algún factor causal.

Palabras clave: Diabetes mellitus gestacional; Terapia; Adhesión al tratamiento.

1. Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico que engloba mudanças em âmbitos físicos, sociais e emocionais, os quais ocorrem de modo saudável na maioria dos casos. Todavia, em um determinado grupo de gestantes há uma evolução desfavorável, implicando em riscos tanto para a mãe quanto para o feto, determinando a chamada gestação de alto risco (Silva et al., 2012). A gestação de alto risco é definida por: “gestações nas quais ocorre doença materna ou condição sociobiológica potencialmente prejudicial à evolução da gravidez havendo, portanto, risco maior para a saúde da mãe e/ou do bebê” (Langaro & Santos, 2014, p. 628).

A diabetes mellitus gestacional (DMG) configura-se como “uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação atual, sem ter previamente preenchido os critérios diagnósticos de DM” (Golbert et al., 2019, p.21). A identificação dessa patologia gestacional ocorre, majoritariamente, no fim do segundo ou no início do terceiro trimestre de gestação, pois são momentos em que a resistência à insulina se encontra acentuada (S. Costa et al., 2017). As complicações englobam a mãe e o feto, portanto é extremamente necessário a realização do tratamento, objetivando o controle da hiperglicemia e concomitantemente evitar seus desfechos desfavoráveis. São exemplos das adversidades fetais: abortamentos, malformações congênitas, restrição do crescimento fetal, hiperinsulinemia fetal e macrossomia. Junto a isso, ainda existem os desfechos maternos, os quais incluem aumento do risco de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, desfechos perinatais – crescimento fetal excessivo e trauma de parto – e diabetes mellitus tipo 2 (Amaral, 2012; S. Costa et al., 2017).

O rastreamento da DMG inicia-se com uma anamnese completa, a qual irá investigar uma série de fatores de riscos – idade igual ou superior a 35 anos, índice de massa corporal (IMC) prévio a gestação >25kg/m² (sobrepeso e obesidade), antecedente pessoal de diabetes gestacional, antecedente familiar de diabetes mellitus (parentes de primeiro grau), macrossomia ou polidrâmnio em gestação anterior, óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior, malformação fetal em gestação anterior, uso de drogas hiperglicemiantes (corticóides, diuréticos tiazídicos), síndrome dos ovários policísticos e hipertensão arterial crônica, ganho de excessivo de peso e suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polidrâmnio (Silva et al., 2012).

Independentemente da presença ou ausência de fatores risco é mandatório a realização da dosagem de glicemia plasmática em jejum na primeira consulta de pré-natal. Se o valor for ≥ 92 mg/dL e < 126 mg/dL o diagnóstico de DMG é feito, todavia, é importante ressaltar que se o valor for ≥ 126 mg/dL ocorre a identificação da diabetes mellitus diagnosticada na gestação (S. Costa et al., 2017; Golbert et al., 2019; Silva et al., 2012). Tanto na diabetes gestacional quanto na diabetes pré-gestacional o diagnóstico deve ser confirmado com a realização de uma segunda dosagem da glicemia de jejum. Por outro lado, gestantes com valores < 92 mg/dL antes da 20^a semana devem repetir o rastreamento entre a 24^a e a 28^a semana gestação por meio do teste oral de tolerância à glicose (TOTG), sendo que ao menos um valor de jejum de 92 a 125mg/dL, valores 1^o

hora após ingesta de 75 gramas de glicose > 180mg/dL ou após 2ª hora entre 153 a 199mg/dL indicam DMG; se a glicose em jejum for >126mg/dL ou após a 2ª hora \geq 200mg/dL é feito o diagnóstico de diabetes mellitus (Golbert et al., 2019).

O tratamento da DMG é multidisciplinar – obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeiro – e engloba os seguintes fatores: dieta alimentar que permita ganho de peso adequado e controle metabólico, atividade física controlada, controle glicêmico diário e tratamento farmacológico – hipoglicemiantes orais e insulino terapia (Brasil, 2022; Golbert et al., 2019). Segundo a revisão literária publicada em 2019 por Weinert et al. sabe-se que esses conjuntos de métodos terapêuticos estruturados acarretam ao binômio materno-fetal desfechos semelhantes aos da população de baixo risco. Mas, o mau controle metabólico materno, com médias glicêmicas superiores aos valores estabelecidos no terceiro trimestre tem um resultado perinatal proporcional a não adesão completa, com evidências de 52,4% de macrossomia, 14,3% de óbito fetal e 8,2% de má formações. (Friedrich et al., 2019). Ademais, é importante ressaltar que a escolha terapêutica ocorre de forma individual, ou seja, para cada gestante haverá uma terapêutica específica, sendo que durante o curso gestacional é possível o remodelamento do tratamento, a depender da necessidade.

Por fim, vale destacar também que a prática de atividade física e alimentação adequada – os quais correspondem aos principais pilares do tratamento dessa comorbidade – também atuam como redução do risco para o desenvolvimento da DMG. Sendo que o consumo de frutas e vegetais e o exercício físico durante o pré-natal, representam associação com gestantes saudáveis, enquanto as com ingestão de alimentos com alto teor glicêmico e as que não realizam atividade física tiveram um risco aumentado para o desenvolvimento da diabetes mellitus gestacional de acordo com R. Costa et al. em sua revisão bibliográfica publicada em 2021.

Mediante o exposto, é incontestável que o conhecimento minucioso da gestante em relação às medidas terapêuticas permite que se possa atingir a normoglicemia materna, acarretando o impedimento das complicações, interferência e o óbito ao binômio materno-fetal (Maganha et al., 2003). Logo, faz-se necessário entender o nível de adesão e as dificuldades encontradas no cotidiano que impedem o tratamento adequado da diabetes gestacional, buscando compreender a problemática do tratamento, bem como, buscar possíveis soluções, as quais irão contribuir para reduzir ao máximo possível a morbimortalidade englobada pela diabetes gestacional não controlada – tanto para a mãe quanto para o bebê. Isto posto:

Portanto, é o paciente, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. Nele estão centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social (Leite & Vasconcellos, 2003, p. 781).

Dessa forma, esse trabalho teve como objetivo abordar a avaliação do nível de adesão ao tratamento da DMG, bem como identificar quais os principais fatores do cotidiano que o impedem o adequado tratamento em mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional em um ambulatório gestacional de alto risco em Cascavel-PR.

2. Metodologia

O trabalho foi desenvolvido por meio da análise dos resultados obtidos a partir da aplicação de questionários físicos em gestantes atendidas no ambulatório de alto risco. Primeiramente, foi aplicado um formulário geral contendo questões de marcar X sobre quais seriam as terapêuticas utilizadas para o tratamento – atividade física, dieta, medicação e monitorização da glicemia – e também uma questão discursiva sobre qual é o principal fator que interfere na adesão efetiva sob a perspectiva da paciente. Outro método utilizado foi o Teste de Morisky-Green – validado no Brasil –, o qual tem como objetivo a identificação da adesão ao tratamento medicamentoso. Esse é composto por quatro perguntas, as quais fundamentam-se que o uso inadequado de medicamentos ocorre em uma ou em todas as seguintes formas: esquecimento, descuido, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior (Morisky et al., 1986). É

considerado uma escala psicométrica com respostas dicotômicas (intencional e não intencional), as quais conforme o protocolo de Teste de Morisky, Green e Levine é obtida da seguinte maneira: adesão ao tratamento a paciente que obtiver pontuação máxima de quatro pontos e não adesão aquela que obtiver três pontos ou menos (Baldoni et al., 2016). Somando-se a eles, foi realizado também o Questionário de Atividades de Autocuidado (QAD). O mesmo foi traduzido e adaptado para o Brasil, sendo composto por 6 tópicos e 15 itens (Michels et al., 2010). Devido há pouca disponibilidade de instrumentos específico que possibilitem a avaliação da adesão ao tratamento de gestantes com DMG, optou-se por ele, no entanto de forma adaptada, utilizando apenas 4 dimensões: “alimentação geral” (item1.2), “alimentação específica” (itens 2.1, 2.2 e 2.3), “atividade física” (item3.1) e “monitorização da glicemia” (itens 4.1 e 4.2).

Trata-se de um estudo quantitativo e exploratório em que foi aplicado e avaliado questionários para pacientes que estavam em tratamento de DMG em um ambulatório de gestação de alto risco no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), localizado na da cidade de Cascavel/PR no período de abril a maio de 2022. A escolha desse método deu-se com base no e-book Metodologia Da Pesquisa Científica, em que os autores expressam que a partir das diversas respostas obtidas dos entrevistados pelo método quantitativo é possível agrupar cada questionamento, gerando um conjunto de dados, os quais serão analisados e aplicados aos objetivos do estudo, conforme o trecho a seguir:

Nos métodos quantitativos, faz-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos por meio do uso de medições de grandezas e obtém-se por meio da metrologia, números com suas respectivas unidades. Estes métodos geram conjuntos ou massas de dados que podem ser analisados por meio de técnicas matemáticas como é o caso das porcentagens, estatísticas e probabilidades, métodos numéricos, métodos analíticos e geração de equações e/ou fórmulas matemáticas aplicáveis a algum processo. (Pereira et al., 2018, p. 69).

No início da busca, havia o objetivo de 100 pacientes com o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, todavia devido ao número reduzido de pacientes atendidas diariamente em consequência da pandemia da COVID-19 e a frequência semanal das mesmas pacientes, resultando em uma amostra de 42 participantes. A abordagem foi realizada de modo presencial pelo próprio pesquisador durante o tempo de espera de consulta das mesmas, tendo um tempo médio para a realização do questionário é de 12 minutos.

Foram selecionadas as pacientes que no período do estudo estavam em tratamento por diabetes mellitus gestacional no ambulatório de gestação de alto risco do CISOP e que atenderam aos critérios de elegibilidade: acima de 18 anos, brasileira, ter sido diagnosticada com DMG e estar em tratamento no ambulatório gestacional de alto risco. Foram excluídos mulheres menores de 18 anos, analfabetas ou portadoras de deficiência mental, diabetes pré-gestacional e aquelas que não aceitarem por livre e espontânea vontade o preenchimento do questionário.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG, segundo Parecer nº 5.382.667.O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes após os procedimentos envolvidos no estudo terem sido detalhadamente explicados.

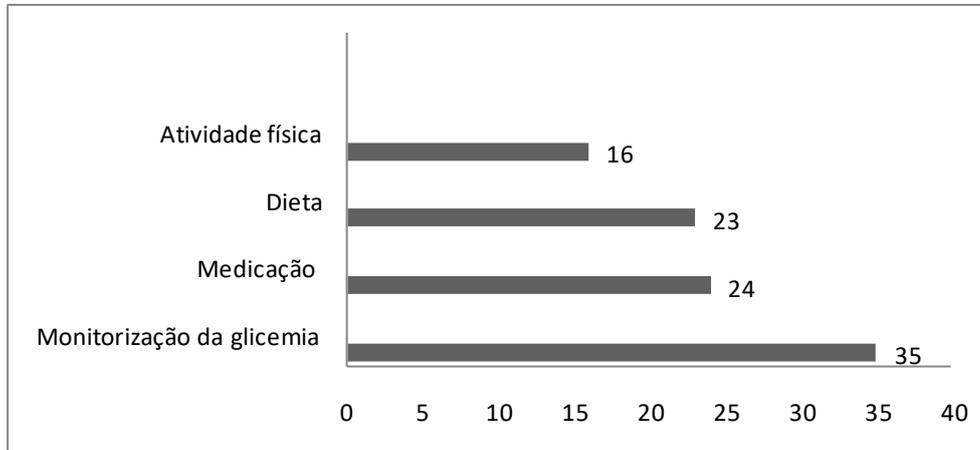
3. Resultados e Discussão

Foram analisados 42 questionários preenchidos por pacientes portadoras de DMG, os quais aplicados entre abril a maio de 2022 no ambulatório de gestação de alto risco no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), localizado na cidade de Cascavel/PR.

Primeiramente, foi interrogado dentre os esquemas terapêuticos específicos recomendados por profissionais médicos quais eram os aplicados pelas participantes. Assim, pôde-se observar conforme demonstrado no Gráfico 1 que a monitorização com múltiplos testes diários da glicemia capilar foi a terapêutica a predominante, ou seja, 35 das 42 gestantes utilizavam o automonitoramento. Essa verificação possui recomendação diária, devendo ser iniciado logo após o diagnóstico de acordo com

Zajdenverg, et. al (2022). A sua finalidade é de suma importância, visto que contribui para identificar a variação da glicemia (hipoglicemia e hiperglicemia), efeitos da alimentação, necessidade de alteração das medicações em uso entre outros.

Gráfico 1 - Esquema terapêutico do tratamento da diabetes mellitus gestacional.



Fonte: Autores (2022).

Acerca da medicação, foram encontradas 24 gestantes que usufruíam desse pilar, sendo importante ressaltar que sua recomendação ocorre apenas quando não há sucesso nas terapêuticas não farmacológicas – dieta e atividade física.

Atualmente, tendo sido comprovadas a segurança e a eficácia da insulina no controle da glicemia, prevalece a orientação de descontinuação do uso de antidiabéticos orais, garantindo-se sua imediata substituição por insulina, de preferência antes da gravidez ou logo após o seu diagnóstico (E). Não existem, até o momento, estudos controlados que comprovem se é seguro o uso de antidiabéticos orais em gestantes com DM2. A glibenclamida atravessa a placenta,²⁴ e a metformina o faz em quantidades significativas.²⁵ (Golbert, et al., 2020, p. 280).

Por outro lado, a dieta, a qual é considerada a principal intervenção durante o tratamento de DMG, sendo também a primeira conduta inicial a ser recomendada (Montenegro et al., 2000), foi encontrada como aderente em apenas 23 participantes, correspondendo a um número intermediário dada à importância do controle dietético. Sabe-se que seria necessário 100% da sua utilização, pois “é consensual na literatura a importância do cuidado nutricional para o adequado controle glicêmico em gestantes com DMG, o que contribui para um bom resultado obstétrico” (Padilha et al., 2010, p. 97) – ou seja, favorece a diminuição da morbimortalidade materno-infantil. Junto a isso, é válido ressaltar a importância de conhecer os hábitos iniciais das pacientes, objetivando a possibilidade de planos que propiciem mudanças alimentares sem privações abruptas (Fabricio, 2019), sendo que a partir disso poderá ocorrer uma maior corroboração por parte desse pilar. Fato esse que é reforçado com o seguinte trecho: “No estudo que abordou os casos de planos alimentares com restrição alimentar para gestantes com DMG, foi visto que as dietas devem ser individualizadas, pensadas na rotina e preferências da paciente para que a aceitação seja maior” (Oliveira, 2022, p. 12).

O menor número de aderentes correspondeu à prática de atividade física, com apenas 16 pacientes. É importante ressaltar que, exceto as pacientes com restrição obstétrica, majoritariamente das pacientes deveriam aderir a essa terapêutica, sendo que o recomendado na DMG são cerca de 15 a 30 minutos de atividade física diária uma vez que:

[...] atividade física na DMG tem como objetivo primordial diminuir a intolerância à glicose através do condicionamento cardiovascular, que gera aumento da ligação e afinidade da insulina ao seu receptor através da diminuição da gordura intra-abdominal, aumento dos transportadores de glicose sensíveis à insulina no músculo, aumento do fluxo sanguíneo em tecidos sensíveis à insulina e redução dos níveis de ácidos graxos livres ⁽²³⁾.

Cronicamente, o exercício também aumenta o número de transportadores de glicose no músculo (GLUT4). Além disso, o consumo muscular é responsável pela retirada de 75% da glicose sanguínea ⁽²⁴⁾ (Fernandes et al., 2020, p. 132).

Mediante o exposto no gráfico 1, é possível observar que, de modo geral, há uma adesão errônea aos principais pilares do tratamento da DMG – atividade física, dieta e automonitorização da glicemia –, uma vez que deveriam obter uma realização por todas as gestantes entrevistadas - exceto as que possuem restrição a algum dos métodos. Junto a isso, sabe-se que com a plena realização dos mesmos há uma grande probabilidade de serem efetivos e suficientes no controle normoglicêmico das gestantes, evitando, portanto, o uso de medicação, a qual possui uma adesão com alguns graus de dificuldade quando solicitada.

A Tabela 1 demonstra quais foram os principais motivos que as impediram a realização das terapêuticas prescritas pelos profissionais da saúde. Por meio dela, foi possível concluir que 50% (21) das pacientes não possuíam fatores interferentes ao tratamento, possibilitando, dessa forma, uma adesão plena e efetiva. Porém, foi observado um percentual elevado de entrevistadas que referiram a condição financeira como um empecilho à adesão ao tratamento, sendo referido por 22% (9) das gestantes em tratamento clínico, seguido do trabalho como fator causal em 19% (8) dessas.

Tabela 1 - Principais motivos que impedem as pacientes de efetivarem plenamente as terapêuticas.

Variáveis	N	%
Qual o principal motivo que a impede de seguir totalmente o seu tratamento?		
<i>Condições financeiras</i>	9	22
<i>Trabalho</i>	8	19
<i>Dificuldade em retirar os alimentos restritos à dieta</i>	1	2
<i>Rotina inflexível</i>	3	7
<i>Nenhum</i>	21	50
Total	42	100

Fonte: Autores (2022).

Além desses, outros fatores que reduziram o nível de aderência as terapêuticas também foram citados, como: rotina inflexível (7%) e dificuldade em retirar os alimentos restritos à dieta (2%). Por consequência disso, as gestantes com DMG que tiveram alguma restrição a realização da prática de atividades físicas, seguimento inadequado da dieta, monitorização não adequada da glicemia e em alguns casos, restrição da utilização de medicação, sofreram impacto negativo na normoglicemia materna, podendo ter contribuído para desfechos indesejáveis como complicações, interferência e óbito ao binômio materno-fetal.

Dessa forma, conclui-se que ao direcionar a terapêutica individual de cada gestante é necessário entender o contexto socioeconômico a qual ela está inserida, pois é de suma importância conciliar o tratamento com o estilo de vida e a condição financeira da paciente, visando à melhor adesão possível.

Das 42 gestantes que participaram da pesquisa, 24 responderam ao Teste de Morisky-Green, o qual tem como objetivo avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual dos medicamentos. Dessa forma, a avaliação da adesão ao tratamento farmacológico (Tabela 2) demonstrou que a maioria das gestantes que utilizavam essa terapêutica para a DMG tinham boa adesão ao uso do medicamento, ou seja, 18 (75%) mulheres responderam “não” para todas as perguntas, obtendo a pontuação máxima de 4 pontos. Logo, não apresentavam problemas para lembrar-se de tomar a medicação, não se descuidavam e também não interromperam o uso do tratamento medicamentoso proposto devido a fatores de melhora ou piora dos sintomas. Por conseguinte, 6 pacientes (4%) evidenciaram menor comprometimento com o tratamento, pois responderam “sim” para uma ou mais das quatro perguntas do Teste de Morisky-Green, resultando no grupo de não adesão.

Tabela 2 - Adesão ao tratamento farmacológico das pacientes com DMG (n = 24).

Teste de Morisky-Green	N	%
<i>Adesão</i>	18	75
<i>Não adesão</i>	6	25

Fonte: Autores (2022).

Ainda de acordo com o teste aplicado, verificou-se que o principal fator que influenciou na não adesão foi parar de tomar o medicamento por se sentir pior com o uso do mesmo, representando 17% (tabela 3), seguido pelo esquecimento e descuido para tomar/aplicar a medicação, ambas as respostas realizadas por 12% das pacientes não aderentes a terapia proposta.

Tabela 3 - frequência das respostas ao Morisky-Green (n = 24).

Motivo da não adesão	Sim		Não	
	N	%	N	%
<i>Você às vezes tem problema em se lembrar de tomar a sua medicação?</i>	3	12	21	88
<i>Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?</i>	3	12	21	88
<i>Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?</i>	0	0	24	100
<i>Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?</i>	4	17	20	83

Fonte: Autores (2022).

O questionário de atividades de autocuidado referente à monitorização da glicemia (tabela 4) analisou as 35 gestantes que utilizaram esse pilar do tratamento. Mediante isso, foi possível verificar que a maioria das participantes realizavam a automonitorização da glicemia diariamente e com a frequência de testes diários conforme a recomendação médica, sendo encontrado 28 e 23 gestantes realizando no score máximo para cada uma dessas questões, respectivamente. Por conseguinte, em ambos os itens, os valores foram significativos, uma vez a adesão por 6 dias da semana segue alto em relação aos demais. Por fim, apenas um grupo pequeno realizou a automonitorização de forma insatisfatória.

Tabela 4 - Monitorização da glicemia durante os sete dias da semana (n = 35).

Monitorização da glicemia	0	1	2	3	4	5	6	7
<i>Em quantos dos últimos sete dias testou seu açúcar no sangue?</i>	0	1	1	0	1	0	4	28
<i>Em quantos dos últimos sete dias testou seu açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo seu médico?</i>	0	1	1	0	2	1	7	23

Fonte: Autores (2022).

Em relação à alimentação geral (Tabela 5) das 42 participantes, 23 gestantes foram classificadas como aderentes ao tratamento dietético proposto, entre essas, sendo observado que a maioria dessas seguia as orientações alimentares dada por um profissional de saúde na maioria dos dias da semana (5 a 7 dias/semana), correspondendo a 74% pacientes com uma dieta majoritariamente adequada para seu quadro clínico.

Tabela 5 - Alimentação geral durante os sete dias da semana (n = 23).

Alimentação geral	0	1	2	3	4	5	6	7
<i>Durante o último mês, quantos dias por semana, em média, seguiu a orientação alimentar dada por um profissional da saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?</i>	1	1	1	3	0	4	8	5

Fonte: Autores (2022).

Sob o domínio da alimentação específica observou-se (tabela 6) uma prevalência para a ingestão de porções composta de frutas e verduras na maioria dos dias da semana, sendo que 61% das participantes apresentavam esse consumo em ≥ 5 dias por semanas. Por outro lado, no quesito de consumo de alimentos ricos em gorduras, houve uma ampla distribuição no consumo desses alimentos no número de dias por semana, porém com uma maior frequência de respostas em 4 e 7 dias por semana, com 5 gestantes em cada, denotando uma resposta dietética negativa. Sob outra perspectiva, de modo positivo, o consumo de doces foi consideravelmente menor, sendo que 61% (14) participantes consumiam doces apenas 1 a 2 vezes na semana.

Tabela 6 - Alimentação específica durante os sete dias da semana (n = 23).

Alimentação específica	0	1	2	3	4	5	6	7
<i>Em quanto dos últimos sete dias comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?</i>	2	2	0	2	3	2	2	10
<i>Em quanto dos últimos sete dias comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?</i>	0	4	4	3	5	2	2	5
<i>Em quanto dos últimos sete dias comeu doce?</i>	3	7	7	3	0	0	1	2

Fonte: Autores (2022).

Conforme demonstrado no Gráfico 1, a prática de atividade física foi a terapêutica não farmacológica com menor adesão, com apenas 38% (n=16) das 42 participantes do estudo sendo consideradas aderentes a essa orientação. Quando essas gestantes foram questionadas com qual periodicidade semanal praticavam pelo menos 30 minutos de atividade física, encontrou-se uma frequência maior de resposta em 7 e 3 dias por semana com 5 e 4 pacientes (Tabela 7), respectivamente, resultando em uma adesão não adequada quanto a esse pilar.

Tabela 7 - Prática de atividade física por pelo menos 30 minutos em sete dias da semana (n = 16).

Atividade física	0	1	2	3	4	5	6	7
<i>Em quanto dos últimos sete dias realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade física, inclusive andar)?</i>	1	1	1	4	2	2	0	5

Fonte: Autores (2022).

4. Conclusão

Este estudo se propôs identificar o nível de adesão e os principais fatores do cotidiano que impedem a adesão completa ao tratamento das gestantes com DMG no ambulatório de gestação de alto risco no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), localizado na cidade de Cascavel/PR.

De modo geral, foi observado que as gestantes realizavam adequadamente as terapêuticas propostas em relação à automonitorização da glicemia, ao uso de medicamentos e ao controle dietético, com mais de 50% das participantes cumprindo de modo efetivo essas orientações, sendo que apenas um número menor de pacientes os realizou com menor eficácia. Somando-se a isso, foi possível analisar que a que atividade física foi a exceção, pois além de possuir baixa adesão, ocorreu de modo pouco adequado em relação a frequência realizada semanalmente.

Junto a isso, esse estudo também viabilizou a identificação de algumas situações que compõem a dimensão particular de cada gestante, os quais limitaram a realização adequada do tratamento da gestação de alto risco. Dessa forma, os principais fatores elencados foram: condição financeira e trabalho.

Por fim, percebe-se a importância da realização de estudos futuros semelhantes com uma amostra maior de pacientes com DMG, objetivando elencar e compreender como ocorre a adesão terapêutica aos pilares do tratamento para poder intervir em fatores dificultadores, possibilitando a redução das complicações, interferências e do óbito para o binômio materno-fetal,

além também de criar estratégias e programas que contribuam para a melhoria na adesão ao tratamento proposto. Junto a isso, também é evidente a necessidade do desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliar esse público, visto que há escassez do mesmo, resultando em impasses para os estudos.

Referências

- Amaral A. C. S. et al (2012). Complicações neonatais do diabetes mellitus gestacional – DMG. *Revista de Medicina*. 22(Supl 5), 40-42. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/680>.
- Baldoni, N. R. et al. (2016). Adesão ao Tratamento Farmacológico de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e serviços de Saúde*. 7(4), 15-9. <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/275>
- Brasil (2022). *Gestação de alto risco: manual técnico* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.
- Costa, R. M. et al. (2021). Diabetes gestacional - uma abordagem profilática. *Revista Atenas Higeia*. 3(1), 13-21. <http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/78/78>
- Costa, S. H. et al (2017). *Rotinas em Obstetrícia*. (7a ed.), Editora Artmed.
- Fabricio, S. E. P. et al. (2019). Educação em saúde sobre diabetes mellitus gestacional em sala de espera: relato de experiência. *O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 4*. Atena Editora. 29-32
- Fernandes, C. N. & Bezerra, M. M. M (2020). O diabetes Mellitus Gestacional: Causa e Tratamento. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 14 (49). <https://doi.org/10.14295/online.v14i49.2325>
- Friedrich, F., Aparecida, M. & Uyeda M. (2019). Fatores que interferem na adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 13 (14), 85-99.
- Golbert, A. et al. (2019). Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. *Editora científica*. <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.
- Langaro, F. & Santos, A. H. (2014). Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. *Psicologia: ciência e profissão*. 34(3), 625-642. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000782013>
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>
- Maganha, C. A. et al. (2003). Tratamento do Diabetes Melito Gestacional. *Revista Associação Médica Brasileira*. 49(3), 330-4. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000300040>
- Michels, M. J. et al. (2010). Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 54(7), 644-651. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
- Montenegro, R. M. et al. (2000). Protocolo de Detecção, Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus Na Gravidez. *Descrição De Métodos, Técnicas e Instrumentais*. 33, 520-527. https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332095216protocolo_deteccao%20DM%20gravidez.pdf
- Morisky D. E., Green L. W. & Levine D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 24(1), 67-74
- Oliveira, R. G. (2022). Benefícios do uso da alimentação para o controle glicêmico de pacientes com diabetes gestacional. *Revista Científica Multidisciplinar 3* (6). <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i6.1599>
- Padilha, P. C. et al. (2010). Terapia nutricional do diabetes gestacional. *Revista de Nutrição*. 23(1), 95-105. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000100011>
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. UFSM. https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf
- Weinert, L. S. et al. (2011). Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 55(7), 435-445. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302011000700002>
- Zajdenverg, L. et al. (2022). Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. <https://doi.org/110.29327/557753.2022-12>.