

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**MICHELE ELISA WESCHENFELDER**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES  
COM DIABETES NA GESTAÇÃO**

**Porto Alegre**

**2006**

**MICHELE ELISA WESCHENFELDER**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES  
COM DIABETES NA GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão II – TCC II, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientador: Professora Ms. Virgínia  
Leismann Moretto.

**Porto Alegre**

**2006**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Balduino e Arsênia, e irmãs, Franciele e Francini, pelo apoio incondicional, incentivo e compreensão nos momentos em que me distanciei.

Ao meu namorado e colega Gabriel, por todo o auxílio prestado para a concretização deste trabalho e por estar presente em minha vida.

À professora Virgínia Leismann Moretto, pela excelente orientação, pela paciência, pela dedicação e por todo o aprendizado que me proporcionou.

## RESUMO

Realizou-se um levantamento bibliográfico acerca da produção científica da enfermagem brasileira sobre a sua assistência a gestantes diabéticas. O estudo é uma pesquisa do tipo bibliográfica, exploratória, que segue as etapas propostas por Gil (1989). As fontes pesquisadas foram as principais revistas científicas da enfermagem no Brasil, publicadas no período de 2001 a 2005, sendo selecionados seis artigos. Três estudos abordam o tema diabetes na gestação e os outros três tratam de gestações de alto risco em geral. A maioria dos estudos caracteriza as gestações de alto risco, dentre estas, a gestação associada ao diabetes, como uma situação de estresse, que gera muitas dúvidas, medo e sentimento de ambivalência, relatando dificuldade de adesão ao tratamento. Apontam o apoio aos aspectos emocionais e psicológicos, bem como a educação para o autocuidado como os pontos-chave da assistência da enfermagem, além de reafirmarem a importância da equipe multidisciplinar. A escassez de estudos encontrados sugere uma necessidade de maior envolvimento da enfermagem com a questão, através do investimento em conhecimento, para uma atenção especializada e um cuidado abrangente.

**Descritores:** Gravidez de alto risco. Diabetes gestacional. Gravidez em diabéticas. Enfermagem.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>Fisiopatologia do diabetes na gestação</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>Determinação dos objetivos</b>	<b>12</b>
<b>3.2</b>	<b>Elaboração do plano de trabalho</b>	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>Identificação das fontes</b>	<b>13</b>
<b>3.4</b>	<b>Localização das fontes e obtenção do material</b>	<b>14</b>
<b>3.5</b>	<b>Leitura do material</b>	<b>14</b>
<b>3.6</b>	<b>Tomada de apontamentos</b>	<b>15</b>
<b>3.7</b>	<b>Confecção de fichas de leitura</b>	<b>15</b>
<b>3.8</b>	<b>Redação do texto</b>	<b>15</b>
<b>3.9</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO DOS TEMAS</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A capacidade do ser humano de se reproduzir é um de seus maiores dons, não apenas por representar a garantia de perpetuação da espécie, mas, principalmente, por ser um momento único na vida de grande parte das pessoas, trazendo sentimentos de muita felicidade e satisfação. Porém, muitas vezes, esses sentimentos são abalados ou até interrompidos por complicações durante a gravidez, as quais podem ocasionar resultados indesejáveis.

Muitos casos que acabam de forma trágica, ou com a interrupção da gravidez ou deixando seqüelas na criança e na mãe, poderiam ser evitados com um acompanhamento pré-natal adequado e uma atenção especializada e rigorosa às gestações consideradas de alto risco.

Ao realizar o estágio de graduação na área de saúde da mulher, a atenção pré-natal despertou-me para o fato de quanto a equipe de enfermagem pode ser importante para garantir o sucesso de uma gravidez e a saúde futura da mãe e da criança. Quando a equipe é capacitada para tal, ou seja, quando tem o envolvimento e o conhecimento adequados sobre a questão, age de forma fundamental para a boa evolução de uma gestação normal e, principalmente, quando há risco. Além disso, experiências pessoais de proximidade com gestações complicadas, motivaram-me a realizar uma pesquisa bibliográfica buscando conhecer a produção científica da enfermagem brasileira sobre a assistência às gestantes diabéticas.

Muitas gestantes apresentam complicações e associações de condições que as tornam gestações de alto risco, como a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, o trabalho de parto prematuro, malformações congênitas, dentre outros. Uma dessas complicações é o diabetes, seja ele gestacional ou pré-gestacional. O diabetes é uma patologia bastante conhecida e difundida entre a população mundial. Sua associação com a gestação reveste-o de características específicas e extremamente importantes, pois, segundo Nogueira (2001), é uma intercorrência de algumas gestações e que apresenta riscos para a mãe e para o feto. Segundo a American Diabetes Association (2006) o diabetes gestacional afeta cerca de 4% das grávidas norte-americanas e, de cada 3 gestantes, 2 podem apresentar novamente esta enfermidade em outras gestações.

A gestação em si é caracterizada por diversas mudanças físicas, psicológicas, estruturais, não só para a gestante, como, muitas vezes, para toda a sua família. Dessa forma, a mulher encontra-se fragilizada e, mesmo em uma gravidez normal, passa por períodos de dificuldade. Quando se trata de uma gravidez de risco, certamente as angústias e provações

acentuam-se e há uma expectativa muito grande em torno do seu desenvolvimento e do nascimento de uma criança saudável.

As gestantes portadoras de diabetes passam por um processo delicado, no qual os resultados positivos ou negativos dependem muito de sua adesão ao tratamento e seu autocuidado. Para tanto, uma atenção pré-natal muito mais rigorosa e especializada se torna fundamental, garantindo assim que mãe e bebê possam adquirir condições semelhantes a qualquer outra gestação.

Rotondo e Coustan (1996) relatam uma significativa melhora no prognóstico das gestações complicadas pelo diabetes, sendo que a taxa de mortalidade perinatal, excluídas as mortes associadas às grandes malformações congênitas, aproximam-se das gestações normais, quando o controle e o acompanhamento adequados acontecem. Oppermann e Reichelt (2001) reafirmam esta informação, mencionando uma queda na taxa, de 65% em 1920 para os atuais 2 a 4%, atribuindo essa considerável melhora das estatísticas a um maior entendimento da fisiopatologia do diabetes na gestação e avanços nas técnicas de prevenção, no tratamento das complicações, nos cuidados pré-natais e no tratamento intensivo do recém-nascido.

Apesar dos grandes avanços que já ocorreram, não se pode desconsiderar a questão como um problema sério e que merece muita atenção, pois só a partir de um tratamento efetivo e principalmente da adesão da gestante às orientações e de uma monitorização freqüente do bem-estar materno e fetal é que foram alcançados estes avanços. Conforme Cashion e Durham (2002), raramente as mulheres diabéticas davam à luz um bebê saudável no passado, sendo consideradas inférteis ou estéreis; porém, na atualidade, consegue-se resultados excelentes a partir de um rígido controle da glicose materna antes da concepção e ao longo do período gestacional.

Há um consenso entre os autores em considerar o controle glicêmico adequado como o foco do tratamento do diabetes na gestação. Bertini (2000) refere que vários trabalhos demonstram que a maior incidência de abortos resulta de meio metabólico anormal, reforçando que a assistência à grávida poderia ser sintetizada na importância do controle glicêmico e no tratamento das afecções relacionadas ao diabetes que podem ser agravadas pela gestação.

Vários autores citam também a importância de uma equipe multidisciplinar bem entrosada para que esse controle seja possível. Rotondo e Coustan (1996) afirmam que os cuidados necessários exigem a colaboração de médico especialista em gestações de alto risco e em diabetes, uma enfermeira especializada, um nutricionista, um assistente social e um neonatologista. Da mesma forma, Oppermann e Reichelt (2001) mencionam a equipe

responsável por atender gestantes diabéticas no serviço ao qual estão vinculados, composta por obstetra, endocrinologista, nutricionista e enfermeiro.

Nota-se que o enfermeiro é mencionado como parte dessa equipe e apontado como peça fundamental para o bom andamento do tratamento. Essa assistência se dá sob vários aspectos, baseando-se principalmente na educação e orientação. Para Oppermann e Reichelt (2001) a enfermagem atua em pontos decisivos, como a educação sobre o diabetes, a auto-aplicação de insulina, o controle de glicemias capilares, o reconhecimento dos sinais e sintomas de uma hipoglicemia, a evolução da gravidez, além de ser um reforço nas recomendações terapêuticas.

Moretto (2001) ressalta que a educação em saúde, o autocuidado e o incentivo à adesão ao tratamento, fazem com que a paciente conheça e compreenda sua importância, facilitando sua participação ativa em todo o processo do cuidado. Muitas vezes ocorre um atendimento restrito à equipe médica, levando a uma gravidez acompanhada de ansiedades e inseguranças devido à falta de orientação, uma vez que os cuidados em relação à educação em saúde, em geral, são prestados pelo enfermeiro.

Deve existir uma continuidade e complementaridade no trabalho dos profissionais e para tanto, se faz necessário um grande conhecimento sobre o assunto. Para Moretto (2001) o atendimento deve ser prestado por uma enfermeira especializada devido às peculiaridades de uma gestação de risco. Cashion e Durham (2002) reforçam que os cuidados a uma gestante diabética exigem um entendimento aprofundado das respostas metabólicas normais do organismo à gestação, do metabolismo alterado pela associação com o diabetes, das potenciais complicações, sinais e sintomas e das terapêuticas adotadas, além de uma atenção às implicações psicossociais para ela e sua família, as quais interferem diretamente na adesão às medidas necessárias.

A participação da enfermagem na assistência a essas gestantes certamente pode ser sinônimo de uma evolução ainda mais favorável do seu prognóstico. Dessa forma, pretendo, através deste estudo, aproximar mais a categoria profissional da questão, analisando de que forma ocorre seu envolvimento e se há o preparo necessário, o qual deve ser embasado em constante atualização.

## 1.1 Fisiopatologia do diabetes na gestação

Como mencionado anteriormente, a gravidez causa inúmeras alterações no organismo da mulher. Segundo Oppermann e Reichelt (2001), a gestação é caracterizada como um estado diabetogênico, ou seja, a tolerância à glicose é deteriorada mesmo em gestantes normais. Bertini e Coslovsky (1998) reforçam que essas modificações são adaptativas e asseguram um meio ótimo para o desenvolvimento e o crescimento fetal e que o conhecimento dessas modificações é essencial para que se entenda os princípios da assistência à grávida com diabetes.

As alterações no metabolismo da glicose permitem uma nutrição adequada para mãe e filho em desenvolvimento e, para que isso ocorra, a glicose é transportada através da placenta por difusão facilitada. Assim os níveis de glicose no feto são proporcionais aos da mãe. A partir da 10ª semana o feto passa a produzir sua própria insulina, que não atravessa a placenta. Portanto, com a elevação dos níveis de glicose da mulher, há um aumento também dos níveis de glicose do feto e, em resposta, uma maior produção fetal de insulina (CASHION; DURHAN, 2002).

No início da gestação, as principais alterações nesse metabolismo são influenciadas pelo aumento do estrogênio e progesterona, que estimulam as células beta pancreáticas da grávida a produzirem mais insulina. Dessa forma há uma maior utilização periférica da glicose e sua diminuição nos níveis sanguíneos. Isso caracteriza a gravidez como um estado liminar de jejum, com uma redução da glicemia em cerca de 10 a 20% nessa condição, gerando uma propensão à hipoglicemia (CASHION; DURHAN, 2002).

Já, a partir do 2º semestre, inicia-se um processo de alteração hormonal, em que o lactogênio placentário humano, a prolactina, o cortisol e a insulinase causam algumas modificações metabólicas como: maior resistência à insulina, por serem estes hormônios antagonistas a ela; tolerância diminuída à glicose; reservas menores de glicogênio hepático; e aumento da produção hepática de glicose, provocando um aumento dos seus níveis sanguíneos. Esse processo ocorre como mecanismo de reserva de glicose, para garantir suprimento necessário ao feto, promovendo o seu crescimento acelerado (CASHION; DURHAN, 2002). Nesse período, o padrão metabólico da mãe consiste na utilização predominante de gorduras, já que os aminoácidos também são retirados do sangue materno pelo concepto (NOGUEIRA, 2001).

A gestação pode ser acometida pelos diferentes tipos de diabetes pré-gestacional e gestacional. O diabetes pré-gestacional, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2005), é o diabetes diagnosticado previamente à gestação, podendo ser do tipo 1, tipo 2 ou outros. Considera-se Diabetes Mellito Gestacional a intolerância aos carboidratos em variados graus, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, independente de persistir ou não após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005). Dessa forma não se exclui a possibilidade de ser diagnosticado como tal um diabetes pré-existente (NOGUEIRA, 2001).

Para mulheres portadoras de diabetes tipo 1 ou tipo 2 a gestação acaba se tornando uma condição de significativo estresse. Na primeira fase a tendência à hipoglicemia salienta-se ainda mais, em decorrência do aumento na resposta insulínica. Já na segunda metade da gestação, o aumento dos hormônios contra-insulínicos provoca frequentemente um descontrole da glicemia, resultando em níveis mais elevados que os pré-gestacionais, necessitando muitas vezes de ajustes no tratamento com insulina ou a introdução desta. Além disso, a hiperglicemia materna do período concepcional até a 12<sup>a</sup> semana de gestação tem ação teratogênica sobre o feto e, mais adiante, na segunda metade, provoca hiperglicemia fetal, com estímulo à hiperplasia das células beta e hiperinsulinemia, acelerando demasiadamente o seu crescimento e assim resultando nas macrosomias fetais (NOGUEIRA, 2001). A Sociedade Brasileira de Diabetes (2005) menciona como principais malformações causadas pela hiperglicemia no período concepcional, as cardíacas, as renais e as do tubo neural.

É consenso entre os autores a necessidade de se iniciar a assistência muito antes da mulher diabética engravidar. Para Cashion e Durhan (2002) há uma grande importância em se fazer uma orientação pré-concepcional, no sentido de que seja planejada a melhor ocasião para a concepção, adequando o controle glicêmico e diagnosticando qualquer complicação vascular do diabetes. Segundo Oppermann e Reichelt (2001), o controle metabólico adequado no período de fecundação e organogênese aproxima o número de malformações fetais aos de uma gestação normal.

A avaliação e estabilização das complicações crônicas do Diabetes deve ser rigorosa antes da concepção, pois muitas delas, como a retinopatia, a nefropatia clínica e a insuficiência renal, podem piorar com a gestação. A cardiopatia isquêmica, por exemplo, está associada à alta mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

O Diabetes Mellito Gestacional parece estar ligado a uma resistência à insulina causada por fatores ainda não muito claros. Mas sabe-se que há redução da atividade da tirosina quinase, enzima localizada na subunidade  $\beta$  do receptor celular da insulina (porção

citoplasmática), responsável por intermediar a ação da insulina no citoplasma. Além disso, há um aumento da glicoproteína-1 de membrana plasmática, inibidora da atividade da tirosina quinase. Portanto, a principal causa do diabetes desenvolvido durante a gestação parece estar associado à uma diminuição da ação da insulina e não à diminuição de sua afinidade pelo receptor (DEVLIN *et al.*, 2003).

Manifesta-se a partir da segunda metade da gestação e, em geral, desaparece após o parto. Porém há possibilidade de que a intolerância à glicose permaneça e de que se repita em uma próxima gestação, por isso a puérpera deve ser acompanhada com maior rigor. Está associado a várias complicações como a morte fetal de causa desconhecida, toco-traumatismo, parto prematuro e parto cesário, macrossomia, Síndrome da Angústia Respiratória, hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, obesidade e risco de diabetes tipo 2 na futura criança (NOGUEIRA, 2001).

O controle metabólico tanto no diabetes pré quanto no gestacional é semelhante. Baseia-se em dieta alimentar supervisionada e controlada de acordo com o estado nutricional de cada gestante, atividades físicas moderadas, controle regular dos níveis glicêmicos, acompanhamento do desenvolvimento e do bem-estar fetal mais rigoroso e, em alguns casos, insulino-terapia, sendo contra-indicados os antidiabéticos orais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

## **2 OBJETIVO**

Realizar uma pesquisa bibliográfica acerca da assistência de enfermagem a gestantes diabéticas.

### **3 METODOLOGIA**

Este é um estudo exploratório do tipo pesquisa bibliográfica, realizado de acordo com as fases de pesquisa propostas por Gil (1989).

Segundo Gil (1989), a pesquisa bibliográfica é realizada através de uma busca e análise crítica de material já elaborado, principalmente de livros e artigos científicos. O autor explica que estudos exploratórios visam proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais claro ou de construir hipóteses.

Com vistas a otimizar a realização desse tipo de estudo, Gil (1989) propõe as seguintes fases:

- a) determinação dos objetivos;
- b) elaboração do plano de trabalho;
- c) identificação das fontes;
- d) localização das fontes e obtenção do material;
- e) leitura do material;
- f) tomada de apontamentos;
- g) confecção de fichas de leitura;
- h) redação do trabalho.

#### **3.1 Determinação dos Objetivos**

Determinar previamente os objetivos, de forma que fiquem bem claros e delimitados, é de extrema importância para o sucesso da pesquisa, possibilitando que as fases seguintes possam ter um andamento e resultados adequados (GIL, 1989). O objetivo do estudo proposto já está discriminado anteriormente.

### **3.2 Elaboração do plano de trabalho**

A elaboração de um plano de trabalho, mesmo que provisório, previamente à realização do estudo, facilita seu andamento, pois orienta os procedimentos seguintes. Em geral, é uma coleção de itens a serem trabalhados, como seções, capítulos ou índices (GIL, 1989). Dessa forma este estudo teve seu plano provisório organizado de forma que possibilitasse a previsão do que foi abordado dentro do enfoque proposto.

### **3.3 Identificação das fontes**

Para Gil (1989), o passo seguinte de uma pesquisa bibliográfica é identificar quais fontes se adequam à proposta e aos objetivos do estudo, respondendo aos questionamentos do pesquisador. Essa busca normalmente se dá em catálogos de livros e outras publicações, de editoras ou bibliotecas.

A busca das fontes utilizadas neste estudo foi feita através do Sistema de Automação da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande de Sul, do banco de dados do Sistema de Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library On-line (SciELO), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF). Para tanto foram utilizados os seguintes descritores: gestantes diabéticas, gravidez em diabéticas, diabetes gestacional, diabetes associado à gestação, gravidez de alto risco e complicações na gravidez.

As fontes utilizadas para esta pesquisa foram artigos científicos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem, na Revista Brasileira de Enfermagem, na Revista Gaúcha de Enfermagem e na Revista Paulista de Enfermagem, todos estes publicados a partir do ano de 2001 a 2005, conforme proposto no projeto deste estudo. Além disso, pelo baixo número de literatura adequada encontrada nas fontes propostas, a pesquisa estendeu-se para outras revistas científicas da enfermagem brasileira, como Texto & Contexto Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, entre outras.

Após uma análise inicial de diversos artigos, dentre a literatura pesquisada, adequaram-se ao tema desta pesquisa e foram selecionados para este estudo apenas seis, os quais passaram para uma posterior análise mais aprofundada. Três destes, são artigos

publicados na Revista Gaúcha de Enfermagem, dois na Revista Latino-Americana de Enfermagem e um na Revista Texto & Contexto Enfermagem. Nas demais revistas pesquisadas não foi encontrado nenhum artigo condizente com o objetivo deste estudo.

### **3.4 Localização das fontes e obtenção do material**

As obras foram obtidas através de empréstimo e fotocópias do material.

### **3.5 Leitura do Material**

Após a busca e aquisição de material suficiente, foi realizada a leitura deste, que, segundo Gil (1989), deve atingir os seguintes objetivos: identificação das informações e dados constantes no material, estabelecimento de relações entre informações e dados obtidos e o problema proposto, análise da consistência desses dados e informações.

Esta leitura seguiu os passos propostos por Gil (1989), que classifica a leitura em quatro tipos: leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa. Destas, apenas as três primeiras foram utilizadas.

A leitura exploratória é uma leitura rápida que visa descobrir se a obra escolhida realmente serve e de que forma ela serve para o trabalho proposto. Isso se dá através de leitura de folhas de rosto, notas de rodapé, introduções, prefácios, dentre outros (GIL, 1989).

A leitura seletiva consta de escolher, após a exploratória, o que realmente é importante para o estudo, mas ela não é necessariamente definitiva. Obras inicialmente descartadas podem ser posteriormente reutilizadas (GIL, 1989).

Após a pré-definição do material significativo, passa-se a uma leitura mais aprofundada, a leitura analítica, a fim de obter uma visão de todo o texto, identificar suas idéias-chave, hierarquizar essas idéias e sintetizá-las (GIL, 1989).

### **3.6 Tomada de apontamentos**

Consta de tomar nota das informações consideradas relevantes na resolução do problema, para que não sejam esquecidas (GIL, 1989). A tomada de apontamentos foi realizada durante todas as leituras em que eram identificadas idéias que respondessem aos questionamentos propostos.

### **3.7 Confeção de fichas de leitura**

Gil (1989) reforça a importância da confeção de fichas para o registro sistemático do material analisado, para que possa ser facilmente identificado, além de já conter opiniões do próprio pesquisador, servindo como fonte para a posterior redação do trabalho.

### **3.8 Redação do texto**

A última etapa da realização de uma pesquisa bibliográfica, conforme Gil (1989) é a redação do trabalho, para o qual não há regras fixas, mas algumas recomendações. O conteúdo deve estar distribuído em introdução, para situar o assunto, contexto, onde o assunto é posto em discussão e conclusões. Deve ser redigido com impessoalidade, clareza, precisão e concisão. E principalmente ser coerente com os objetivos propostos.

### **3.9 Aspectos éticos**

Além das fases propostas por Gil (1989) para a realização dessa pesquisa, reforça-se ainda, como aspecto ético, o compromisso de citar todos os autores, não omitir nenhum autor e respeitar as palavras dos autores dos quais se tenha aproveitado idéias.

#### 4 DISCUSSÃO DOS TEMAS

O levantamento bibliográfico realizado resultou na seleção de seis artigos.

Três destes, tratam especificamente do tema diabetes na gestação: Silva, Santos e Parada (2004), Moretto e Lautert (2004) e Guerra *et al.* (2005), sendo que o último realizou-se fora do país, na Venezuela. Os outros três foram selecionados por tratarem-se de estudos sobre gestações de alto risco, que de alguma forma incluem as gestações associadas ao diabetes: Costa (2002), Zampieri (2001) e Gouveia e Lopes (2004).

Dos seis artigos selecionados, Zampieri (2001), Costa (2002) e Silva, Santos e Parada (2004) enfocam as repercussões emocionais e psicológicas de uma gestação de alto risco sobre a grávida e sua família. Tais autores concordam entre si na medida em que consideram essas repercussões como fundamentais no sucesso do tratamento e, portanto, base da atenção prestada pela enfermagem. Os demais autores trabalham os aspectos fisiopatológicos, mas, apesar disso, não se afastam totalmente da questão anterior.

Isso fica claro no artigo de Gouveia e Lopes (2004), os quais realizaram um estudo descritivo, exploratório e transversal, que pretendia identificar os Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos de gestantes de risco internadas, por motivo clínico e/ou obstétrico, no Hospital São Joaquim de São Paulo. O trabalho desenvolvido cria uma sistematização da assistência de enfermagem, servindo como base para a instituição do processo de enfermagem no atendimento às gestantes de risco. O objetivo do trabalho era implantar essa sistematização na Unidade de Internação Obstétrica do hospital. Os autores afirmam que a utilização do processo de enfermagem como método é valiosa por levar a uma visão global da condição tanto da mulher quanto do conceito, o que favorece a continuidade da assistência, direcionando-a através de embasamento científico. Os diagnósticos de enfermagem considerados para esse estudo, foram os diagnósticos aprovados na 12ª Reunião da NANDA (North American Nursing Association).

Os diagnósticos mais frequentes que foram encontrados nas gestantes avaliadas são: Risco para infecção; Manutenção da saúde alterada; Conforto alterado; Risco para amamentação ineficaz; Padrões de sexualidade alterados; Medo; Dor; Distúrbios no padrão do sono; Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais; dentre outros.

Nota-se a prevalência de diagnósticos relacionados ao estado emocional da gestante, como “Medo” e “Distúrbios no padrão do sono”. A detecção do diagnóstico “Manutenção da saúde alterada” como segundo mais frequente, reflete a fragilidade apresentada por estas

gestantes e a dificuldade de adesão ao tratamento, reforçando a necessidade de apoio e de uma educação para a saúde continuada. Gouveia e Lopes (2004) afirmam que:

O atendimento à gravidez de risco exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se as patologias, mas, sobretudo, as repercussões sobre a dinâmica familiar, estado emocional; enfim, sobre a mulher, seu conceito e sua família, considerando-se os aspectos biopsicossocioculturais e espirituais (GOUVEIA; LOPES, 2004, p. 176).

O estudo de Silva, Santos e Parada (2004) confirma essa necessidade ao relatar depoimentos de algumas gestantes, retratando seu estresse frente ao tratamento e dieta bastante rigorosos e o peso de sentirem que a vida de seu filho depende da sua adesão aos mesmos. Algumas gestantes admitiam fugir da dieta em determinadas ocasiões, apesar de saberem das conseqüências que isso poderia acarretar. As falas relatam um desgaste com o sofrimento excessivo, dores, mal-estar, descompensações no controle glicêmico, deixando-as a ponto de desistir do tratamento.

Os autores acima realizaram um estudo do tipo qualitativo no qual buscavam a compreensão do significado da gestação para grávidas diabéticas, na tentativa de auxiliar profissionais e serviços de saúde na abordagem educativa, essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação. Retrata as diferentes reações e sentimentos, em relação à gravidez, de 22 gestantes portadoras do diabetes gestacional ou pré-gestacional atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O sentimento de ambivalência, fortemente presente nas gestantes, é mencionado por Silva, Santos e Parada (2004). Apesar da alegria de estar esperando um bebê, referem desgosto devido às privações, às preocupações e medo de complicações com a criança ou consigo mesma.

Esse sentimento também é mencionado no estudo de Costa (2002), que relata o desespero de algumas grávidas ao ver as complicações se repetirem em mais uma gestação, o que não as impede de tentar novamente, já que o desejo de ser mãe é muito grande. A autora atribui isto ao fato de que a maternidade é tida como um mito, criando nas mulheres uma necessidade de ser mãe, seja por uma imposição própria ou da sociedade, a qual, desde os primórdios, a tem como a imagem fundamental de procriadora. Alguns depoimentos refletiam a sensação de incapacidade em gerar um filho ou de culpa por estar doente.

O estudo de Costa (2002) representou uma pesquisa do tipo qualitativo, descritivo, com cinco gestantes de alto risco, internadas na clínica gineco-obstétrica do Hospital Universitário Júlio Muller de Cuiabá/MT, com o objetivo de identificar as percepções das

gestantes sobre a gravidez de risco e suas implicações familiares nesse contexto. A análise dos dados foi dividida em categorias: o significado da gravidez de risco, a percepção das complicações desta gestação e as implicações familiares (COSTA, 2002).

As implicações familiares são mencionadas em alguns dos estudos como muito influentes no desenvolvimento adequado da gestação. Costa (2002) refere a preocupação das mulheres com a família, especialmente ao necessitarem de hospitalização prolongada, afastando-se do convívio e do apoio de seu marido, pais ou outros filhos, que ficam em casa, sem os cuidados adequados. Além disso, a falta de uma figura materna próxima para prestar amparo, acaba resultando num sentimento de solidão e abandono. Esses fatores acabam dificultando a adesão e o sucesso do tratamento.

Silva, Santos e Parada (2004) também mencionam a importância de envolver a família, pois a vivência da gestação de alto risco se estende a esta e a falta de suporte de pessoas significativas predispõe as gestantes à depressão. Zampieri (2001) e Gouveia e Lopes (2004) reafirmam a participação da família como parte importante do tratamento.

Zampieri (2001) enfatiza a necessidade do cuidado holístico na atenção prestada pela enfermagem ao dizer que, devido a toda complexidade que envolve a gestação de risco, esta não deve ser reduzida ao aspecto biológico, ao tratamento das intercorrências, centrando-se apenas nos riscos e na sobrevivência do bebê, pois mulher e familiares também estão vivendo o processo de uma gravidez e as crises ligadas a ele, como qualquer gestante.

Outro fator encontrado na bibliografia como fundamental na atenção às gestantes de risco é a educação e orientação para o autocuidado. Zampieri (2001) e Guerra *et al.* (2005) apresentam, de formas diferentes, a utilização da educação como base da assistência de enfermagem a estas pacientes.

Zampieri (2001), traz um relato da experiência vivenciada em um trabalho realizado com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. A autora, “entendendo a educação como ação fundamental para uma vivência mais saudável da gravidez” (ZAMPIERI, 2001, p. 142), desenvolveu um processo educativo, norteado por um marco teórico e por experiências pessoais. Utilizou conceitos e pressupostos fundamentados em idéias suas e de outros autores, como: ser humano, *self*, percepção, interação, comunicação, ambiente, saúde-doença, enfermagem e educação, entre outros. O processo educativo foi construído a partir da interação com 17 gestantes de alto risco internadas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e 9 acompanhantes, em 13 encontros coletivos e individuais. Para a autora o referencial teórico:

Constitui-se de um sistema organizado de conhecimento, que permite um olhar específico para a realidade da gestante de alto risco, o que auxilia na compreensão de questões inerentes ao seu processo de ser e viver [...]. Este sistema considera que as gestantes, acompanhantes e enfermeira apresentam seu próprio *self* e percepção, os quais são influenciados pelos seus valores, crenças, formação educacional, conhecimentos, experiências e estilo de vida (ZAMPIERI, 2001, p. 143).

Ainda, segundo Zampieri (2001), da interação entre enfermeira, grávidas e acompanhantes emergem diferenças que levam ao crescimento pessoal e ao compartilhamento de experiências, gerando um processo de aprendizagem e ensinamento mútuo. Esse processo leva à auto-educação, que auxilia no enfrentamento das situações de estresse, favorecendo o equilíbrio consigo, com os outros e com o meio em que está inserido. Além disso, permite a tranquilidade e a segurança para definição de seus problemas e metas, descobrindo formas de atingi-las.

Guerra *et al.* (2005) realizaram um estudo do tipo “*cuasi-experimental*”, correlacional, longitudinal e prospectivo, com todas as gestantes atendidas na “*Unidad de Diabetes y Embarazo da Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera*”, da “*Universidad de Carabobo*”, em Valencia – Venezuela, num período de dois anos, através da aplicação de pré-teste e pós-teste nas gestantes que participavam de um programa denominado “*Programa Educativo para el Autocuidado de la DM*” desenvolvido na entidade em questão. Além disso, realizaram uma caracterização do perfil dessas gestantes. Cada questão do instrumento desenvolvido com base na literatura recebia uma pontuação específica. Após a coleta de dados realizou-se uma comparação entre as médias de pontuação antes e depois do programa, considerando-se algumas variáveis, como situação econômica e escolaridade.

Os temas avaliados pelo estudo de Guerra *et al.* (2005), envolvem o conhecimento sobre a enfermidade, conhecimento sobre a insulina, conhecimento da dieta, conhecimento dos riscos, destreza na aplicação da insulina, na realização do teste de glicemia capilar e na percepção de movimentos fetais, dentre outros.

No estudo de Zampieri (2001), desvelaram-se as preocupações, expectativas e dificuldades de cada um e desse processo surgiram os seguintes temas: vivenciando as expectativas e preocupações com o processo de ser e viver do bebê; vivenciando o processo de ser e viver da gravidez, do parto e puerpério; refletindo sobre o seu viver e , vislumbrando o futuro; e vivenciado o processo de hospitalização. Tais temas foram levantados pelas próprias gestantes e acompanhantes e posteriormente trabalhados por estes, sendo utilizado, para tal, técnicas como a confecção de cartazes, oficinas de colagem, desenhos representativos, esculturas com argila, depoimentos e relaxamento.

Os resultados obtidos por Zampieri (2001) reafirmam a ambivalência mencionada pelos outros autores e muitas dúvidas que atingem e afetam o bem-estar das gestantes de alto risco, seja em relação ao seu estado, ao estado do bebê, a como se preparar para um parto prematuro, ou para a vinda de uma criança com defeitos ou ainda para a perda desta.

Mas, além disso, as dúvidas em geral presentes em qualquer mulher grávida também aparecem com força e não podem ser esquecidas ou menosprezadas. Isso é evidenciado por Zampieri (2001), ao referir que “o estresse das gestantes e acompanhantes extrapolava as questões ligadas ao nascimento e aos cuidados para a sobrevivência dos recém-nascidos, estendendo-se à maneira como deveriam tratá-los e educá-los após a alta da unidade de internação neonatal” (ZAMPIERI, 2001, p. 151). A preocupação com os cuidados com o bebê, como banho e cuidados com coto umbilical, com o desenvolvimento e detecção do trabalho de parto e parto foi relatada em vários depoimentos. Todas essas dúvidas aumentam ainda mais a ansiedade da gestante.

A atenção da enfermagem a estes particulares pacientes pode se dar em diversos aspectos, sendo um dos mais importantes a orientação sobre o desenvolvimento da gestação em si, do trabalho de parto, parto e puerpério, questões muitas vezes suprimidas pela presença do diabetes, o que acaba reduzindo a mulher a ser vista como uma paciente com uma determinada patologia e não como uma mulher grávida.

Os resultados positivos do trabalho realizado por Zampieri (2001) são resumidos a seguir:

O processo educativo construído possibilitou às gestantes e acompanhantes viverem de forma mais saudável a gravidez, uma vez que as mesmas tiveram a oportunidade de expressar seus medos, angústias, ansiedades e sentimentos; possibilitou a reflexão, o compartilhamento de experiências, conhecimentos e vivências, favorecendo aos envolvidos perceberem o seu verdadeiro potencial e através do fortalecimento deste, enfrentarem as dificuldades encontradas; facilitou às gestantes e acompanhantes assumirem seu papel de protagonistas do processo de gestação [...] (ZAMPIERI, 2001, p. 163).

O estudo de Guerra *et al.* (2005) também constatou que a educação para a saúde, embora sob outro aspecto, tem resultados excelentes, sendo uma arma importante na mão do enfermeiro em busca do bem-estar do círculo mãe-bebê-família. O sucesso do programa educativo é demonstrado pela diferença nas médias das pontuações nos pré e pós-testes, apesar de os autores não deixarem claro o funcionamento do programa educativo. As médias das pontuações obtidas pelas gestantes antes e depois do programa, obtiveram uma diferença estatisticamente significativa em todas as categorias de diabetes, comprovando a efetividade

do programa. A média da pontuação geral obtida foi de  $25,9 \pm 26,7$  antes e de  $103,9 \pm 6,8$  depois.

Guerra *et al.* (2005) realizaram comparações entre a efetividade do programa para pacientes com diferentes características clínicas e sócio-culturais. Analisando a variável escolaridade, observou que havia diferença significativa entre as categorias antes da participação do programa, porém após, não houve diferença estatisticamente significativa, ou seja, o aprendizado proporcionou que mulheres de diferentes níveis de escolaridade chegassem a níveis semelhantes de conhecimento. Da mesma forma, foram feitas comparações com a variável classe social, onde também não se encontrou diferença significativa na média de pontuação do pós-teste, reafirmando que a ação do programa foi eficaz para todos, adequando-se as suas diferenças de nível de conhecimento prévio, por exemplo (GUERRA *et al.*, 2005).

A educação e a atenção adequada a gestantes diabéticas podem significar o sucesso da gravidez, minimizando ou evitando complicações e sofrimentos. Porém, segundo Moretto e Lautert (2004), a falta de informações sobre o perfil dessas gestantes, dificulta a possibilidade de elaboração de programas para o atendimento dessas pacientes. Dessa forma, estas autoras realizaram um estudo do tipo quantitativo, em um hospital escola de Porto Alegre, RS, para caracterização de gestantes portadoras do diabetes melito.

Os resultados de Moretto e Lautert (2004) constataam, dentre outros, que apenas 19,04% das mulheres procuram atendimento pré-natal no primeiro trimestre, sendo que esta procura deveria acontecer antes mesmo da concepção no caso do diabetes prévio; 33,33% das gestantes tiveram sua primeira consulta no terceiro trimestre, momento em que, segundo as autoras, pouco pode ser feito para evitar as complicações decorrentes do diabetes.

Apesar disso, o estudo retrata o sucesso da gestação quando é prestada uma atenção adequada. Alguns dos indicadores dessa atenção adequada são a idade gestacional no momento do parto, o índice de Apgar dos recém-nascidos no primeiro e no quinto minutos de vida e os valores do perfil glicêmico. No estudo quase 80% das gestantes tiveram seu parto após as 37 semanas de gestação, ou seja, levaram sua gestação a termo; 71,5% dos perfis glicêmicos em jejum e 75,2% dos perfis pós-prandiais encontravam-se de acordo com as metas esperadas para o tratamento; mais de 85% dos recém-nascidos apresentaram Apgar entre 7 e 10 no primeiro minuto e no quinto minuto nenhuma criança teve Apgar inferior a 7, demonstrando as suas boas condições ao nascer.

A atenção prestada por equipe multidisciplinar é mencionada nas bibliografias encontradas como essencial para a efetividade do tratamento. Para Costa (2002) uma equipe

multiprofissional que compreenda as percepções da gestante de alto risco, pode auxiliá-las na superação dos obstáculos impostos pelo risco gravídico, através de uma assistência voltada para uma melhor qualidade de vida.

Apesar de a maioria dos autores referir a importância da atenção multidisciplinar, esta não se aplica na maioria dos atendimentos, por motivos que certamente incluem a falta de preparo das diferentes categorias profissionais para este tipo de atendimento especializado e a falta de estruturação dos serviços de saúde. Conforme Moretto e Lautert (2004), dentre as 105 gestantes que fizeram parte da população do seu estudo, apenas 40, ou seja, menos da metade, eram acompanhadas por outras especialidades, além do obstetra e endocrinologista. Destas, apenas vinte e nove eram acompanhadas por nutricionista e duas pela enfermeira, números extremamente baixos em se tratando de uma condição que depende basicamente do controle metabólico, através de uma dieta adequada e de uma educação continuada para o autocuidado.

Ainda nesta pesquisa, Moretto e Lautert (2004) observam que mais da metade das gestantes atendidas no período, eram procedentes de fora de Porto Alegre. Apesar de os governos federais e estaduais terem investido em UTIs neonatais e atendimento a gestantes de alto risco em várias cidades do interior, as equipes continuam encaminhando essas pacientes aos hospitais de referência em Porto Alegre. Isso demonstra uma necessidade de se investir em outros centros de referência para o atendimento dessas gestantes no estado do Rio Grande do Sul, o que implica no preparo e capacitação dos profissionais, já que este atendimento deve ser prestado por equipe especializada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo deixou clara a necessidade de uma atenção prestada por equipe multidisciplinar e especializada para as gestantes portadoras de diabetes, na qual certamente o enfermeiro deve estar inserido, tendo papel fundamental no sucesso da gestação.

Nota-se que os estudos analisados realizaram uma caracterização do perfil dessas grávidas, seja física, ou psicológica. Informações que se fazem necessárias para uma implementação eficaz da assistência, permitindo compreender melhor as repercussões do diabetes sobre as gestantes.

Sentimentos de ambivalência, culpa, medo, bem como muitas dúvidas, foram retratados nos estudos, demonstrando uma fragilidade imensa da gestante frente a sua condição, criando dificuldade de adesão ao tratamento.

A bibliografia pesquisada converge para uma assistência de enfermagem seguindo basicamente duas linhas que se complementam entre si: a educação para o autocuidado e a atenção e apoio aos aspectos emocionais que abalam a gestante. A eficácia da utilização da educação em saúde como parte da atenção prestada a estas pacientes fica comprovada pelos resultados positivos dos estudos, na medida em que permite a participação ativa no tratamento, gerando segurança e confiança nos bons resultados deste. Além disso, o envolvimento da família também é referido como fundamental, para que esta possa prestar o apoio necessário.

O fato de se ter encontrado apenas três estudos que tratam especificamente do diabetes na gestação reflete uma participação da enfermagem ainda muito limitada. Um maior envolvimento e preparo do profissional enfermeiro, para uma atenção adequada a essas gestantes é fundamental.

Fica a proposta de que se desenvolvam outros estudos envolvendo as repercussões emocionais do diabetes na gestação, embasados em evidências científicas, bem como estudos que envolvam programas educativos para o autocuidado, pois estes permitem um melhor preparo no atendimento, podendo auxiliar no planejamento de programas de atenção.

Além disso, também é necessária uma maior exploração dos aspectos biológicos envolvidos na questão e das ações competentes à enfermagem, referentes ao tratamento clínico e acompanhamento ambulatorial para monitorização do bem-estar materno e fetal.

Fica evidente a necessidade de um maior investimento em conhecimento por parte dos profissionais, além de um maior investimento por parte das autoridades na estruturação de

equipes e de centros de referência para o atendimento especializado às gestantes portadoras de diabetes.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diabetes gestacional**. Alexandria: 2006.  
Disponível em: <<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/gestacional.jsp>>  
Acesso em: 16 jun. 2006.

BERTINI, Anna Maria. Diabetes Mellitus e gravidez. *In*: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 913 p. p. 566-573.

BERTINI, Anna Maria; COSLOVSKY, Simão. Diabete e gravidez. *In*: REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 1454 p. p. 404-412.

CASHION, Kitty; DURHAM, Carol Fowler. Gestação de risco: condições pré-existentes. *In*: LOWDERMILK, Deitra Leonard. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto alegre: Artmed, 2002. 928 p. p. 606-647.

COSTA, Idevânia Geraldina. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, jan. 2002.

DEVLIN, Thomas M. *et al.* **Manual de Bioquímica com correlações clínicas**. São Paulo: Edgard Blücher, 2003. 1084 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1989. 159 p.

GOUVEIA, Helga Geremias; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 175-182, mar./abr. 2004.

GUERRA, Carmen Amarilis *et al.* Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 2, p. 159-166, abr./jun. 2005.

MORETTO, Virgínia Leismann. **Gestantes portadoras de diabete**: características e vivências durante a gestação. 2001, 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

MORETTO, Virgínia Leismann; LAUTERT, Liana. Características de gestantes portadoras de diabete Melito. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 334-345, dez. 2004.

NOGUEIRA, Anelise Impellizzieri. Diabetes Mellitus e gravidez. *In*: BRAGA, Walter dos Reis Caixeta *et al.* **Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 620 p. p. 481-490.

OPPERMANN, Maria Lúcia Rocha; REICHELT, Angela Jacob. Diabete Melito e gestação. *In*: FREITAS, Fernando Monteiro de. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 624 p. p. 407-428.

ROTONDO, Lee; COUSTAN, Donald R. Diabete Melito na gestação. *In*: KNUPPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 630 p. p. 424-439.

SILVA, Lucía; SANTOS, Renata Cerqueira; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 899-904, nov./dez. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 140 p.  
Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/atualizacaodiabetes2006.pdf>>.  
Acesso em: 25 mar. 2006.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 140-166, jan. 2001.