

CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES PORTADORAS DE DIABETE MELITO^a

Virgínia Leismann MORETTO^b
Liana LAUTERT^c

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo que objetivou conhecer características de 105 gestantes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, de janeiro de 2000 a janeiro de 2001. Os resultados permitiram analisar as condições em que ocorreu o parto, as condições do bebê e os valores do perfil glicêmico durante a gestação e apresentam informações sobre o desfecho das gestações das mulheres diabéticas que realizam seu pré-natal no hospital. Estes resultados proporcionam subsídios importantes para a equipe de saúde que atende a esse grupo de gestantes, trazendo segurança para a atuação da equipe e, conseqüentemente, para as gestantes.

Descritores: gravidez em diabéticas; complicações na gravidez; gravidez; diabetes gestacional; gravidez de alto risco; diabetes mellitus.

RESUMEN

Tratase de un estudio cantitativo que objetivó conocer las características de 105 gestantes atendidas en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, de enero de 2000 hasta enero de 2001. Los resultados permitieron analizar las condiciones en que ocurrió el parto, las condiciones del bebé y los valores del perfil glicémico durante la gestación. Presentan, además, informaciones sobre el resultado de las gestaciones de las mujeres diabéticas que realizan su cuidado pre-natal en el hospital. Estos resultados proporcionan informaciones importantes para el equipo de salud que atiende a este grupo de gestantes traendo seguridad para la actuación del equipo y, a consecuencia, para las gestantes.

Descriptor: embarazo em diabéticas; complicaciones del embarazo; embarazo; diabetes gestacional; embarazo de alto riesgo; diabetes mellitus.

Título: Características de mujeres embarazadas portadoras de Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

It is about a quantitative study aimed at knowing the features of 105 pregnant women attended at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, from January 2000 to January 2001. The results allowed the analysis of the delivery as well as baby conditions in addition to the values of the glycemia profile during the gestation. Moreover, they supplied information regarding the completion of the gestations of diabetic women that have made their pre-natal care at the hospital. These results provide significant input for the health team that attend this group of pregnant women and safety for the team performance and, as a result, for the pregnant women.

Descriptor: pregnancy in diabetes; pregnancy complications; pregnancy; diabetes gestacional; pregnancy, high-risk; diabetes mellitus.

Title: Features of pregnant women with Diabetes Mellitus.

^a Trata-se de parte da dissertação apresentada ao Programa de Mestrado de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2001, intitulada: Gestantes portadoras de diabete: características e vivências durante a gestação.

^b Professora Mestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

^c Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1 INTRODUÇÃO

A gestação, quando desejada, é um momento ímpar na vida de uma mulher e geralmente traz muita felicidade e emoção. Porém, nem todas as gestações são cercadas desta felicidade. Existem aquelas consideradas de alto risco, que muitas vezes geram apreensão e medo nas mulheres, devido aos danos irreversíveis que podem causar à mãe e ao bebê. Um dos tipos de gestação considerada de alto risco é aquela em que a mulher apresenta diabetes melito (DM). As mulheres que desenvolvem diabetes na gravidez sofrem um impacto emocional importante, ocorrendo um aumento do nível de estresse, ansiedade e medo e levando essas gestantes a mostrarem-se cansadas, desconfiadas e, muitas vezes, arredias ao tratamento⁽¹⁾.

Estes fatos foram observados durante quatorze anos, quando uma das autoras atuava como enfermeira obstétrica em um hospital universitário de referência para o atendimento de gestantes de alto risco, no qual atendia gestantes com diabetes durante o pré-natal, a internação hospitalar e puerpério. No entanto, a ausência de informações específicas sobre o perfil das gestantes portadoras de diabetes, dificultava a possibilidade de elaborarem-se programas específicos, bem como de atenderem-se as demandas desse grupo.

Apresenta-se neste artigo a caracterização das gestantes portadoras de diabetes melito que são atendidas no ambulatório de um hospital universitário de referência para alto risco.

2 MATERIAL E MÉTODO

A investigação teve caráter exploratório e descritivo, segundo a classificação apresentada por⁽²⁾, uma vez que possibilitou identificar as características das gestantes diabéticas atendidas no Ambulatório do HCPA no período de 2000/2001, elaborando um *design* dessa demanda, o qual serve para apontar alguns ele-

mentos a serem considerados em programas de intervenção.

Para concretizar esta investigação, foi utilizada a pesquisa quantitativa para descrever as características das gestantes diabéticas atendidas no hospital. Para tanto realizou-se um levantamento de dados nos prontuários de todas as pacientes atendidas no período entre janeiro de 2000 a janeiro de 2001. Ao todo, foram consultados 332 prontuários dos quais cento e cinco referiram-se às gestantes diabéticas que tiveram sua situação gestacional resolvida^d no período em questão.

Os dados coletados nos prontuários das gestantes diabéticas foram digitados em uma planilha do programa estatístico EPI Info e posteriormente foram realizadas análises estatísticas a fim de identificar as medidas de tendência central.

A pesquisa, previamente a sua realização, foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pós-graduação do HCPA, local de desenvolvimento do estudo e observaram-se os aspectos bioéticos recomendados para as pesquisas realizadas com seres humanos⁽³⁾.

A pesquisa foi realizada em um hospital público de ensino cujo tipo de assistência que desenvolve possibilita que, em diversas áreas, onde inclui-se a área de alto risco em obstetria, seja reconhecida como centro de excelência. O hospital atende pacientes procedentes de todo o Estado do Rio Grande do Sul e também de estados vizinhos, como Santa Catarina e Paraná.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de descrever as características das mulheres desse grupo, optou-se por apresentar dados na seguinte seqüência: dados demográficos das gestantes, condições do parto e do bebê, informações relativas ao perfil glicêmico e controle do diabetes durante a gestação.

^d O termo Resolvida é utilizado para indicar que as gestações foram levadas ao seu término.

Tabela 1 – Distribuição da idade da gestante, segundo o diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS, 2001.

Diagnóstico Idade	Diabete prévio à gestação		Diabete gestacional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 19 anos	02	1,90	03	2,87	05	4,77
20 - 35 anos	12	11,44	50	47,61	62	59,05
36 anos ou mais	07	6,66	31	29,52	38	36,18
Total	21	20,00	84	80,00	105	100

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre (RS), mar./jun. 2001.

Entre as cento e cinco pacientes estudadas, vinte e uma gestantes (20%) apresentaram diabete prévio à gestação e oitenta e quatro (80%) tiveram o diagnóstico de diabete melito gestacional.

Acredita-se que algumas das pacientes com diagnóstico de diabete melito gestacional desconheciam sua condição de diabéticas anterior à gravidez. Na prática, observa-se que pacientes encaminhadas à equipe têm história clínica de diabete anterior à gravidez, mas, por razões diversas, não procuram serviços de saúde para diagnóstico e acompanhamento.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes⁽⁴⁾, no seu último relatório de estatísticas, 46,5% da população de diabéticos do Brasil desconheciam seu diagnóstico.

Por isso, a gravidez, com o devido acompanhamento de pré-natal, pode ser um momento que propicia a identificação de alterações da saúde, uma vez que são realizados vários exames de saúde rotineiramente.

Em relação à idade das gestantes diabéticas, observa-se na tabela 1, que a maioria das pacientes (59%) encontra-se em um período de vida adequado para gestação, ou seja, entre vinte e trinta e cinco anos; cinco grávidas (4,8%) tiveram idade até dezoito anos; e trinta e oito mulheres (32,8%) apresentaram idade superior a trinta e seis anos.

A idade materna⁽⁵⁾ está relacionada a repercussões gestacionais há muito tempo. A idade ótima para ter filhos, segundo alguns autores está entre vinte e trinta e cinco anos

de idade, pois os filhos de mulheres com menos de dezoito anos tem maior risco de nascerem prematuros, e, nos das mulheres com mais de trinta e cinco anos os riscos estão relacionados a síndromes e defeitos congênitos, assim como doenças específicas da gestação. Por isso, neste trabalho adota-se esta classificação de idade, visto que na área obstétrica, ainda é a mais utilizada para caracterizar os extremos da vida reprodutiva.

A maioria das gestantes (70,5%) é casada e/ou tem companheiro, fator que pode ser considerado positivo, pois muitas vezes os companheiros estimulam e auxiliam as gestantes durante o tratamento e gestação. Na vivência com gestantes diabéticas, frequentemente pode-se observar o comprometimento dos companheiros das mulheres que participaram do grupo e das consultas, servindo de apoio à gestante e demonstrando sua preocupação com a saúde da sua companheira e do bebê.

Na tabela 2, ao agruparem-se as pacientes procedentes da grande Porto Alegre e as do interior, observa-se que 55,2% gestantes provém de fora de Porto Alegre.

Esses dados levam a inferir que, provavelmente, esses locais não estão preparados para atender gestantes de alto risco. Se os profissionais da equipe de saúde fossem treinados para prestarem atendimento aos pacientes diabéticos no nível primário, custos com o tratamento poderiam ser reduzidos⁽¹⁾. Ao considerar-se que 7,6% da população brasileira é diabética e que Porto Alegre é a segunda

capital no *ranking* brasileiro (8,89%), é recomendável a capacitação profissionais de saúde para o atendimento no nível primário para rastrear as mulheres com risco para desenvolver diabetes no futuro. Desta forma, os profissionais poderiam atuar na prevenção do diabetes, diminuindo os custos aos cofres públicos, pois seriam evitados deslocamentos das pacientes e diminuiria a lotação dos hospitais da capital.

Tabela 2 - Distribuição da procedência das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS, 2001.

Procedência	n	%
Porto Alegre	43	41,0
Grande Porto Alegre	46	43,8
Interior	12	11,4
Não Informado	4	3,8
Total	105	100,0

Fonte: Pesquisa direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre (RS), mar./jun. 2001.

Nota: Segundo IBGE (2001), são consideradas cidades da grande Porto Alegre: Alvorada, Araricá, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Parobé, Portão, São Jerônimo, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Triunfo e Viamão.

O baixo índice de analfabetismo do grupo de gestantes portadoras de diabetes (1,9%) constitui-se um elemento importante para a equipe de saúde, uma vez que o ensino e aprendizagem sobre os cuidados com o diabetes envolvem muitos controles e anotações praticamente diárias sobre a glicemia capilar, descrição de momentos de hipoglicemia e hiperglicemia, assim como controle de movimentação fetal. Observa-se na prática durante o atendimento as gestantes que, quanto menor o grau de alfabetização da gestante, mais difícil o controle e adesão ao tratamento e cuidados propostos.

A maioria das gestantes (51,4%) atendidas no hospital, declarou dedicar-se às atividades do lar, vinte e duas (21%) realizam atividades

profissionais não especializadas, como, por exemplo, a de empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais ou faxineira. Da amostra, doze gestantes (11,4%) exercem função especializada a nível médio, como, por exemplo, técnicas de laboratório. O mesmo índice de 11,4%, ou seja, doze mulheres estavam registradas no prontuário com a categoria estagiárias ou estudantes. Apenas duas gestantes são autônomas (1,9%), e uma (1%) servidora pública.

Para classificar a idade gestacional, decidiu-se utilizar o critério de trimestres de gestação. O primeiro trimestre compreende da primeira semana de gestação até a décima terceira, o segundo trimestre inicia na décima quarta semana e termina na vigésima sexta, e o terceiro trimestre vai da vigésima sétima semana até o termo, ou seja, quadragésima semana de gestação⁽⁶⁾.

A maior parte da procura pelo serviço de pré-natal foi no segundo trimestre de gestação, quando quarenta e duas pacientes (40,01%) buscaram atendimento. Sabe-se que é nesse trimestre que geralmente acontecem os diagnósticos de diabetes gestacional e, por conseguinte, os encaminhamentos aos serviços que atendem alto risco na gestação.

Observa-se na tabela 3, que a maioria das gestantes com diabetes melito prévio à gestação procuraram atendimento no segundo trimestre de sua gestação, enquanto que as grávidas com diabetes gestacional 30,48% encaminharam-se ao atendimento de pré-natal no segundo trimestre da gravidez, e 31,43% das pacientes, no terceiro trimestre da gestação. Apenas vinte mulheres (19,04%) consultaram no primeiro trimestre de gestação, sendo que cinco (23,80%) gestantes dessas vinte eram grávidas com diabetes prévio à gestação. Esse dado constitui um alerta para as autoridades de saúde do Estado, pois as mulheres com diabetes melito prévio à gestação deveriam procurar serviços especializados em gestação de alto risco antes de engravidarem.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes portadoras de diabetes segundo o diagnóstico materno de diabetes e idade gestacional, na primeira consulta de pré-natal. Porto Alegre, RS, 2001.

Diagnóstico Idade Gestacional	Diabete prévio à gestação		Diabete gestacional		Total	
	n	%	n	%	n	%
1º trimestre	05	4,76	15	14,28	20	19,04
2º trimestre	10	9,53	32	30,48	42	40,01
3º trimestre	02	1,90	33	31,43	35	33,33
Não informado	04	3,81	04	3,81	08	7,62
Total	21	20,00	84	80,00	105	100

Fonte: Pesquisa direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre (RS), mar./jun. 2001.

Muitas vezes, o diagnóstico de diabetes acontece tardiamente na gestação. Uma das causas prováveis desse atraso é a dificuldade de conseguir consulta de pré-natal na rede pública de saúde. Na vivência prática, a pesquisadora, por vezes, observou gestantes consul-

tando com a equipe no final da gestação, momento em que pouco ou quase nada pode ser feito para que sejam evitadas complicações decorrentes do diabetes melito na gestação. Em oito prontuários, não havia registro da data da primeira consulta de pré-natal.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes portadoras de diabetes, segundo sua história obstétrica. Porto Alegre, RS, 2001.

Número de eventos	Gestações		Parto vaginal		Cesárea		Aborto espontâneo		Filhos vivos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	21	20,00	32	30,41	28	26,66	19	18,09	35	33,33
2	21	20,00	07	6,66	09	8,57	04	3,80	20	19,04
3	29	27,61	12	11,42	03	2,85	02	1,90	11	10,47
4	11	10,46	06	5,71	-	-	01	1,00	09	8,55
5	15	14,23	01	1,0	-	-	-	-	02	1,90
6	06	5,70	-	-	-	-	-	-	-	-
7	01	1,00	01	1,0	-	-	-	-	01	1,00
8	01	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Nenhum	-	-	46	43,80	65	61,92	79	75,21	27	25,71
Total	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100

Fonte: Pesquisa direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre (RS), mar./jun. 2001.

- Valor igual a zero.

Em relação ao número de gestações, das cento e cinco mulheres que compuseram a amostra desta pesquisa, vinte e uma (20%) estavam em sua primeira gestação. Também para vinte e uma mulheres (20%), aquela era a segunda gestação, e a maioria delas vinte e nove mulheres (27,61%), estava na terceira gestação.

Entre as cento e cinco pacientes pesquisadas, trinta e duas gestantes (30,41%) já haviam tido anteriormente um parto vaginal; sete

mulheres (6,66%) tiveram dois partos vaginais; doze mulheres (11,42%) tiveram três partos vaginais. De todas pacientes estudadas, quarenta e seis nunca tiveram parto vaginal, pois, para vinte e uma aquela era a primeira gestação, e as demais vinte e cinco sofreram cesariana ou aborto nas gestações anteriores.

Quanto ao número de cesáreas realizadas anteriormente à esta gestação, vinte e oito mulheres (26,66%) tiveram uma cesárea; nove

gestantes (8,57%) tiveram duas cesáreas; e três (2,85%) já haviam realizado três cesáreas anteriormente. Nenhuma mulher teve mais do que três cesáreas anteriormente e sessenta e cinco gestantes (61,92%) nunca realizaram nenhuma cesárea em sua vida obstétrica.

A maioria das pacientes (75,21%) não tiveram abortos espontâneos; dezenove (18,09%) tiveram pelo menos um; quatro (3,80%) passaram por dois abortos; duas mulheres (1,90%) tiveram três abortos e apenas uma paciente (1%) teve quatro abortos espontâneos.

Do grupo de mulheres estudado, setenta e três (69,52%) não apresentaram diabetes melito em gestações anteriores, enquanto dezoito (17,14%) apresentaram-no. Em quatorze prontuários não havia registro dessa informação. Cabe salientar que, nesta pesquisa, vinte e uma pacientes (20%) estavam em sua primeira gestação. Considerando esses dados, pode-se afirmar que, no mínimo, cinquenta e duas gestantes (49,52%) já haviam tido gestação(ões) anterior(es) sem apresentar diabetes.

Alguns autores^(4,7,8) consideram história de diabetes gestacional prévio como fator de risco

para rastreamento de diabetes em uma próxima gestação. Acredita-se que algumas mulheres desconheciam sua condição de diabéticas antes da gestação.

Por outro lado, a maioria das grávidas (72,4%) não tiveram fetos macrossômicos anteriormente. Das dezessete gestantes cujos filhos anteriores tiveram peso superior a 4000g, seis (5,71%) apresentaram diabetes prévia à gestação e onze (10,47%) foram de pacientes com diabetes gestacional. Considerando que, no grupo estudado, vinte e uma mulheres (20%) estavam na primeira gestação, e, em doze prontuários (11,43%), esse dado não estava registrado, acredita-se que o percentual de mulheres com bebês macrossômicos possa ser maior.

Filhos macrossômicos, pesando mais de 4000g, são considerados como fator de risco para mulheres desenvolverem diabetes em outras gestações. Inclusive este fator é considerado pela Sociedade Brasileira de Diabetes⁽⁴⁾, em suas últimas recomendações para os profissionais de saúde que trabalham com pacientes diabéticos.

Tabela 5 - Distribuição do tipo de parto relacionado ao diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS, 2001.

Diagnóstico Tipo de parto	DM prévio à gestação		DMG		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vaginal	06	5,71	35	33,33	41	39,04
Cesárea	12	11,44	46	43,82	58	55,26
Não Informado	03	2,85	03	2,85	06	5,7
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre (RS), mar./jun. 2001.

Na tabela 5, observa-se que as cesáreas predominaram em relação ao parto vaginal. Foram quarenta e um partos vaginais (39,1%) e cinquenta e oito cesareanas (55,2%). Observa-se também que, tanto no grupo de gestantes com diabetes prévio à gestação como no com diabetes gestacional, a cesárea prevaleceu sobre o número de partos vaginais realizados.

O diabetes não é indicação de cesareana, mas as complicações provenientes do diabetes é que elevam as taxas de cesáreas⁽⁹⁾. A cesareana⁽⁷⁾ pode alcançar índices de 70% em centros de primeiro mundo. Justificam-se como complicações para realização da cirurgia a macrossomia, falha de indução do trabalho de parto e pela falta de controle metabólico. A normalização do peso fetal não diminui o

índice de cesareanas, e que esse índice está associado ao conhecimento antecipado do diagnóstico de diabetes⁽⁷⁾. Tal diagnóstico é o provável fator que eleva os índices de cesareana com a finalidade de antecipar o parto, uma vez que, no final da gravidez, a elevação dos níveis de glicose do feto estimulam seu pâncreas e provoca hiperplasia das células beta pancreáticas, conseqüentemente, hiperinsulinemia fetal⁽⁹⁾. A combinação de hiperglicemia e hiperinsulinemia contribui muito para elevar as taxas de morbidade e mortalidade nos filhos de gestantes diabéticas⁽⁹⁾.

Para classificar os recém-nascidos segundo o peso, foi utilizada a recomendação⁽¹⁰⁾ que estabelece os pesos extremos, considerando baixo o peso a 2500g e sobrepeso o superior a 4000g. Dos dezoito bebês que nasceram com mais de 4000g, em dezesseis (15,24%) a mãe tinha diagnóstico de diabetes gestacional. Esse fato é citado pela literatura⁽⁸⁾, quando afirma que os bebês de gestantes com diabetes gestacional podem nascer macrossômicos, o que deve merecer atenção especial das equipes junto aos berçários de referência.

Observou-se que, dos bebês que nasceram nesse hospital, a maioria (54,29%) nasceu com peso considerado adequado e somente 10,47% nasceu antes de alcançar 2500g e 17,14% foram macrossômicos. O menor peso de bebê foi de 1709g, e o maior peso foi de 5110g.

Quanto à dieta recomendada pela equipe de atendimento às gestantes do grupo em estudo, ela obedeceu aos critérios consagrados na literatura, ou seja, dietas mantidas entre 1800 e 2000 calorias.

Do grupo, 26,66% usou uma dieta de 1800cal, 10,47% dieta de 1900cal, 25,71% dieta de 2000cal e 12,38% 2100cal. Cabe salientar que o valor calórico das dietas é calculado individualmente para cada paciente, considerando-se a atividade física, o peso da paciente e seu metabolismo, e a dieta é reavaliada a cada consulta. Assim, foram encontrados valo-

res calóricos mínimos de 1500cal para 0,95% das pacientes e máximos de 2500cal para 1,90% delas.

E, pelo peso do bebê ao nascer, pode-se inferir que as gestantes procuravam seguir a recomendação dietética. O nascimento de bebês macrossômicos de gestantes com diabetes melito gestacional pode ser relacionado ao momento, muitas vezes tardio, em que estas gestantes procuram atendimento de saúde. No grupo pesquisado, 31,43% das mulheres com diabetes gestacional, buscaram o acompanhamento da gestação com diabetes, apenas no terceiro trimestre da gestação.

A maioria dos bebês (85,71%) nasceu em boas condições, ou seja, no primeiro minuto de vida noventa crianças receberam Apgar entre 7 e 10. É importante salientar que, de oito bebês (7,6%), não obtivemos tais informações. Observa-se que nenhum dos bebês desta amostra nasceu sem vida.

O Apgar no quinto minuto confirma as boas condições da maioria dos bebês de mães diabéticas nascidos no HCPA. Nenhuma criança teve Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida; quarenta e nove bebês (46,7%) tiveram Apgar 9, e quarenta e duas crianças (40%) tiveram Apgar 10. Entre Apgar 9 e 10, observou-se noventa e uma crianças (86,7%). Esses dados, juntamente com o peso ao nascer, evidenciam as condições favoráveis de nascimento dos bebês dessas mulheres diabéticas.

A maioria dos bebês das gestantes diabéticas conseguiu chegar ao termo da gestação, pois 78,09% das gestantes tiveram seus partos após 37 semanas de gestação. Somente quinze mulheres (14,29%) tiveram seus partos antes de 37 semanas de gestação, não havendo diferença estatisticamente significativa entre o número de ocorrências no grupo de mulheres com diabetes prévio à gestação, e no grupo daquelas que apresentavam diabetes melito gestacional, ou seja, 14,28% das gestantes em ambos os grupos tiveram seus bebês prematuros. Não foi encontrado registro desse dado em oito prontuários (7,6%).

Tabela 6 – Distribuição da idade gestacional em que ocorreu o parto das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS, 2001.

Diagnóstico Idade Gestacional de parto	DM prévio à gestação		DMG		Total	
	n	%	n	%	n	%
Antes de 37 semanas	03	2,86	12	11,43	15	14,29
Após 37 semanas	14	13,33	68	64,76	82	78,09
Não Informado	04	3,81	04	3,81	08	7,62
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre (RS) mar./jun. 2001.

Nota: Considera-se que o parto a termo é aquele que ocorre após 37 semanas de gestação.

O maior indicador de sucesso na condução da gestação com diabetes é o parto de um recém-nascido a termo⁽⁷⁾, pois, nesse momento da gestação, as complicações e mortalidade equivalem ao da população em geral. E, considerando os boletins de Apgar dos bebês no primeiro e quinto minuto de vida, evidenciam-se as condições favoráveis de saúde desses bebês ao nascer.

Em relação aos valores do perfil glicêmico, foram analisados os resultados de todas as glicemias de jejum, as quais foram classificadas em glicemia normal^e, hipoglicemia e hiperglicemia. Quanto às glicemias pós-prandiais, foram consideradas aquelas coletadas duas horas após o café da manhã, após o almoço, após o lanche da tarde e após a janta e foram classificadas da mesma forma que as anteriores.

Verificou-se que tanto os resultados de coletas de jejum 71,5% quanto as coletas pós-prandiais 75,2% estão dentro das normalidades esperadas para o tratamento. Dessa constatação, pode-se inferir que o adequado controle metabólico, observado através dos perfis glicêmicos, refletiu-se na idade gestacional a termo em que ocorreu o parto das gestantes, bem como no peso adequado e em um bom Apgar dos bebês.

Entre as glicemias que saíram da faixa considerada normal, obteve-se um maior número maior de hiperglicemias em relação às

hipoglicemias. Das coletas de jejum, setenta glicemias (22,9%) foram acima do valor considerado de bom controle metabólico, ou seja, fizeram hiperglicemia; e apenas dezessete (5,6%) ficaram abaixo desses valores, fazendo hipoglicemias. Entre as coletas de glicemias pós-prandiais, sessenta e uma (5,1%) fizeram hipoglicemia, e duzentos e trinta e seis coletas (19,7%) foram de hiperglicemia.

Quanto ao uso da insulina, quarenta e oito pacientes (45,7%) utilizaram insulina durante a gestação, enquanto cinquenta e sete mulheres (54,3%) atendidas no programa não a utilizaram.

Observa-se que das vinte e uma pacientes com diagnóstico de diabetes prévio à gestação, apenas quatro (3,81%) não fizeram uso de insulina, levando a inferir que sua diabetes era do tipo 2. Esse fato foi inverso nas grávidas com diagnóstico de diabetes gestacional. Das oitenta e quatro gestantes com este diagnóstico, a maioria 61,25% não necessitou utilizar insulina no seu tratamento. A insulina somente é recomendada para portadoras de diabetes gestacional quando elas não conseguem realizar o controle metabólico apenas com a dieta a fim de reduzir o risco de macrosomia fetal.

A maioria das gestantes 72,38% atendidas neste programa não necessitou internação hospitalar, apenas vinte e nove mulheres (27,62%) internaram-se para algum tipo de tratamento, sendo que a incidência foi maior entre as portadoras de diabetes prévio à gestação, com 61,90%, enquanto que entre as gestantes com diabetes gestacional foi de 19,04%.

^e Para classificação das glicemias, foram utilizados os padrões de referência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, segundo os quais é considerada normal a glicemia de jejum com valores entre 60 a 105 mg/dl e as glicemias pós-prandiais de 2 horas até 120mg/dl.

O intervalo de tempo de internação hospitalar para estas gestantes com diabetes prévio à gestação foi de onze à vinte dias, sendo que dez (76,92%) destas pacientes tiveram este tempo de internação, duas gestantes internaram vinte e um dias e vinte e cinco dias e uma paciente necessitou internar por oitenta e seis dias.

Das gestantes com diabetes gestacional, apenas dezesseis (19,05%) internaram e dessas, treze (81,25%) não ultrapassaram dez dias de internação hospitalar. Uma gestante internou onze dias; outra, vinte e um dias; e somente uma, oitenta e dois dias.

Do total de vinte e nove pacientes que necessitaram internação, para 68,96% o motivo foi a descompensação metabólica; 17,24% internou por hipertensão; 6,90% para tratar trabalho de parto prematuro e polidrâmnio; 3,45% para investigação de retardo de crescimento intra-uterino; e 3,45% por depressão.

O que se observou é que o tempo de internação hospitalar é inversamente proporcional ao tipo de diabetes materna, ou seja, as grávidas com diabetes prévio à gestação necessitaram tempo maior de internação, comparado ao tempo das mulheres com diabetes gestacional. Na prática, as gestantes com diabetes prévio à gestação têm maior dificuldade para manterem suas glicemias dentro dos padrões recomendados, o que se evidencia no grupo pesquisado, onde o principal motivo de internação hospitalar foi a descompensação metabólica.

A maioria das gestantes (75,2%) não faltou às consultas durante o tratamento do diabetes na gravidez. O alto índice de presença demonstra a adesão dessas mulheres ao tratamento, evidenciando o vínculo estabelecido entre a equipe e as pacientes ou o medo do que representa o diabetes na gestação para essas mulheres.

Das cento e cinco gestantes atendidas pela equipe de atendimento à gestante diabética, no período da coleta de dados, quarenta (38,1%) também foram atendidas em consultas por ou-

tras especialidades, além das consultas com a obstetra e a endocrinologista. Destas, vinte e nove pacientes fizeram consulta com a nutricionista; sete com o oftalmologista; duas consultaram com a psicóloga e apenas duas com a enfermeira.

Observou-se um baixo número de consultas, registradas no prontuário, com a nutricionista e a enfermagem, pois, a princípio, todas gestantes diabéticas deveriam avaliar e ajustar suas dietas com a nutrição, bem como serem acompanhadas pela enfermeira para educação em saúde. A bibliografia especializada em diabetes descreve que o tratamento do diabetes está intimamente ligado à educação, principalmente no período da gestação. Nessa época, ocorrem mudanças metabólicas importantes tanto nas portadoras de diabetes prévio como nas demais gestantes, o que pode ocasionar problemas tanto para a gestante como para seu bebê. Em função disso, essas mulheres deveriam ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional para avaliação periódica, uma vez que a educação em saúde é um processo contínuo que deveria ser reforçado, ainda mais por tratar-se de um grupo em especial, em que tanto as gestantes com diabetes prévio como as com diabetes gestacional necessitam de um acompanhamento próximo uma vez que constituem grupo de risco tanto no presente como no futuro. Portanto, deveria ser aproveitada a oportunidade da gestação para alertar as mulheres sobre os riscos do diabetes no futuro e para orientá-las sobre o monitoramento de sua saúde.

4 CONCLUSÕES

Verificou-se que a maioria das mulheres grávidas que fizeram parte deste estudo e que tiveram diagnóstico de diabetes gestacional, exerciam atividades relacionadas ao lar e eram casadas.

Geralmente as gestantes com diabetes prévio à gestação são encaminhadas ou procuram por tratamento pré-natal, no segundo tri-

mestre da gestação. Quanto às gestantes com diabetes gestacional, a procura ocorre entre o segundo e terceiro trimestre da gravidez. Em sua maioria são pacientes procedentes da grande Porto Alegre e do interior do Estado. A maioria não concluiu o ensino fundamental, e, para 60% delas, esta é no mínimo, sua terceira gravidez.

O que surpreendeu nesta pesquisa foi o fato de que a maior parte das pacientes deste programa não apresentaram diabetes em gestações passadas. Acredita-se que algumas gestantes desconheciam seu diagnóstico de diabetes prévio à gestação. Em sua maioria, as gestantes não tiveram fetos macrossômicos em gestações anteriores. Outro dado evidenciado foi de que, apesar dos bebês nascerem com pesos adequados, o tipo de parto realizado nas gestantes foi predominantemente a cesareana, conduta preconizada com a finalidade de prevenir a morbidade e mortalidade dos recém nascidos em decorrência de hipoglicemias fetais, o que é questionável tratando-se de um hospital de referência como o HCPA, pois todos os profissionais que atuam são treinados e capacitados para avaliar e reverter estes quadros.

As internações hospitalares entre essas mulheres foram pouco freqüentes, sendo que as gestantes com diabetes prévio à gestação internam mais e por maiores períodos de tempo, tendo como causa as descompensações metabólicas.

As pacientes em questão têm uma característica marcante, que é a assiduidade às consultas médicas marcadas. Porém, consultas com outros profissionais como a enfermeira e a nutricionista foram raramente marcadas e registradas nos prontuários.

Pode-se constatar que o tratamento médico na condução da gestação com diabetes obteve sucesso, pois a maioria das gestantes chegaram ao termo da gestação, o peso de nascimento dos bebês foi, para grande maioria, adequado e os boletins de Apgar demonstram bons resultados, pois nenhum bebê nasceu abaixo de sete no quinto minuto.

REFERÊNCIAS

- 1 Schirmer, J. Participação da enfermeira obstetra na equipe de assistência à gestante diabética [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1989. 124 f.
- 2 Talbot LA. Principles and practice of nursing research. St. Louis (MO): Mosby; 1995. 700 p.
- 3 Ministério do Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997. 24 p.
- 4 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.[S.l.]; 2000. [16 telas]. Disponível em: URL: <<http://www.diabetes.org.br/Diabetes/cons1.html>>. Acessado em: 9 jun 2000.
- 5 Aumann GME, Baird MM. Avaliação do risco em gestantes. In: Knupel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. 630 p. p. 13-36.
- 6 Saunders RB. Nursing care during pregnancy. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity and women's. 17ª ed. St. Louis (MO): Mosby; 2000. 928 p. p. 380-428.
- 7 Oppermann MLR, Reichelt AJ. Diabetes melito e gestação. In: Freitas FM, Martins-Costa SHA, Ramos JGL, Magalhães JAA. Rotinas em obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2001. 624 p. p. 407-28.
- 8 American Diabetes Association. Why worry about gestacional diabetes. Alexandria (VA); 1999. [16 telas]. Available from: URL: <<http://www.diabetea/ada/backup>>. Accessed at: 8 Dez 1999.
- 9 Rotondo L, Coustan DR. Diabetes melito na gestação. In: Knupel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. 630 p. p. 424-39.
- 10 Olds SB. Maternal-newborn nursing clinical handbook. Redwood City (CA): Addison-Wesley Nursing; 1995. 131 p.

ANEXO

FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº do prontuário: _____

Diagnóstico: DM () DMG ()

Idade: _____ Estado conjugal: _____

Procedência: POA () GPOA () INTERIOR ()

Grau de instrução: _____

Profissão: _____

Idade gestacional na 1ª consulta: _____ semanas

2 DADOS OBSTÉTRICOS

Nº de gestações: ____ Paridade: ____ Cesáreas: ____ Filhos: ____

DM em gestações anteriores: SIM () NÃO ()

Filhos anteriores com mais de 4000g: SIM () NÃO ()

3 CONDIÇÕES DO PARTO E DO BEBÊ

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

Peso do bebê ao nascer: ____ gramas

Apgar: _____

Capurro: _____

Idade gestacional do parto: Antes de 37 semanas () Após 37 semanas ()

4 PERFIL DE SAÚDE DA GESTANTE

4.1 DIETA (Nº de Calorias): _____

4.2 PERFIL GLICÊMICO

GLICEMIA	DATA	DATA	DATA	DATA
Jejum				
2h após café				
2h após almoço				
Antes do jantar				
2h após o jantar				

4.3 CONTROLE DE PESO E CRESCIMENTO FETAL

Data				
Kg				
Altura uterina				

4.4 USO DE INSULINA: SIM () NÃO ()

4.5 INTERNAÇÃO HOSPITALAR- SIM () NÃO ()

Em caso positivo, quantas ? _____

HCPA () OUTRO HOSPITAL ()

Motivo(s) da(s) internação: _____

Tempo de internação: _____ dias.

4.6 FREQUÊNCIA A CONSULTAS NA EQUIPE DE OBSTETRÍCIA

FREQÜÊNCIA	SEM	1 F	2 F	3F	4F	TOTAL
CONSULTAS	FALTAS					
MÉDICA						
GRUPO						

4.7 OUTRAS CONSULTAS DURANTE A GESTAÇÃO

SIM () NÃO () - Em caso positivo: _____
Motivo _____ Especialidade _____
HCPA () OUTRO LOCAL ()

Endereço da autora/Author's address:

Virginia Leismann Moretto
Rua São Manoel, 963
90.620-110, Porto Alegre, RS.
E-mail: lmoretto@terra.com.br

Recebido em: 29/03/2003

Aprovado em: 14/12/2004
