

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Daniela Cristina dos Santos

**A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR EM GESTANTES
PORTADORAS DE DIABETES MELITO PRÉVIO À GESTAÇÃO**

Porto Alegre , 2003

UFRRS Escola de Entomologia Biotecnologia
Nº Registro: 492131
Data: 04/10/03
Nº Orientador:
302
302 - AM
302

Pesquisadora e Acadêmica: Daniela Cristina dos Santos

**A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR EM GESTANTES
PORTADORAS DE DIABETES MELITO PRÉVIO À GESTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão da Disciplina de Estágio
Curricular – ENF 99003 Escola Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pesquisadora e Orientadora : Profª Ms. Virgínia Leismann Moretto

Porto Alegre, 2003

*“Quando tudo está perdido, sempre existe uma luz
quando tudo está perdido, sempre existe um caminho....”*

Legião urbana

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha mãe, minha irmã e meu pai pela força, cumplicidade, carinho, e amor que me deram para superar todos os momentos difíceis que passei para chegar até aqui.

Ao meu namorado pela paciência, incentivo e por ter compreendido as minhas aflições.

A professora Virgínia Moretto, pela ajuda e confiança que depositou em mim para a realização deste trabalho de conclusão, pela sua competência em dar orientações, além do apoio que me deu em todos os momentos

Às minhas amigas Ana Amélia, Priscilla Soeiro e Patrícia Nunes, pela ajuda constante, amizade, compreensão, carinho, e ajuda para que tudo desse certo no decorrer deste trabalho.

Também não poderia esquecer da enfermeira Maria Luiza que disponibilizou o seu tempo para me dar orientações e além de me dar a oportunidade de participar do grupo de gestantes diabéticas que foi fundamental para colocar em prática o projeto almejado por mim.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 Diabete Melito.....	9
2.2 Modificações fisiológicas durante a gestação e a relação com o Diabete Melito.....	12
2.3 Histórico do Planejamento familiar	24
3 METODOLOGIA UTILIZADA	32
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Local de estudo.....	32
3.3 Amostra.....	33
3.3 Coleta de informações.....	33
3.4 Análise das informações.....	35
3.4 Aspectos éticos.....	36
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS	38
4.1 Categoria: Complicações do DM durante a gestação.....	40
4.2 Categoria: Importância do planejamento familiar.....	52
4.3 Categoria: Uso de métodos contraceptivos em mulheres diabéticas.....	58
4.4 Categoria: Relação entre o tempo de DM e gestações passadas.....	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71

REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A	77
APÊNDICE B.....	79
ANEXO A	80

1 INTRODUÇÃO

Hoje em dia, planejar uma família abrange um conjunto de necessidades e aspirações de um casal, incluindo, moradia, alimentação, estudo, lazer, dentre outros aspectos. Mas alguns casais, além de se preocuparem com estas questões, deveriam levar também em consideração certas doenças que podem afetar a saúde e trazer complicações para mulher e o filho que irá nascer. Uma dessas doenças que necessitam de uma atenção especial por parte dos casais é o diabetes melito (DM). Porém, a população em geral, desconhece as conseqüências do DM prévio na gestação.

A pesquisa realizada teve como ênfase o diabetes melito prévio à gestação, (podendo ser, DM do tipo I ou II.), por ser esse o tipo mais comum em causar danos no decorrer da gestação, tanto para a mãe quanto para o filho.

A escolha desse tema foi devido ao meu grande interesse por essa área e pelo fato de que as mulheres com DM, talvez não estejam cientes da importância de se planejar uma gravidez, de como isso pode ser feito, e quais as conseqüências, caso o casal, escolha o momento considerado não ideal para engravidar. Na minha percepção, como acadêmica, as portadoras de DM, nem a população em geral, desconhecem as conseqüências desta doença na gestação, e muito menos, sabem que existem maneiras para se evitar os agravos que o DM causa, por exemplo, realizando um bom planejamento familiar, e mantendo a normoglicemia que diminuem os riscos com a mulher e o bebê durante a gravidez, parto e puerpério.

Pensando em todas as conseqüências que o diabetes pode causar nas gestações, e a importância da anticoncepção nas mulheres portadoras de diabetes, resolvi voltar o meu

trabalho de conclusão para essa área a fim de auxiliar em uma mudança desta realidade. Antes da descoberta da insulina em 1921, Eshner em 1907, ficou preocupado com o grande número de mortalidade das grávidas diabéticas. Para reduzir esse número, ele aconselhava que “a mulher diabética não deveria se casar, ou se casada não deveria engravidar”. Após a descoberta da insulina, a sobrevivência da gestante diabética melhorou e o óbito fetal diminuiu (OLIVEIRA, A., 1988). Este autor cita ainda que a antecipação do parto nas últimas semanas, e a prática da cesariana colaboraram para a diminuição desses óbitos, permitindo a resolução do parto prematuro e evitando o trauma obstétrico. Este mesmo autor acredita que a normalização metabólica da mulher diabética já é o suficiente para se ter uma gravidez sem complicações.

De acordo com CLARK (2003), a indicação do tipo de parto depende da evolução da doença de cada paciente. Em pacientes portadores de DM I, o parto cesáreo, geralmente, é o mais indicado, e também não se interrompe uma gravidez que está indo bem. O ideal é ir até a 38ª semana, mas se houver sinais de sofrimento fetal, a gestação deve ser interrompida imediatamente.

Sabe-se que, se a mulher consegue se manter dentro de padrões metabólicos recomendados, os níveis de cesariana, e o risco de intercorrências durante a gestação diminuem, mas para isto é fundamental a gestante ser orientada por profissionais capacitados para tal. Acredita-se que a educação em saúde é estratégia mais adequada para implementação do cuidado a essas mulheres, portanto, é uma forma recomendada de tratamento do diabetes na gestação (MORETTO, 2000). Para que a educação em saúde ocorra é necessário que essas gestantes sejam encaminhadas para centros de referência de atendimento de gestantes de alto risco, recomendação essa que é ratificada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Por isso a importância do planejamento familiar, para que se diminuam os riscos tanto para as mães quanto para os filhos. O casal deve procurar um especialista para indicar o momento considerado ideal para a gestação, visto que, a hiperglicemia materna pode causar complicações e malformações fetais. O uso de métodos contraceptivos para esta clientela também é fundamental para que o casal juntamente com o médico opte pela hora certa de engravidar, e pelo tipo de método contraceptivo que melhor vai se adequar à mulher, já que essa população não pode utilizar alguns métodos devido ao seu metabolismo. Isso tudo faz com que a gestação transcorra da melhor forma possível, sem nenhuma complicação.

Portanto este trabalho de conclusão tem por objetivo identificar o que as gestantes portadoras de DM prévio à gestação sabem sobre anticoncepção e planejamento familiar e investigar o conhecimento que as gestantes têm sobre os riscos de uma gestação em mulheres diabéticas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Diabetes Melito

O conceito de diabetes melito, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), é:

de uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos no organismo. Caracteriza-se por um estado de hiperglicemia crônica, acarretando distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. (SBD, 2000a.).

A nova classificação do diabetes melito baseia-se na etiologia do mesmo, eliminando os termos usados antigamente como "diabetes melito insulino-dependente" (IDDM) e "não-insulino-dependente" (NIDDM). A classificação do diabetes melito se faz da seguinte forma:

1. O diabetes tipo I: caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas, e em consequência disso, ocorre à deficiência total de insulina;
2. O diabetes melito tipo II caracteriza-se por graus variados de resistência à insulina e deficiência relativa da secreção de insulina secretada pelo pâncreas;
3. Outros tipos de diabetes melito que são aqueles decorrentes de defeitos genéticos associados a outras doenças ou ao uso de fármacos diabetogênicos. É nessa classificação que se encontra o diabetes melito gestacional (DMG) que, segundo esses mesmos critérios, caracteriza-se pela diminuição da tolerância à glicose, em magnitude variável, diagnosticado pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após a gestação. (SBD, 2000a).

O Ministério da Saúde apresenta uma classificação específica para o diabetes na gestação, classificando-o como pré-gestacional, quando se trata de diabetes do tipo I ou tipo II, e diabetes gestacional. (SBD, 2000a).

O DM do tipo I é mais comum na criança e nos jovens (por isso é chamado de diabetes juvenil) menores de 25 anos (pode também atingir pessoas de mais idade), e em geral necessita de insulina para a sua sobrevivência. A presença de anticorpos (HLA) em mais de 80% dos casos, sugere a sua vinculação a aspectos genéticos, imunológicos e mesológicos em sua etiologia. Pacientes de primeiro grau de parentes com DM I (irmãos, pais, filhos, etc.) correm maior risco de se tornarem diabéticos do tipo I do que os demais. Em geral os indivíduos são magros, apesar de comerem muito, e têm tendência de evoluir para o coma diabético (cetoacidose) caso não façam o tratamento com insulina adequadamente. (OLIVEIRA, 2000; ROCHA E RECHELT,1997).

O DM do tipo II é mais comum (cerca de 8 a 10 vezes) que o diabetes tipo I. É mais comum em pessoas com mais de 40 anos e cerca de 90% da população com a doença é obesa. Não requer o tratamento de insulino terapia e não leva a cetoacidose. Esse tipo de diabetes tem caráter mais hereditário, portanto uma pessoa que tem história de DM tipo II na família, tem maior propensão de desenvolver o quadro dessa doença. Neste caso, há ausência de anticorpos HLA (OLIVEIRA, 2000; ROCHA E RECHELT,1997).

Os sintomas do DM mais comuns são: sede excessiva, excesso de urina, muita fome, cansaço, emagrecimento e outros sintomas considerados mais vagos como: formigamento na mãos e pés, dormência, peso ou dores nas pernas, infecções repetidas na pele e mucosas. Portanto, é importante pesquisar diabetes em todas as pessoas com mais de quarenta anos de idade (OLIVEIRA, 2000).

O diabetes, de acordo com Oliveira (2000), pode ser detectado através de testes simples que pesquisam a presença de açúcar na urina ou que avaliam a quantidade de açúcar no sangue. O diagnóstico pode ser comprovado através do exame laboratorial de sangue (glicemia), que pode ser realizado em três condições:

1. Com glicemia pela manhã em jejum de pelo menos 8 horas e o resultado igual ou superior a 126 mg/dl é sugestivo de diabetes.
2. Com glicemia duas horas após sobrecarga com 75 g de glicose (a glicose é ingerida com água, após jejum de uma noite e o sangue é colhido 2 horas após a dosagem da glicose), o resultado igual ou superior a 200mg/dl é sugestivo de diabetes.
3. Com glicemia casual (o sangue deve ser colhido em qualquer horário do dia, sem relação com a alimentação) esta glicemia deve ser realizada apenas nas pessoas que estão apresentando caso clínico sugestivo de diabetes (muita fome, muita sede, muita urina) e o resultado igual ou superior a 200mg/dl é sugestivo de diabetes.

Um resultado positivo por qualquer critério acima deverá ser referendado nos dias subsequentes por uma nova glicemia de jejum ou duas horas pós-carga.

O tratamento pode ser feito com medidas medicamentosas e não medicamentosas. A primeira medida é representada por um plano alimentar, um plano de atividades físicas e um plano de educação com informações sobre saúde e diabetes. Isso deve se seguir de maneira individualizada. Quando essa medida não é o suficiente para o controle metabólico do diabetes, se passa para o plano medicamentoso com o uso de comprimidos orais ou insulina. Os portadores de diabetes melito tipo I deve usar concomitante medidas medicamentosas e não medicamentosas (OLIVEIRA, 2000).

Oliveira (2000) cita ainda que as insulinas utilizadas pelos diabéticos podem ser de origem animal (retiradas do pâncreas de boi e porco); humana (fabricadas através de bactérias previamente preparadas) e as mistas (mistura de insulina bovina e suína). Quanto ao tempo de duração as insulinas são divididas em: de ação rápida (insulina Regular com aspecto transparente), de ação intermediária (insulina NPH ou Lenta com aspecto leitoso) e longa duração (também com aspecto leitoso).

2.2 Modificações fisiológicas durante a gestação e a relação com o Diabete Melito.

Durante a gestação, o organismo da mulher se adapta de acordo com as necessidades metabólicas do feto e dela mesma. Fisiologicamente, a primeira metade da gestação é caracterizada pela alteração do metabolismo da glicose por ação do estrogênio e da progesterona, levando a uma hipoglicemia materna devido à hiperplasia das células beta pancreáticas. A utilização periférica elevada de glicose leva à diminuição de 10% da glicose materna. Portanto mulheres diabéticas que requerem insulina comumente apresentam períodos de hipoglicemia na gravidez inicial, podendo levar à cetonúria e cetoacidose. Isso ocorre porque o organismo compensa a sua incapacidade de converter carboidratos em energia, queimando proteínas (músculo) e gorduras. Os produtos finais são cetonas e ácidos graxos, que em grande quantidade produzem cetoacidose e cetonúria. A dosagem de insulina para mulheres com diabete bem controlado talvez deva ser reduzida para evitar a hipoglicemia. Há uma incidência maior de episódios hipoglicêmicos nas mulheres com DM tipo I no início da gestação. Náusea, vômito e os desejos típicos do

início da gestação resultam em flutuações dietéticas que influenciam os níveis de glicose materna e exigem redução na dosagem de insulina (CASHION E DURHAM, 2002).

No final do segundo trimestre de gestação, alguns hormônios contrainsulínicos sintetizados pela placenta, levam a um estado diabetogênico da gestante. Este hormônio é chamado de Lactogênio Placentário Humano. Existem também outros hormônios que aumentam o estado diabetogênico, como a prolactina, estrogênio, progesterona, cortisol e insulinase. A incapacidade da insulina em reduzir a glicemia, pode estar associada à resistência tecidual. As concentrações maternas crescentes do hormônio Lactogênio Placentário Humano tem sido implicadas como fatores responsáveis pelo processo de resistência à insulina, que começa a partir de 14 a 16 semanas e continua em elevação até estabilizar-se durante as últimas semanas de gestação. A dosagem de insulina deve ser ajustada para prevenir a hiperglicemia. (CASHION E DURHAM, 2002; LANDON e GABBE, 1993).

O hiperinsulinismo associado à relativa insensibilidade tecidual à insulina caracteriza o estado diabetogênico da gestação. As gestantes normais conseguem compensar esse processo com o aumento da produção pancreática de insulina, mas as gestantes com diabetes melito prévio exibem uma descompensação considerável, a qual freqüentemente, exige incrementos na dose de insulina exógena. (ROCHA e RECHERT, 1997).

2.2.1 Complicações causadas pelo mau controle do diabete melito

A hiperglicemia materna provoca transferência exagerada de glicose para o feto, o que estimula o pâncreas fetal a aumentar a produção de insulina, já que a placenta é impermeável à insulina materna. Embora os índices de morbidade e mortalidade tenham

melhorado significativamente, a gestante diabética permanece em risco de desenvolver complicações durante a gestação. Pesquisas demonstram que o controle glicêmico diminui complicações na gravidez para a mulher diabética e seu neonato. Se a gestante não mantiver a glicemia em valores normais, poderá acarretar complicações no desenvolver de sua gestação. As principais complicações que ocorrem são (CASHION E DURHAM, 2002; ROCHA e RECHELT, 1997):

1. Cetoacidose: ocorre mais no final da gestação por aumento na resistência periférica à insulina. Coma cetoacidótico pode ocorrer com níveis glicêmicos relativamente baixos, se comparados à não gestantes (200 - 400mg%). É responsável por 5-15% da mortalidade materna. Ocorre mais freqüentemente no segundo e terceiro trimestres, onde o efeito diabetogênico da gestação é maior. Quando o metabolismo materno está estressado pela doença ou infecção, a mulher corre mais risco de cetoacidose diabética. Pode ocorrer também por falha no uso adequado da insulina. Os ácidos graxos são mobilizados a partir das reservas de gordura, entram na circulação, e ao serem oxidados, liberaram corpos cetônicos na circulação periférica. O tratamento imediato da cetoacidose evita o coma ou a morte materna. A cetoacidose, ocorrendo em qualquer momento da gravidez, pode levar à morte fetal e causar trabalho de parto prematuro. A utilização de corpos cetônicos pelo feto parece levar ao retardo neurofisiológico do recém-nascido.
2. Hipoglicemia: mais freqüente após a interrupção da gestação, quando a dose de insulina não for reduzida, ou no início da gestação pela hiperplasia das células beta pancreáticas, que leva a uma utilização periférica elevada da

glicose. Mais tarde na gestação, com os ajustes das doses de insulina, a hipoglicemia também pode ocorrer. Os episódios de hipoglicemia leve à moderada não parecem exercer efeitos deletérios significativos sobre o bem estar fetal.

3. Pielonefrite: é bastante comum em gestações diabéticas , com um aumento na incidência nessa população (1,5 - 12%)
4. Doença hipertensiva na gestação: ocorre devido a vasculopatia concomitante a diabete. É mais comum nas gestações diabéticas com mau controle metabólico.
5. Polidrâmnio: ocorre em 13 - 25% das gestações diabéticas. É provocado pela hiperglicemia materna. O polidrâmnio - mais de 2000ml de líquido amniótico - aumenta a possibilidade de compressão da veia cava e aórtica, causando hipotensão supina. A dispnéia materna pode resultar da pressão do útero sobre o diafragma. O rompimento prematuro das membranas e o início de trabalho de parto prematuro associam-se ao polidrâmnio. A distensão excessiva do útero pode aumentar a incidência de hemorragias no pós-parto.
6. Macrossomia: ocorre devido ao aporte nutricional exagerado (glicose, aminoácidos, lipídios e corpos cetônicos). É responsável por grande parte da morbidade perinatal na gestação por traumatismo fetal no parto, distócia de ombro, asfixia, laceração de fígado e baço, paralisia facial, lesão do nervo frênico, hemorragia subdural. O peso é superior de 4 Kg a 5 Kg e são chamados de GIG (grande para idade gestacional - percentil acima de 90). É observado em 50% das gestações complicadas pelo diabete e 40% das

gestações diabéticas insulino-dependente. Ocorre 10 vezes mais em mulheres diabéticas. A macrosomia está refletida por adiposidade aumentada, massa muscular e organomegalia, isso relacionado ao hiperinsulinismo fetal, provocado pela hiperglicemia materna. O feto secreta insulina que age como hormônio do crescimento, por isso o tamanho acima do normal.

7. Prematuridade: interrupção precoce da gestação por complicações maternas e/ou fetais, ou para evitar morte fetal intra-útero.
8. Hipoglicemia neonatal: compreende glicemia abaixo de 30mg% em recém nascidos a termo e abaixo de 20 mg% em prematuros. Devido ao hiperinsulinismo fetal, é a complicação mais freqüente. Pode ser causado por pelo menos dois fatores: controle da glicose materna durante a segunda metade da gestação; controle da glicemia durante o trabalho de parto e parto. Os níveis de glicose materna maiores de 90mg/dl durante o parto aumentam a chance de hipoglicemia neonatal. A transição para a vida extra-uterina é muitas vezes acompanhada por anormalidades metabólicas. Nos primeiros trinta a sessenta minutos após o nascimento ocorre freqüentemente a hipoglicemia. Ela é causada pelo hiperinsulinismo fetal e pelo uso rápido de glicose após o nascimento.
9. Hipocalcemia: parece estar relacionado a hipercalcemia materna, causando supressão da paratireóide fetal. Os níveis séricos ficam abaixo de 7 mg/dl e está relacionado a prematuridade e anóxia fetal. Ocorre em 8-22% dessas gestações.

10. Poliglobulia neonatal: É o aumento dos eritrócitos na circulação fetal. Em alguns casos, o hematócrito ultrapassa 70% do normal, acarretando insuficiência ventilatória por aumento da resistência vascular periférica pulmonar, podendo evoluir para insuficiência cardíaca direita, Cor Pulmonale, e icterícia neonatal.
11. Síndrome da angústia respiratória do recém nascido: relacionada à interrupção precoce da gestação, mas também ligada ao retardo na maturação pulmonar fetal. O hiperinsulinismo fetal (provocado pela hiperglicemia materna) leva à redução de glicídios precursores dos fosfolípidios pulmonares (substâncias tensoativas que impedem o colapamento das paredes alveolares). O hiperinsulinismo atua como antagonista da ação do cortisol que parece estar relacionada à produção de lecitina. Frequentemente leva à taquipnéia transitória.
12. Retardo do crescimento intra-uterino (RCIU): É associada à vasculopatia por insuficiência placentária. A nefropatia diabética associa-se ao RCIU em 20% dos casos. A doença hipertensiva própria à gestação e a cetoacidose também aumentam o risco de RCIU.
13. Mal formações congênitas: É responsável por mais da metade da mortalidade perinatal. Sua incidência não está elevada no DM gestacional. Deve-se principalmente ao descontrole metabólico. Existe uma relação entre a falta de controle metabólico da mulher diabética e a ocorrência de malformações fetais. Vários estudos evidenciaram que níveis elevados da glicemia e/ou da hemoglobina glicosilada durante o período da organogênese (2 a 8 semanas no ser humano) resultam em anomalias fetais

específicas. Desde que seja estabelecido um adequado controle metabólico antes da gravidez, o risco de malformações fetais torna-se similar ao dos filhos das mulheres não diabéticas. Existe um perfil de mulheres que são mais propensas a produzir crianças com malformações congênitas: mau controle periconcepcional, diabetes prolongado (inicia antes de 20 anos de idade), vasculopatia e história familiar. Exemplos de malformações congênitas:

- a) Cardiovascular: transposição dos grandes vasos; defeito do septo ventricular e atrial; ventrículo esquerdo hipoplásico; *situs inversus*; anomalias da aorta.
- b) Sistema nervoso central: anencefalia; microencefalia; encefalocele; meningomielocele.
- c) Esquelético: síndrome de regressão caudal; espinha bífida.
- d) Geniturinário: ausência de rins (síndrome de Potter); rins policísticos; ureter duplo.
- e) Gastrointestinais: fístula traqueoesofágica; atresia intestinal; ânus imperfurado.

- 14. Morte fetal intra-útero: acredita-se estar relacionado ao descontrole metabólico, cetoacidose e anomalias congênitas.
- 15. Mortalidade perinatal e mortalidade materna: pode ser causada devido às conseqüências citadas acima.
- 16. Também há maior incidência nas mães de infecção urinária, cesariana e infecção pós-parto / pós-cesariana. Os distúrbios no metabolismo dos carboidratos alteram a resistência normal do organismo. A resposta

infamatória, a função leucocitária e o PH vaginal são afetados. Infecções vaginais, como a monolíase, são as mais comuns. Outro tipo de infecção comum nessas mulheres é a do trato urinário. A infecção é considerada grave por causar maior resistência à insulina e pode resultar em cetoacidose.

2.2.2 Tratamento durante a gestação

As mulheres devem continuar o tratamento indicado para diabéticas, mesmo estando grávidas, pois só assim elas vão conseguir manter a normoglicemia, assegurando o metabolismo adequado da glicose para a mãe e o feto.

O uso da insulina deve ser feito com cautela e calculado de acordo com as necessidades do organismo. Segundo Rocha e Rechelt (1997), os hipoglicemiantes orais não devem ser usados pelo risco de malformações fetais e por dificultar o controle clínico. Podem atravessarem a barreira placentária, estimulando a secreção de insulina fetal. Estas gestantes (que utilizavam hipoglicemiantes orais) devem aprender a administrar insulina, já que será o seu primeiro contato com esse tratamento. As insulinas humanas monocomponentes são as mais preferidas, desde que elas não determinem o aparecimento de anticorpos IgG antiinsulina. Esses anticorpos atravessam a placenta e podem interferir na produção de insulina fetal, bem como comprometer as células beta pancreáticas do feto. Esses anticorpos contra a insulina também são detectados no cordão umbilical e podem estar relacionados com a hipoglicemia e síndrome da depressão respiratória.

A dieta também deve ser seguida. A gestante tem que fazer uma dieta que permita um ganho adequado de peso de acordo com o estado nutricional da gestante (avaliado pelo índice de massa corporal - IMC). A meta da dieta consiste em proporcionar

um ganho de peso consistente com a gestação normal, para prevenir a cetoacidose e minimizar as flutuações dos níveis de glicose sanguínea. As refeições devem ser feitas nos horários estabelecidos e nunca devem ser omitidas. Recomenda-se serem planejadas de acordo com a terapia insulínica, para evitar descontroles nos níveis de glicose. Normalmente são feitas três refeições no dia e pelo menos dois lanches. O lanche da noite é importante, pois previne a hipoglicemia e a cetose causadas pela fome durante a noite. O ganho de peso para a maioria das mulheres (diabéticas ou não) deve aproximar-se dos 12 Kg durante a gestação. O cálculo da dieta deve ser feito de forma individualizada para atender as exigências aumentadas fetais e metabólicas (CASHION E DURHAM, 2002).

As mesmas autoras acima recomendam a atividade física como parte do tratamento. Caminhadas regulares e/ou exercícios de flexão dos braços, são importantes para o controle do metabolismo. Todos os exercícios devem ser orientados e monitorados por um profissional de saúde, para prevenir as complicações. Para as mulheres com vasculopatias, recomenda-se apenas exercícios leves, porque, o exercitar-se causa um aumento na probabilidade de lesão isquêmica da placenta e dos órgãos já comprometidos. Deve ser instruído também o melhor horário para os exercícios, que é após às refeições. Medir a glicose antes, durante e após os exercícios é recomendado para não se alterar de maneira brusca a concentração de glicose sanguínea. Devem-se evitar os exercícios de alto impacto.

2.2.3 Manejo obstétrico e clínico à gestantes com DM prévio.

A assistência à grávida diabética deve se voltar para reduzir os riscos para a mulher e o feto. Segundo Cashion e Durham, (2002) a monitorização tem que ser com

muito mais freqüência e mais profundamente do que as outras gestantes. Nos primeiro e segundo trimestres da gestação, as consultas de pré-natal serão marcadas para cada uma a duas semanas. No último trimestre ela passará a ser vista uma a duas vezes da semana. Mostrarei a seguir, a conduta médico-obstétrico para os três trimestres de gestação, de acordo com os autores Cashion e Durham, 2002; Bertini (2000); Rocha e Rechelt, (1997):

Primeiro Trimestre: fase importante para que a gestante procure um médico. Deve ser realizado um exame ultra - sonográfico para determinar a idade correta da gestação, bem como avaliar rigorosamente a morfologia do conceito, e o seu bem estar fetal. Deve-se fazer orientação sobre educação e saúde em diabetes, como: a importância do controle da glicemia durante a gestação; as doses de insulina que deverão ser remanejadas (diminuídas) no início para evitar a hipoglicemia; dieta adequada para que os níveis de glicose não se alterem muito; exercícios regulares; complicações que poderão ocorrer com a gestante e o feto, além das complicações após o nascimento do bebê; cuidados com infecções, olhos, modificações neurológicas; cuidados com os pés e com a pele; uso de sapatos ou chinelos mais largos; exames como: coleta de urina de 24 horas para a depuração de creatinina e excreção protéica, eletrocardiograma, urocultura (verifica a presença de infecção urinária, comum na gestação diabética) e hemoglobina glicosilada *.

Segundo Trimestre: Esse é o período mais crucial para o desenvolvimento do conceito, pois é nessa fase que a organogênese se torna concluída e ocorre o excessivo crescimento pelo hiperinsulinismo fetal. Isso ocorre mais freqüentemente a partir da 26^a

A dosagem da hemoglobina glicosilada é importante no primeiro trimestre de gestação por ser a fase de maior risco para malformação fetal. A hiperglicemia prolongada faz com que a hemoglobina fique saturada com a glicose. Portanto o teste de hemoglobina glicosilada proporciona uma medida do controle glicêmico durante um período de tempo, mais ou menos de quatro a seis semanas anteriores. As medidas regulares dessa hemoglobina fornecem dados para alterar o plano de tratamento e para levar ao melhor controle glicêmico (CASHION E DURHAM, 2002, p. 612).

semana. Deve-se fazer novamente o exame ultrasonográfico para avaliar malformações congênitas; dosagem da hemoglobina glicosilada; ecocardiografia para excluir os defeitos do tubo neural e os cardíacos, além de outros defeitos que poderão surgir. Deve-se fazer outros exames como creatinina, proteinúria, uréia, ácido úrico, e provas de função renal para se fazer uma avaliação funcional dos rins.

A medida ultrasonográfica seriada (a cada 15 dias) da relação circunferência cefálica e abdominal é recomendada a partir das 22^a e 24^a semanas com o objetivo de acompanhar o crescimento fetal, bem como avaliar o volume de líquido amniótico.

Terceiro Trimestre: as últimas doze semanas constituem a fase de maior cuidado para o bem estar fetal, devido a prováveis complicações. Para que continue o controle da glicemia, o clínico necessita em geral, de aumentar as doses de insulina. Devem ser feitos também testes para a maturação pulmonar fetal nas diabéticas mal controladas e/ou quando há necessidade de uma interrupção da gravidez. Repetir testes de função renal e avaliação oftalmológica, ultra - sonografia e ecocardiografia fetal.

Resumindo: é pedido semanalmente que a gestante faça um controle laboratorial, como glicemias pré e pós prandiais; glicosúria 24 horas; controle do peso e pressão arterial; e mensalmente são pedidos exames de uréia, creatinina, ácido úrico, urocultura com antibiograma, hemoglobina glicosilada, hemograma, eletrólitos, transaminases hepáticas, exame comum de urina (se proteinúria presente realizar proteinúria de 24 horas e depuração da creatinina exógena), exame de fundo de olho (para avaliar retinopatia), eletrocardiograma, Hgt pré prandial e ao se deitar, cetonúria diária antes do café, e medida da altura do fundo uterino (uma altura uterina acima do normal pode ser indicativo de polidrâmnio ou macrosomia). É necessário também que a gestação seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar composta por obstetra, diabetologista ou

clínico, neonatologista, enfermeira, nutricionista e assistente social. Mas se mesmo com todos esses cuidados a gestação tiver alguma complicação mais grave, a gestante deverá se internar imediatamente a fim de tentar levar a gravidez um pouco mais a diante ou então interrompê-la, caso haja risco para a mãe e o feto (CASHION E DURHAM, 2002).

Segundo Rocha e Rechelt (1997), existem alguns critérios para a internação imediata da gestante diabética, que são: descontrole do diabete, complicações obstétricas durante o pré-natal (pielonefrite), doença hipertensiva na gestação, proteinúria maior que 5g/24 horas, polidrâmnio, retardo no crescimento intra-uterino, trabalho de parto prematuro, pacientes com vasculopatias. Pacientes com doença vascular e que tem necessidade de insulina, devem ser internadas a partir de 26 a 28 semanas, devido ao maior risco de problemas renais, distúrbios hipertensivos e comprometimento do feto. Em alguns casos, poderá se fazer a interrupção da gestação, mas antes se deve assegurar a maturação fetal. Para confirmar a maturação pulmonar fetal, Lowdermilk (1999) sugere a realização de uma amniocentese nas gestações com menos de 39 semanas, pois através do líquido amniótico é vista a concentração de fosfatidilglicerol. Se os pulmões fetais ainda estiverem imaturos, deve-se adiar o nascimento, desde que não haja complicações para o feto e/ou a mãe. Mas se tiver alguma complicação como pré-eclâmpsia, retinopatia e insuficiência renal, o parto deve ser feito. Dependendo do peso do feto (mais de 4.500 g) e o sofrimento do mesmo, o parto poderá ser cesáreo, mas se não houver nenhuma complicação, a via normal (parto normal) também é utilizada, apesar dos índices de cesárea nesta população seja extremamente alto.

2.3 Histórico do planejamento familiar

O planejamento familiar vem se difundindo desde os primórdios do Brasil Colonial. Nesta época, a igreja e a medicina, intervinham na vida privada da mulher e a colocava como instrumento de procriação. No início da República (década de 30), houve a criação do salário família e do auxílio natalidade. Com isso, o Estado de Getúlio abraçou uma tendência pró-natalista, onde deveria haver um controle sobre a natalidade (COSTA, 2003).

Em 1952, Margaret Sanger criou em Londres uma sede que contava com o apoio financeiro de diversas instituições interessadas no planejamento familiar. Esta sede recebeu o nome de *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), que visava o controle demográfico, restringindo a procriação das mulheres ou dos casais. O IPPF teve grande influência no Brasil, no que diz respeito ao planejamento familiar (COSTA, 2003).

A mesma autora acima, cita que na década de 70, quando já se havia difundido o planejamento familiar, a igreja notou que seu poder já não era tão forte e resolveu aderir-se aos demais, mas sob uma condição: que o método utilizado fosse a abstinência periódica, o qual passou a ser chamado de método natural. Em meados dos anos 70, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde Materno Infantil, onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável. Nesta mesma década, mais especificamente em 1977, foi elaborado o Programa de Prevenção de Alto Risco (PPGAR). Só que, as reações contrárias da imprensa, partidos políticos, movimentos sociais e da igreja, fizeram com que houvesse o arquivamento e não implementação do programa. Com isso, favoreceu o crescimento de outras instituições de cunho controlista, como a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC). Estas duas instituições

prestavam assistência direta e exclusiva às ações contraceptivas, porém a CPAIMC tinha uma estratégia mais agressiva, que era a realização de esterilização cirúrgica por laparoscopia e distribuição de material contraceptivo para as outras instituições. Ainda na década de 70, na época da ditadura militar, reforça-se entre os militares o discurso da segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e numerosas famílias, precisando, neste caso, de controlar os nascimentos dessas classes, chamadas também de subespécies.

Costa (2003) refere que a partir dos anos 60, começava a ruptura do clássico modelo social da mulher (mãe e rainha do lar) para um modelo onde ela se tornaria autônoma e dona do seu próprio corpo. Ela é que definiria o tamanho da sua prole. Isso surgiu quando as mulheres entraram no mercado de trabalho e começaram a competir com os homens.

Em 1983 o Ministério da Saúde divulga o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que seria desenvolvido pela rede pública de assistência à saúde, se ajustando às necessidades de cada população e, finalmente em 1988, houve a consagração do direito do planejamento familiar na Constituição Federal, no parágrafo 7º do artigo 226, onde diz que não se deve fazer o acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Também dá liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício do direito (COSTA, 2003).

Hoje em dia existem muitos lugares onde se podem obter informações sobre o planejamento familiar e também sobre os métodos contraceptivos, como Centros ou Unidades Básicas de Saúde, só que a maioria dos casais não tem acesso, principalmente pela falta de informação e desinteresse desses locais em dar uma atenção adequada à esse

programa. Por isso, mulheres sem condições de ter ou criar seus filhos, acabam morrendo, passando fome, ou perdendo a criança.

O governo deveria olhar melhor para a população que realmente precisa desse cuidado, principalmente a que tem alguma doença que coloque em risco o a vida do filho ou dela mesma, como por exemplo, o Diabete Melito Pré - Gestacional.

2.3.1 A importância do planejamento familiar em mulheres com DM

Planejamento familiar significa oferecer aos casais meios que possibilitem planejar o tamanho de suas famílias, decidindo quando e quantos filhos desejam ter, por meio da oferta de orientações e de métodos contraceptivos eficazes e seguros, respeitando a liberdade de escolha de cada um, suas particularidades socioculturais, crenças religiosas e assim por diante (SEXUALIDADE, 2003).

Tudo deve ser levado em conta nessa hora, como, as condições econômicas, de saúde, sociais e etc. Com o auxílio de um médico, o casal pode ter conhecimento de como fazer se evitar uma gravidez indesejada, e como agir futuramente na hora em que decidirem ter o bebê.

O planejamento familiar deve ser diferenciado do controle de natalidade, que consiste mais na imposição pelas autoridades governamentais, onde o número de filhos não deve ultrapassar os limites e, caso o limite seja ultrapassado, o casal sofrerá punições. Isso é observado em alguns países com superpopulação. Ao contrário do controle de natalidade, o planejamento familiar livre e democrático deve ser estimulado e orientado, não apenas por avanços na área médica, mas, principalmente, por sérias e amplas medidas políticas que

atinjam a todas as pessoas sexualmente ativas. Deve ser considerado um direito humano (SEXUALIDADE, 2003).

Cada vez mais, casais procuram orientação no sentido de controlar o número de filhos desejados e cada vez há mais métodos contraceptivos eficazes e seguros disponíveis a essa população. Esse planejamento do tamanho das famílias é de enorme importância, pois permite que homens e mulheres se programem de forma a poderem oferecer uma melhor qualidade de vida aos seus filhos e, além disso, permite um maior espaçamento entre cada gestação, o que é bom para a saúde da mulher e para a menor exposição às gestações e por serem evitadas com maior segurança em mulheres com alto risco gestacional. Certas doenças também apresentam redução de incidência em virtude do uso de certos métodos contraceptivos (SEXUALIDADE, 2003). Uma doença que deve ser olhada com mais atenção por parte dos casais é o Diabete Melito, pois este pode causar complicações durante a gestação não só para a mulher com também para o filho.

Anomalias do Sistema Nervoso Central, cardíaco e renal surgem durante as primeiras sete semanas de gestação, época na qual é incomum a paciente procurar o cuidado pré-natal. Portanto o aconselhamento de mulheres com DM no grupo de idade reprodutiva deveria começar antes da concepção para que haja um controle metabólico ideal antes da concepção, evitando efeitos prejudiciais das hipoglicemias e hiperglicemia sobre o embrião, reduzindo o risco de abortamento e malformações. (ROCHA E REICHEL, 1997; LANDON e GABBE, 1993).

A diabética assim como seu marido devem estar a para destes riscos antes de se decidirem pela gravidez, por isso é importante programar a gravidez para que a paciente esteja com sua glicemia muito bem controlada, pelo menos nos seis meses anteriores. O casal deve ser informado sobre as alterações antecipadas no manejo do DM durante a

gestação e sobre a abordagem da equipe multidisciplinar no cuidado da saúde (CLARK, 2000).

Um aconselhamento pré-concepcional envolvendo as pacientes e seus familiares vai ter um resultado favorável. A paciente deve aprender técnicas de auto monitorização da glicose, bem como a necessidade de um manejo dietético aprovado. Medidas de hemoglobina glicosilada são feitas para auxiliar a época para a concepção (LANDON e GABBE, 1993)

De acordo com os autores acima, a gravidez só é contra indicada em mulheres com algumas complicações do DM como, retinopatia, hipertensão arterial, insuficiência renal e neuropatia periférica, pois estas doenças afetam negativamente a gestação e podem piorar o estado da doença.

2.3.2 O Uso de métodos contraceptivos

O uso de métodos contraceptivos para essa população é muito importante para que a mulher não engravide no seu período de descontrole metabólico. Vários métodos podem ser utilizados por elas, porém alguns devem ser usados com cautela dependendo do grau de comprometimento da doença.

Existem vários tipos de contraceptivos: comportamentais; de barreira; anticoncepcionais hormonais; dispositivo intra-uterino; e contracepção cirúrgica voluntária (FEBRASGO,2002a).

1. Métodos Comportamentais: tanto em mulheres diabéticas controladas, quanto as não controladas, existem dificuldades de avaliação correta da ovulação devido a alteração do ciclo menstrual por causa da doença. A necessidade de controle da fertilidade na mulher diabética faz com que a

abstinência periódica por sua baixa eficácia, não esteja entre os métodos contraceptivos indicados. Exemplos de métodos comportamentais: abstinência sexual; método rítmico (tabelinha); método da temperatura basal; método muco-cervical; método sintotérmico (uso de vários métodos comportamentais ao mesmo tempo, como o muco cervical, tabelinha, temperatura basal); coito interrompido.

2. Métodos de barreira: são denominados assim porque evitam a gravidez através do impedimento da ascensão dos espermatozóides ao útero. O diafragma e o codom, não estão vinculados a condições especiais de uso devido ao diabete melito, porém tem a mesma indicação de prevenção de DST/AIDS, independente do uso ou não de outro método contraceptivo. Em se tratando de diabéticas, freqüentemente a opção será para os métodos que apresentam maior eficácia. Além do diafragma e o códon, existem outros como esponjas e espermaticidas.
3. Anticoncepcionais Hormonais: a utilização de um contraceptivo hormonal por uma mulher diabética pode alterar o metabolismo da glicose porque as anormalidades crônicas podem levar a um aumento da morbidade de mortalidade.
 - 3.1. Anticoncepcionais hormonais injetáveis e implantes: podem ser mensais e trimestrais. Não tem sido usados em pesquisas clínicas com mulheres diabéticas. Como tem efeito de longa duração e não reversível após a injeção teme-se alguma intercorrência no caso de uma possível alteração no controle metabólico.

- 3.2. Anticoncepcional hormonal combinado oral (AHCO): o uso desse método não aumenta o risco de diabetes melito, mas é recomendável a monitorização adequada das usuárias cujas histórias familiares e médicas indicam uma probabilidade aumentada em desenvolver a doença. Os estudos publicados demonstraram que o AHCO de baixa dose pode ser utilizado por mulheres diabéticas insulino-dependente. Para tanto, faz-se necessário uma adequada monitorização metabólica e eventualmente ajustar a dose da insulina. Diabéticas bem controladas não tabagistas e menores de 35 anos de idades podem ser candidatas ao uso do mesmo, enquanto que as mulheres com doença mais avançada, com complicações vasculares, devem usar outro tipo de anticoncepcional. Recomenda-se a monitorização diária da glicemia de jejum pelo menos nas primeiras semanas de uso da pílula, e, após seis meses dosar a hemoglobina glicosilada, a lipidemia e semestralmente a glicemia de jejum. Em recente estudo mulheres diabéticas insulino-dependente usuárias de pílulas de progestágeno de última geração, durante um ano, não apresentaram alterações nem do controle glicometabólico nem no níveis sanguíneos lipoproteína.
4. Dispositivo intra-uterino: comparando ao uso do DIU de cobre por mulheres diabéticas insulino-dependente com mulheres não diabéticas, pesquisas mostraram não haver nenhuma diferença nas taxas de continuação e de remoção devido a infecção. A utilização dos modernos DIUs de cobre por mulheres diabéticas insulino-dependente, não evidenciou nenhuma

diferença nas taxas de continuação e nas taxas de remoção devido a gravidez.

5. Contraceção voluntária cirúrgica: especificamente, no caso de mulheres diabéticas, quando elas já tiverem o número de filhos desejados ou quando a gravidez é contra-indicada, a ligadura pode ser uma excelente opção. A ligadura constitui um método permanente de contraceção, realizado através da obstrução do lúmen tubário, impedindo o transporte e a união dos gametas. Independente da técnica a ser utilizada recomenda-se o 1/3 proximal da tuba (istmo) como o local ideal da ligadura.

O importante é que a mulher diabética tenha em mente que, o uso de qualquer um desses métodos contraceptivos, devem ser usados para se evitar uma gravidez em momento não adequado, ou seja, quando o metabolismo esteja desajustado, mas para isto pé recomendável o acompanhamento com o médico que indicará o melhor método que poderá ser usado por esta clientela.

3 METODOLOGIA UTILIZADA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo.

Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa pode ser descrita como holística e naturalista e baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida.

A pesquisa é exploratória, pois busca explorar as dimensões do fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 Local de estudo

O estudo realizou-se no Centro obstétrico (12º andar) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local onde as gestantes portadoras de diabetes, aguardam as coletas de glicemias. A coleta de dados da pesquisa se fez no dia em que as gestantes coletam o perfil glicêmico*, realizado semanalmente, às quartas feiras das 7horas e 30 minutos às 20 horas, para a avaliação e controle da glicemia das mesmas.

* O perfil glicêmico é fundamental para o controle da glicemia. Para a realização deste, é importante que a gestante tenha iniciado a dieta recomendada 14 dias antes da coleta. Colhem-se 5 glicemias: jejum; duas horas após o café da manhã, duas horas após o almoço; antes do jantar; e duas horas após o jantar. (ROCHA E REICHELT,1997)

3.3 Amostra

A pesquisa foi realizada com as gestantes portadoras de DM prévio à gestação, incluindo as pacientes que estavam no primeiro trimestre de gestação até o último trimestre, recebem a notícia da gravidez, podendo, desse modo, estar em qualquer idade gestacional. Portanto “a amostra tem característica intencional ou de seleção racional, ou seja, os elementos da amostra são escolhidos e estes se relacionam intencionalmente com características estabelecidas” (BARROS, 2001, p.61) .

As gestantes foram convidadas a participarem do estudo, assinando o Consentimento Livre Esclarecido após terem concordado em fazer parte do mesmo.

A média de pacientes que realizam o perfil glicêmico nas quartas feiras são de oito a dez gestantes, conforme levantamento feito na unidade, durante a pesquisa realizada, porém, a amostra final, foi de sete gestantes, já que três se negaram a participar do estudo.

3.4 Coleta de informações

A coleta de informações se fez através de entrevista semi-estruturada com cada gestante (APÊNDICE B) .

A entrevista em geral, tem grande vantagem sobre as outras técnicas, pois permite a captação imediata das informações desejadas, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A entrevista semi-estruturada, segundo Ludke e André (1986), se desenrola a partir de um esquema básico de questões abertas, porém, não é aplicada rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as suas adaptações necessárias.

A coleta e análise das informações ocorreram simultaneamente e tiveram prosseguimento até a ocorrência da saturação destas, isto é, até que se tornem redundantes as informações obtidas a partir dos dados novos. "Esta saturação refere-se à sensação de fechamento, vivenciado pelo pesquisador, quando a coleta de dados pára de produzir novas informações" (POLIT; HUNGLER, 1995, p.276).

A dinâmica da entrevista se fez através de uma conversa com cada gestante, individualmente, respeitando a privacidade de cada uma, onde a mesma responderá às seguintes perguntas (APÊNDICE A):

1. A gestação foi planejada? Foi uma decisão do casal?
2. Você sabe das conseqüências de uma gestação em pacientes com DM prévio?
3. Quais os cuidados que as gestantes com DM prévio devem ter para evitar complicações tanto para si quanto para o bebê ?
4. Você sabe sobre os valores recomendados de glicemia antes de engravidar ? Por quanto tempo antes de engravidar?
5. Você sabe qual a importância do planejamento familiar em mulheres com DM?
6. Conhece algum tipo de método contraceptivo?
7. Quais os métodos contraceptivos que a mulher com DM prévio podem utilizar?

Será feito um teste piloto com a entrevista para a adequação das perguntas formuladas no roteiro da entrevista.

3.5 Análise das informações

Para análise dos dados qualitativos, recolhidos através de entrevista semi-estruturada, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Esta mesma autora define análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que asseguram a objetividade, sistematização e influências aplicadas aos diversos discursos. Busca uma melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, aprofundar suas características gramaticais às ideológicas e outras, além de extrair os aspectos mais relevantes. Visa: analisar as características de uma mensagem através da comparação destas mensagens para receptores distintos ou em situações diferentes com os mesmos receptores; analisar o contexto ou o significado de conceitos sociológicos e outros nas mensagens, bem como caracterizar a influência social das mesmas; analisar as condições que induziram ou produziram a mensagem.

A técnica de análise de conteúdo utilizada nesta pesquisa será a Análise temática. Segundo Bardin (1977), tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia de leitura. Portanto a análise temática consiste na presença de determinados temas que denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Pode também estar voltado para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso.

A análise temática proposta por Bardin (1977) se desdobra em três etapas :

- 1) Pré-Análise: consiste na escolha dos materiais a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; na organização do material de tal forma que possa responder algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; na determinação de conceitos teóricos que orientarão a análise
- 2) Exploração do material: Realiza-se na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.
- 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí se realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

3.6 Aspectos Éticos

As participantes receberam informações sobre os objetivos e a justificativa da realização desta pesquisa, quais serão as exigências que lhes serão feitas e os potenciais de risco benefício antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre Informado (aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA), para que tomem a decisão de sua participação ou não na pesquisa .

O Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE - B) também chamado de Consentimento Autorizado por Polit e Hungler (1995, p.298), significa: “que os sujeitos possuem informação adequada quanto à pesquisa, são capazes de compreender as

informações e possuem o poder da livre escolha, o que os capacita a consentir, voluntariamente a participar da pesquisa, ou a recusá-la” .

A legislação (resolução nº 196/96) faz exigências adicionais regulando a pesquisa com esses sujeitos por serem considerados vulneráveis. Isso significa, de acordo com Polit e Hungler (1995, p.302),

que se deve salvaguardar tanto as mulheres grávidas (que podem correr riscos físicos e psicológicos) quanto o feto que não pode dar o seu consentimento para a realização da pesquisa. Estes regulamentos estipulam que uma mulher grávida não pode participar de um estudo, a menos que o propósito da pesquisa seja satisfazer às necessidades de saúde da mulher, e que sejam minimizados os riscos para ela e principalmente para o feto.

Esta pesquisa seguiu todas estas exigências propostas pela legislação, pois além de verificar o conhecimento das gestantes com relação à sua doença, este trabalho visa explicar os riscos de uma gestação não programada e o que poderão fazer para minimizar os mesmos.

Em relação à entrevista, há uma série de exigências e cuidados para realizá-la. Tem que haver um respeito muito grande pelo entrevistado e isto envolve local adequado, confidencialidade e anonimato; deve ser respeitado o universo próprio de quem fornece as informações, opiniões, impressões, enfim, respeito pela cultura e pelos valores do entrevistado (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

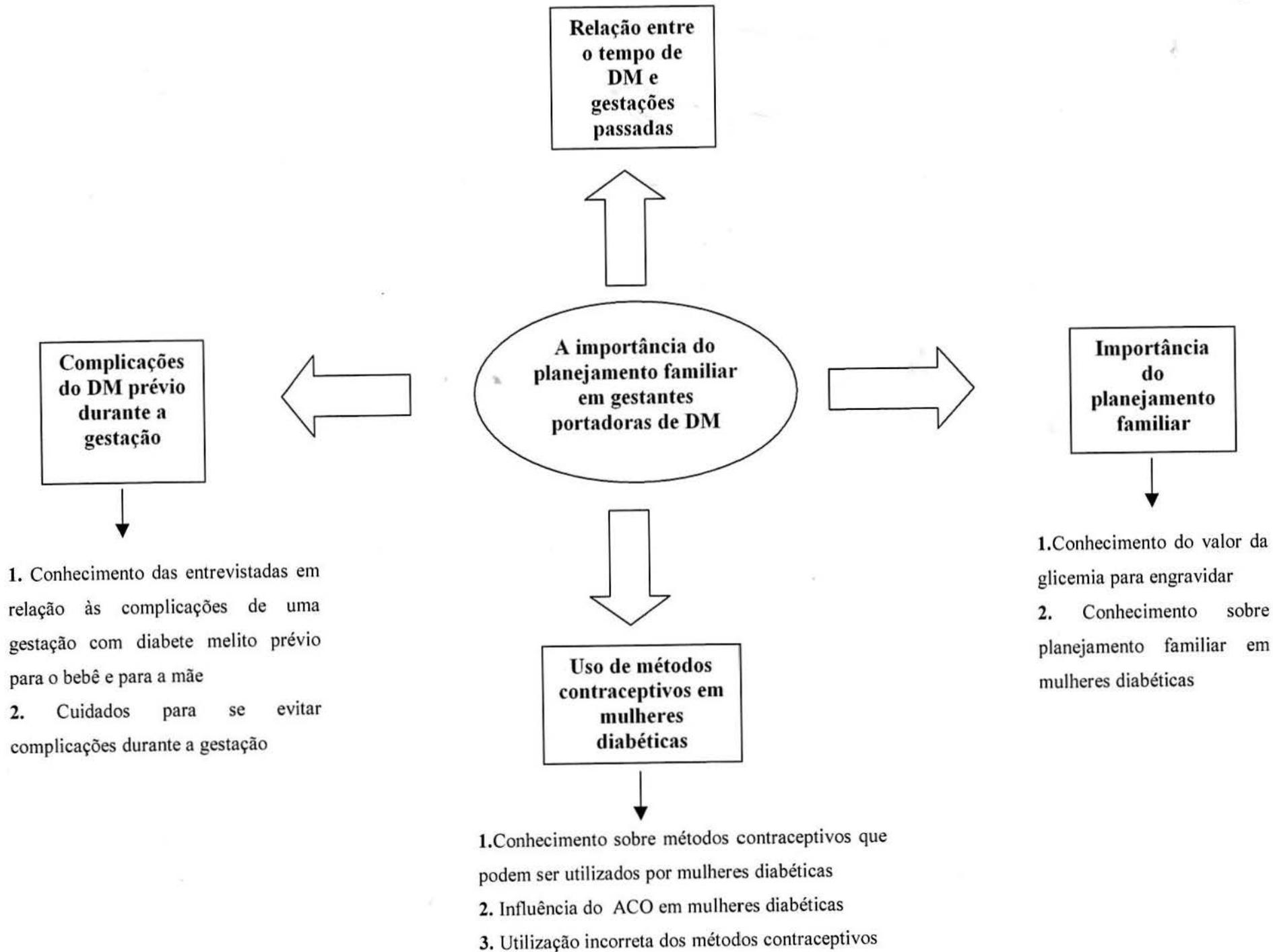
As fitas foram transcritas em sua integralidade e posteriormente inutilizadas. Os documentos resultantes dessas transcrições e as fitas das gravações permanecerão por cinco anos sob a guarda do pesquisador responsável e depois destruídos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para chegar-se aos resultados e discussões, acredita-se que seja importante a identificação das gestantes entrevistadas que participaram deste estudo, as quais estão na figura a seguir de acordo com a idade, idade gestacional, número de filhos e escolaridade. Após isso, serão interpretadas as entrevistas as quais buscamos identificar o que as gestantes portadoras de DM prévio à gestação sabem sobre anticoncepção e planejamento familiar e investigar o conhecimento que as gestantes têm sobre os riscos de uma gestação em mulheres diabéticas.

Entrevistada	Idade	Idade gestacional	N.º de filhos	Escolaridade
1	28	37+5	Nenhum	1º grau incompleto
2	39	34	2	1º grau incompleto
3	42	19	3	2º grau completo
4	38	28	2	1º grau incompleto
5	41	21	Nenhum	1º grau incompleto
6	27	26	Nenhum	2º grau completo
7	39	30	3	2º grau incompleto

Após análise das entrevistas, surgiram 4 categorias comuns nas mesmas: **Complicações do DM prévio durante a gestação; Importância do planejamento familiar; Uso de métodos contraceptivos em mulheres diabéticas; Relação entre o tempo de DM e gestações passadas.** Estas categorias estão compostas por sete subcategorias, representadas na figura a seguir:



Feito isto, cada categoria e subcategoria foi confrontada com a bibliografia atualizada com a finalidade de embasar os achados bem como esclarecer os resultados obtidos.

4.1 Complicações do DM durante a gestação.

Esta categoria está dividida em 2 subcategorias: *Conhecimento das entrevistadas em relação às complicações de uma gestação com diabetes melito prévio para o bebê e para a mãe; cuidados para se evitar complicações durante a gestação.*

Conhecimento das entrevistadas em relação às complicações de uma gestação com diabetes melito prévio para o bebê e para a mãe

As entrevistadas relataram neste item seu conhecimento em relação às possíveis complicações que o diabetes melito pode causar durante a gestação para o seu filho e para ela mesma. Apenas uma não soube responder sobre as possíveis complicações que poderiam ocorrer com o seu bebê e duas não responderam sobre as complicações com elas mesmas. Isso mostra que talvez elas saibam mais sobre o que acontece com os seus bebês que com elas mesmas, pode ser, por terem uma preocupação maior com seus filhos. Coustan e Rotondo (1996) falam que a mulher diabética quando engravida, exacerbam as suas ansiedades e preocupações a respeito das possíveis anomalias congênitas para o bebê. Esses temores aumentam cada vez mais, embora os avanços no tratamento, aumentarem muito as chances de bons resultados. Elas se preocupam muito mais com seus bebês e isso pode levar a um estresse. Por isso a equipe de saúde deve dar um apoio emocional e um plano de tratamento individualizado. Mesmo assim, a maioria das participantes dessa pesquisa soube responder pelo menos uma complicação para ela ou para o bebê:

➤ **Não sei se não deverias realçar colocar com setinha Para o bebê**

“Algumas. Dizem que a criança sai às vezes grande d+, ou tem um defeito, alguma coisa...” ENTREVISTA I

“Não imagino.” (complicações do DM para o bebê) ENTREVISTA II

“Sei. As crianças nascem com o peso acima do normal, né? E tem várias outras coisas também. As crianças nascem grandes...” ENTREVISTA III

“A criança nasce com problemas, grande, acho que é isso.” ENTREVISTA IV

“Acho que sim. O bebê fica grande e fica com diabete também.”

ENTREVISTA V

“Pelo o que a enfermeira disse hoje, pode nascer grande, ter glicose baixa ao nascer, ter dificuldade pra respirar e nascer prematuro.” ENTREVISTA VI

“O bebê nasce grande, pode nascer prematuro, amarelo.” ENTREVISTA VII

Pelo o que se pode perceber, todas as entrevistadas citaram como complicação principal para o bebê, o peso acima do normal. Isso é chamado de macrossomia e tem incidência maior em filhos de mães diabéticas.

De acordo com Almeida (2003), a macrossomia fetal é definida como um peso ao nascer acima de 4000 g ou 4.5000 g, complicando mais de 10% das gestações diabéticas. A macrossomia tem uma incidência duas vezes maior em mães diabéticas que em mães sem DM.

A mesma autora acima refere que através da palpação da parede abdominal (verificando a altura uterina e a circunferência abdominal), se faz uma estimativa clínica do peso fetal. O crescimento exagerado do concepto pode levar a algumas conseqüências para o mesmo e para a mãe. Pode ocorrer para o feto a temida distócia dos ombros, sendo que, 20% desses casos são acompanhados de lesão do nervo facial ou do plexo braquial

(paralisia de Erb – Duchenne), e fraturas do úmero ou da clavícula. A mãe pode apresentar maior risco de parto cesáreo, e se o parto vaginal for forçado, aumenta em cinco vezes o risco de lacerações de 3º e 4º graus.

Coustan e Ferris (1989) mostram que a transferência exagerada de glicose da mãe para o feto (essa transferência se faz por difusão facilitada) estimula o pâncreas fetal a liberar uma quantidade maior de insulina. A insulina está presente no feto da 9ª a 11ª semana de gestação e representa um papel muito importante no crescimento do concepto, levando à macrosomia, às vezes, a uma hipoglicemia neonatal.

Nota-se então que para diminuir a incidência de macrosomia, a gestante deve fazer um controle rigoroso da glicemia, já que pela literatura, a hiperglicemia materna é o que leva a um aumento nos índices de macrosomia. Isso é comprovado pelos estudos realizados por Rudge (1993), que mostra uma incidência maior de macrosomia fetal em mulheres que não controlam a sua glicose (28,6%) em relação à gestantes euglicêmicas (25,6%).

Outras complicações para o bebê também foram citadas pelas entrevistadas, como: defeitos, nascer com diabetes, ter glicose baixa ao nascer, ter dificuldade para respirar, nascer prematuro e amarelo.

Em relação às anomalias, sua incidência varia de 5 a 10%, inclusive as fatais. As anomalias mais comuns são: síndrome de regressão caudal, cardíacas, sistema nervoso e esquelético (RUDGE, 1993).

Coustan e Rotondo (1996) mostram que os filhos de diabéticas apresentam freqüentemente duas a três vezes maiores malformações graves, afetando vários sistemas orgânicos. As gestações normais têm uma freqüência de 2 a 3%, e a nas diabéticas insulino-

dependentes, de 6 a 8%. As malformações são responsáveis por 30 a 50% dos óbitos dos filhos de diabéticas.

Pupo (1999); Coustan e Ferris (1989), referem que o controle inadequado do metabolismo (hiperglicemia), hipoglicemia com morte celular, alterações vasculares do útero e da placenta (levando a má nutrição e oxigenação fetal) e o diabetes, levam a uma incidência maior de malformações, que ocorrem mais freqüentemente antes da 7ª semana de gestação, época em que há o maior desenvolvimento dos órgãos do feto. As elevações nos níveis de hemoglobina glicosilada materna (um índice de níveis plasmáticos integrados de glicose no 1º ao 2º meses anteriores) no fim do 1º trimestre, foram relacionadas a uma freqüência aumentada de principais anomalias congênitas. Isso mostra a importância de um restabelecimento do meio metabólico normal na mãe diabética, desde o período da concepção.

Muitas pessoas acham que o DM é transmitido da mãe para o filho durante a gestação, e pela minha experiência em um grupo de gestantes diabéticas no HCPA (diabete preexistente ou gestacional), pude perceber que essa é uma preocupação entre a maioria delas. Dentre as entrevistadas, apenas uma citou o fato do bebê nascer com diabetes.

Carvalho (2002) fala que pelo conhecimento atual, a probabilidade é remota no caso de diabetes tipo I, sendo maior (cerca de 3 vezes mais) se for o pai diabético. No caso do diabetes tipo II, em que a transmissão familiar é mais marcante (a via materna é o mecanismo mais dominante nessa transmissão), a probabilidade é maior, mas nunca na infância e adolescência. É na idade adulta, principalmente na segunda idade de vida, que tal pode vir a acontecer. Mas também os pais têm um papel fundamental. A educação do filho é muito importante para isso, e a melhor maneira de se fazer é através da prática cotidiana. Um regime alimentar saudável, sem excessos de gorduras e açúcares, e um bom hábito de

vida ativa (caminhadas, fazer esportes, etc.), são metas importantes na prevenção das doenças do metabolismo de que faz parte o diabetes.

Percebe-se então que o filho não vai nascer diabético, mas pode vir a ter algum dia na vida, ou não. Por isso a preocupação dos pediatras, na minha opinião, com os bebês ou crianças muito gordas de mães diabéticas, apesar dos pais e familiares acharem que isso é sinal de saúde, de criança bonita. A educação alimentar é muito importante desde a época de bebê, para que complicações futuras não ocorram. É mais provável que uma criança adquira o DM por maus hábitos de vida, que por uma transmissão durante a gestação.

Um outro risco para o recém nascido (RN) de mães diabéticas é a hipoglicemia. A hipoglicemia ocorre, segundo Maganha (2002); Coustan e Ferris (1989), pouco depois do nascimento e afeta de 10 a 60% dos RN. Os níveis de glicose que provocam a hipoglicemia para um RN a termo é abaixo de 30 mg/100ml e 20 mg/100 ml em prematuro. No filho de mãe diabética, os mecanismos adaptativos para evitar a hipoglicemia (os mecanismos adaptativos são: diminuição da insulina e uma elevação dos níveis de glucagon, que estimulam a produção hepática de glicose no feto e neonato) não são realizados, principalmente se o DM não for controlado durante a gestação. A hiperglicemia materna leva à um aumento na liberação de insulina do pâncreas fetal, e ao nascer, esses níveis de insulina continuam em elevação, enquanto a concentração de glucagon deixa de aumentar, acarretando em uma queda exagerada de glicose. Isso faz com que o neonato fique no setor de neonatologia para reverter esse quadro.

Há também uma elevada incidência da Síndrome de Desconforto Respiratório. Pupo (1999), refere que a elevada incidência da Síndrome de Desconforto Respiratório, mais particularmente a doença da membrana hialina, decorre da prematuridade e do diabetes em si. Estudos experimentais refere que o aumento da insulina fetal seria responsável pelo

retardo da maturação do pulmão. É também bastante provável que o diabetes interfira nas células pulmonares fetais e a insulina teria influência na síntese de substâncias que agem na maturação pulmonar. Essas alterações podem ocorrer com incidência mais elevada em bebês pré-termos e não em bebês maduros que ultrapassam 37 semanas.

A pesquisa de maturidade pulmonar fetal é feita pela amniocentese e iniciada, de rotina, após a 36^a - 37^a semanas de gestação, ou quando a saúde materna ou a vitalidade fetal mostrarem-se comprometidas. É avaliada pelos seguintes exames no líquido amniótico: teste de Clements, densidade óptica a 650 m, relação lecitina/esfingomiélin (L/E), dosagens de fosfatidil-glicerol e fosfatidil-inositol (RUDGE, 1993).

De acordo com Coustan e Rotondo (1996), pode-se tomar uma decisão que deve ser individualizada, de interromper ou não uma gestação antes do termo. Os avanços no controle da glicose, diminuiu a incidência de mortes fetais por Síndrome de Desconforto Respiratório. A gestação deve ser interrompida somente se houver alguma complicação com a mãe ou o bebê, fora isso deve se levar a gestação a termo. Podem ocorrer partos prematuros nas gestantes diabéticas, principalmente nos casos de hidrâmnio. Tem – se empregado uma terapia combinada de corticóides e tocolíticos para acelerar a maturação pulmonar dos fetos e suspender as contrações uterinas. No entanto esse tipo de tratamento pode levar a uma descompensação do diabete, necessitando de um monitoramento intensivo da glicose.

Mais uma complicação citada foi a prematuridade. As causas mais comuns de prematuridade em gestantes diabéticas são o poliidrâmnio (aumento de líquido amniótico em excesso), a cetoacidose (estado de descontrole do metabolismo do açúcar, em que células ficam com falta de energia e fabricam cetonas em excesso), as infecções, rotura

prematura de bolsa e as indicações de parto prematuro por alterações a vitalidade fetal (PUPO, 1999).

A hiperbilirrubinemia, citada como “bebê amarelo” por uma entrevistada, é relatada em 15 a 30% dos casos de filhos de mães diabéticas. É definida como níveis de bilirrubina neonatal maior que 13 mg/dl. Sua incidência está relacionada com a hiperglicemia materna. As causas incluem: a prematuridade; os níveis hematócritos fetais elevados, possivelmente secundários à hipóxia fetal com produção aumentada de eritropoietina (os níveis de eritropoietina fetal estão relacionados positivamente com os de insulina em neonatos); a fragilidade e a redução da meia vida das hemáceas; e a policitemia (COUSTAN e FERRIS, 1989).

Existem também outras complicações para o feto/recém nascido como poliidrâmnio, hipocalcemia, poliglobulia neonatal, retardo no crescimento intra-uterino, morte fetal intra-útero e mortalidade perinatal, porém estas não foram relatadas pelas entrevistadas.

Apareceram também nas entrevistas, as complicações que poderiam ocorrer com as mães (apesar de que poucas complicações foram citadas), que são:

➤ **Para a mãe**

“Cegura. Acho que cegura só. É ficar cega né?” ENTREVISTA I

“Não sei. Só dizem que é de alto risco.” ENTREVISTA II

“... mas eu acho que o maior risco é pra mãe, né? Que a mãe pode entrar em coma por aumento da glicemia. Ela pode entrar em coma, e em diabéticas isso é muito grave. Pode ter cetoacidose diabética.” ENTREVISTA III

“Comigo... inchaço acho que é isso, não sei.” ENTREVISTA IV

“Me falaram que eu posso ficar cega. Não sei se é verdade.” ENTREVISTA V

“Pra mim? Acho que nada né?” ENTREVISTA VI

“Posso ficar internada, para que o bebê nasça em boas condições. A enfermeira L. nos disse isso no grupo que pode acontecer isso.” ENTREVISTA VII

Duas entrevistadas disseram que o DM durante a gestação, pode levar à cegueira. A literatura nos diz que a gestação em diabéticas com retinopatia proliferativa pode piorar a doença, levando possivelmente, à cegueira, caso não haja um bom controle da glicose.

Segundo Coustan e Ferris (1989), a evolução da retinopatia proliferativa durante a gravidez leva à cegueira, se a gestante já tiver uma perda visual existente, ou se o controle metabólico for inadequado. Nesse caso, deve-se interromper a gestação, para que a doença não evolua mais. Pode-se fazer uma terapia a laser que é eficaz no tratamento da neovascularização e em retardar a evolução da perda visual nessas pacientes, sendo segura e eficaz durante a gestação. Por esse motivo, todas as gestantes diabéticas devem ser submetidas a um cuidadoso exame fundoscópico, de preferência por um especialista capacitado para tal, durante a evolução da gravidez. Também existem outras alterações na retina como o edema macular e o edema de disco óptico. Em geral elas melhoram depois do parto, mas o edema macular pode ser responsável por significativa perda visual.

Os mesmos autores acima falam que, as gestantes que fazem um bom controle metabólico antes e após a concepção, poderão ter uma evolução da retinopatia proliferativa durante a gravidez, mas poderá voltar ao normal após o parto.

Na minha opinião, deve-se levar também em consideração o desejo da gestante em interromper ou não a gestação. Pode ser que algumas desejem tanto ter um filho, que não se importe em perder mais um pouco de sua visão. O ideal é que não engravide, mas, se

for a vontade da mulher diabética, esta deve ser respeitada, porém antes de tudo, deve-se explicar claramente o que pode ou não acontecer com ela, durante e após a gestação.

Foi citada também por uma das gestantes a ocorrência de cetoacidose diabética. De acordo com Smeltzer, a cetoacidose diabética é causada por uma ausência ou quantidade inadequada de insulina, o que resulta em alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios. Os principais aspectos clínicos são a hiperglicemia; desidratação, perda eletrolítica e acidose. Quando a insulina está faltando, a quantidade de glicose que penetra nas células e a produção de glicose no fígado diminuem. Em uma tentativa de se livrar do excesso de glicose, os rins excretam glicose juntamente com água e eletrólitos. Isso leva à poliúria, desidratação e perda de eletrólitos. Outro efeito da deficiência de insulina é a quebra de lipídios em ácidos graxos e glicerol. Os ácidos graxos livres são transformados em corpos cetônicos pelo fígado. Na cetoacidose diabética, há uma produção de corpos cetônicos em excesso, devido à diminuição de insulina, acarretando em cetoacidose diabética. A gestação é uma das principais causas da ocorrência da cetoacidose, já que há um descontrole metabólico durante este período, principalmente naquelas grávidas que não fazem um bom controle metabólico, ou que fazem mau uso da insulina.

A cetoacidose, segundo Coustan e Ferris (1989), está associada a índices de mortalidade perinatal superiores a 50%.

O edema também pode ocorrer durante a gestação. Coustan e Ferris (1989), falam que, foi relatado o edema materno generalizado sintomático em 10 a 22% dos casos de diabetes na gravidez. Isso pode ser um problema incômodo, exigindo o repouso no leito e, em alguns casos, a hospitalização. Uma possível causa para isso é a hipoalbuminemia associada à nefropatia diabética.

Já a internação, pode ser feita no início da gravidez para adequar a dieta e as doses de insulina (os hipoglicemiantes orais são suspensos). A internação poderá acontecer quando houver alguma intercorrência, ou quando há necessidade de adequação das doses de insulina. A partir do 7º mês de gestação, se não houver controle da glicose, ou quando surge alguma complicação para a gestante ou para o feto, a internação se faz necessária para que se possa fazer o tratamento adequado, ou, caso a situação se torne grave, faça a interrupção da gestação (COUSTAN e FERRIS, 1989).

Percebe-se que as gestantes não sabem muito bem sobre as complicações com ela nem com o bebê. Elas citaram algumas complicações, mas não souberam explicar bem o que acontece, outras nem sabiam o que poderia acontecer. O que realmente falta, é uma melhor orientação pela equipe de saúde sobre esse assunto e outros relacionados à mulheres diabética, pois pelo o que se nota, elas estão carentes de tais informações.

Cuidados para se evitar complicações durante a gestação

Nesta parte, as participantes se mostraram bem cientes sobre os cuidados que elas deverão ter durante e antes da gestação, apesar da maioria não ter planejado a gravidez, e não saber o que significa planejamento familiar em diabéticas:

“Dieta, vem da dieta, o alimento. Pra controlar a diabete é só alimento. Tem o remédio que a gente toma que é a insulina.” ENTREVISTA I

“Nos dois casos.(tem que cuidar da dieta e da medicação antes e durante a gestação para evitar complicações). Eu fiz isso” ENTREVISTA I

“Sim”.(antes de ficar grávida, controlou a glicose e depois ficou grávida)
ENTREVISTA I

“Dieta, fazer direitinho e tomar insulina. Tomar as doses certas de insulina.

Acho que é isso.” ENTREVISTA II

“Fazer um acompanhamento da glicemia se ela deseja engravidar mesmo, tem que começar antes de engravidar.” ENTREVISTA III

“Não é impossível uma diabética engravidar, mas tem que ter mais cuidados que as outras, né, que ficam grávidas.” ENTREVISTA III

“Dieta, se não controlar a dieta não dá. Além da dieta? Insulina. É isso né?”

ENTREVISTA IV

“Dieta, exercícios, insulina, eu não tomava insulina, tomava comprimido. Acho que isso também. A médica disse que não posso tomar comprimido, faz mal pro bebê, né?”

ENTREVISTA V

“Dieta e insulina. Controlar a glicose.” ENTREVISTA VI

“Fazer dieta e o perfil, né? O perfil é muito importante para controlar a glicose.” ENTREVISTA VII

O principal objetivo da conduta clínica para as gestantes diabéticas, é a manutenção rigorosa de níveis glicêmicos na faixa da normalidade. Para que isso ocorra, é fundamental que sejam orientadas atividades físicas, dieta, insulino terapia e monitorização da glicose, sendo fundamental também, que a paciente tenha adesão a este tratamento, que deve ser especializado por uma equipe multiprofissional, visando prevenir complicações maternas e fetais. A equipe deve ser composta por um obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeiro, psicóloga, anestesista e neonatologia (PUPO, 1999).

Felizmente todas as entrevistadas citaram esses quatro componentes dos cuidados para se evitar complicações durante a gestação.

Eu não colocaria tudo isto, pois é muito específico com o tratamento e foge dos nossos objetivos. O ideal é que se faça uma boa dieta para que os níveis de glicose permaneçam em seus valores normais.

Durante muitos anos, a gravidez foi um sério problema para essas mulheres. Antes do aparecimento da insulina, a maternidade era praticamente impossível. Depois do surgimento da insulina, a situação foi melhorando e hoje uma mulher diabética pode ter sonhos em engravidar, e colocá-los em prática, pois as complicações foram reduzidas, e o índice de nascimento de bebês saudáveis, aumentou cada vez mais (CARAVALHEIRO, 2002).

De acordo com Rudge (1993), a insulinoterapia é introduzida como coadjuvante na terapia de pacientes que, apesar da dieta, mantém MG superior a 100 mg/dl. As pacientes que usavam hipoglicemiantes orais devem substituí-los pela insulina. A insulina de melhor escolha é a de origem humana e ação intermediária (NPH), em doses fracionadas. Também não colocaria, é muito específico, foge dos nossos objetivos e de nosso cuidado. Internacionalmente, a literatura sugere o controle domiciliar e consultas telefônicas diárias com o médico..Esta não é nossa realidade.

O perfil glicêmico também faz parte dos cuidados para monitorização dos níveis de glicose sangüínea. (CASHION E DURHAM, 2002)

Também existem vários outros cuidados, não só para a mãe, como para o feto, que visam evitar complicações e diminuir os riscos para ambos. O ideal é que se criassem centros especializados para cuidados em gestantes diabéticas, pois só assim, o ato de ser mãe vai ser vivido intensamente e sem preocupações, já que, nem todas as gestantes, tem acesso a hospitais competentes para realizar tal acompanhamento.

4.2 Importância do planejamento familiar

Esta categoria está subdividida em 2 subcategorias: *Conhecimento do valor da glicemia para engravidar e conhecimento sobre planejamento familiar em mulheres diabéticas.*

Conhecimento do valor da glicemia para engravidar

As participantes deveriam me informar se sabiam o valor da glicemia para engravidar. Neste item apenas três souberam me dizer o valor correto da glicemia, sem total certeza!!!. Apesar delas fazerem toda quarta feira a curva glicêmica; 4 não souberam me falar sobre este assunto:

“Não” (não sabe o valor da glicemia) ENTREVISTA I

“Não, não sei” ENTREVISTA II

“Não tenho certeza, mas acho que no máximo 120, eu acho que seja né? Pela minha experiência eu acho que 120.” ENTREVISTA III

“Não, não sei. Tem isso? Não sei. Acho que 110. Não sei.” ENTREVISTA IV

“Não.” ENTREVISTA V

“Acho que 120.” ENTREVISTA VI

“120, pelo menos é que se fala aqui no perfil.” ENTREVISTA VII

Cashion e Durham (2002) citam os valores da glicose sangüínea de acordo com a American Diabetes Association, antes e durante a gravidez: antes do café da manhã = 60 a 90 mg/dl; antes do almoço, da janta, e hora de dormir = 60 a 105 mg/dl; pós-prandial - 1 a 2 horas após as refeições = 100 a 120 mg/dl e das 2 às 4 horas da manhã = 60 a 120 mg/dl

Coustan e Ferris (1989) mostram que é importante tentar alcançar um controle metabólico rigoroso, ou seja, glicose plasmática em jejum menor que 100 mg/100 ml e valores pós-prandiais menores que 120 mg/100 ml, antes e durante a gravidez, por

determinações freqüentes da glicose circulante e ajustes nas doses de insulina. O monitoramento doméstico da glicose pelo menos 4 vezes ao dia é a orientação mais satisfatória.

Esse controle da glicemia precoce evita anomalias congênitas, como mostram Coustan e Ferris (1989): a proporção de anomalias em mulheres que fizeram o controle da glicose no período pré-concepcional foi de 1,1%; já as que fizeram o controle tardio, ou seja, 8 semanas após a concepção, a proporção foi de 6,6%.

Mais uma vez é importante reforçar que as orientações dadas para essa população são muito necessárias e importantes para que se evite complicações, e para que se conheça melhor a doença e a mulher engravide em um momento de normoglicemia.

Conhecimento sobre planejamento familiar em mulheres diabéticas

Essa é a parte por mim considerada a principal, já que o foco desta pesquisa centra-se no planejamento familiar. Cinco entrevistadas não souberam responder esta pergunta. Três não sabiam o significado de planejamento familiar e todas não souberam responder quanto ao tempo necessário para se planejar uma gestação:

“Não, nunca ouvi... e não sei quais os médicos fazem isso.” (importância do planejamento familiar em mulheres com DM). *“Não sei quanto tempo antes tem que ter pra engravidar. Essa não sei.”* ENTREVISTA I

“Nunca imaginei e nem sei o que é planejamento familiar. Ninguém nunca me falou”. “Também não sei quanto ao tempo.” (não sabe do tempo de planejamento)

ENTREVISTA II

“Não, não sei.” (não sabe que mulheres com DM tem que planejar o momento certo para engravidar) *“Quanto tempo eu não sei.”* ENTREVISTA III

“A gente, assim, pode dar tudo bem, mas também pode dar alguma coisa errada, né? A gente tem que pensar bem.” ENTREVISTA III

“Não. (Não sabe o que significa planejamento familiar). Nunca ouvi isso. (qual a importância do planejamento familiar em mulheres com DM). Não sabia que tinha isso.(tempo antes de engravidar) ENTREVISTA IV”

“Não, talvez ver quantos filhos quer ter? acho que é isso. Não. Acho que deve ser por causa da glicose? Se a glicose faz mal pra mim, faz pro bebê também, né?” “Não sei sobre o tempo.” ENTREVISTA V

“Não (não sabe qual é a importância do planejamento familiar em mulheres diabéticas). É importante? Não sabia.” “Agora quanto tempo eu não sei.” ENTREVISTA VI

“Sim (engravidou sem consultar o médico). Acho que não precisaria. Não tenho nenhum problema pra engravidar.” ENTREVISTA VI

“Não (não sabia que precisaria fazer um acompanhamento da glicose antes de engravidar).” ENTREVISTA VI

“Planejar uma família? Ver quantos filhos vai ter? acho que é isso.” ENTREVISTA VI

“Não (não sabe qual é a importância do planejamento familiar em mulheres diabéticas e nunca ouviu falar). Planejar quantos filhos se vai fazer. Isso né?” “Quanto tempo..... não sei.” ENTREVISTA VII

É muito importante que a mulher diabética planeje a sua gestação, para que se diminua a incidência de malformações fetais, distúrbios metabólicos e alterações do próprio crescimento fetal. A diabética só deverá ser liberada para a gravidez quando estiver compensada a diabetes (SBD, 1997). Só não é aconselhado engravidar mulheres com

complicações microangiopáticas e neuropáticas. A questão é muito importante, pois a retinopatia proliferativa e a neuropatia são complicações comuns em mulheres diabéticas, e com a gravidez pode trazer sérias conseqüências para a mãe. Doenças coronarianas ou cardíacas associadas ao diabetes, podem também aumentar o risco de mortalidade durante a gestação. Existem poucos relatos de gravidezes bem sucedidas, por isso a condição cardíaca deve ser cuidadosamente avaliada durante a gestação inicial ou preferencialmente antes dela. Mais um motivo para a consulta pré-concepcional em mulheres diabéticas. Mas se a decisão do casal for levar a gestação até ao final, tudo o que poderá acontecer deve ser falado claramente. Pode acontecer que após a gestação essas complicações desapareçam, e tudo volte ao seu estado pré-gravídico. A preocupação maior é o que acontece durante a gravidez, pois, é o período em que os riscos maternos aumentam (LANDON E GABBE, 1993).

Assim, diabéticas que planejam engravidar devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária ou terciária, visando: compensação metabólica pré-concepcional; avaliação da presença de complicações crônicas da doença; e orientação especializada para a prevenção de malformações, incluindo o uso rotineiro de ácido fólico. Mulheres diabéticas que engravidam sem planejar, urgentemente devem ser encaminhadas a um serviço especializado, principalmente pelo fato, de que as complicações vasculares do diabetes aumentam com a idade, e por isso, sempre que possível, a programação da gravidez deve ser feita para a idade adulto-jovem. A idade avançada é um fator contribuinte para aumentar os riscos materno-fetal (RUDGE, 1993).

Carvalho (2002), cita ainda que durante a consulta para planejamento com endocrinologista e obstetra, além da avaliação metabólica, deve-se ainda ter uma avaliação

ginecológica, oftalmológica, doseamento de microalbuminúria, avaliação da tireóide, etc. nessa mesma consulta, deverá proceder os ajustes terapêuticos necessários da insulina.

Esse planejamento envolve não só a mulher, mas principalmente o marido e os familiares/amigos.

O casal não poderá deixar a clínica sem antes ter uma conversa muito séria com o nutricionista, para adequar a sua alimentação conforme o peso e gasto energético, e também com uma enfermeira educadora, para reforçar o ensino sobre a forma mais correta de ir mudando as doses de insulina face aos resultados da glicemia capilar (CARAVALHEIRO, 2002).

O mesmo autor acima refere que outras consultas se seguirão e quando a diabética estiver compensada, então se dará luz verde para engravidar. A partir daí o “trabalho” compete ao casal, sem nunca perder de vista a necessidade da manutenção das mesmas regras terapêuticas e a vigilância glicêmica arrojada.

Como se pode perceber, as entrevistadas que disseram não querer mais filhos, não citaram em nenhum momento o fato da doença ser a causa dessa decisão. Falaram sobre o financeiro e o fato de já terem a quantidade de filhos necessários. Realmente, como fala o Caravalleiro (2002), a maioria das pessoas que procuram os centros de planejamento familiar são por motivos sócio-econômicos, políticos – demográficos, religiosos e por problemas médicos, como a dificuldade para engravidar.

Isso deixa claro, que o planejamento familiar para mulheres diabéticas, ou com outros tipos de doenças crônicas, não é muito divulgado. Para falar a verdade, nem o planejamento familiar para pessoas sem agravos não é muito divulgado.

“*Não.*” (não pretende ter mais filhos). “*Não por causa da doença, mas financeiramente.*” ENTREVISTA I

“Agora dei tudo mesmo por encerrado. Quero fazer ligadura já tenho muitos filhos.” ENTREVISTA II

“Não pretendo ter mais filhos. Já tenho o suficiente.” ENTREVISTA III

“Mas esse é o último. Quero fazer ligadura. Se eu fizer cesárea eu quero.”

ENTREVISTA IV

Costa (2003) fala que embora o planejamento familiar esteja avançando em seus princípios, conteúdos e diretrizes, esta proposta feita pelo executivo ainda patina no processo de sua implementação, já que o Estado não anda cumprindo com algumas de suas obrigações definidas pela Constituição. Isso quer dizer que ainda há uma desinformação por parte da população sobre este assunto.

Embora os serviços de planejamento familiar estejam disponíveis em uma escala nunca vista antes, a população em geral não possui acesso a esses serviços de saúde, ou o tem de forma limitada (COSTA, 2003)

Passos (2003) diz que o

planejamento familiar é um direito humano que deverá ser divulgado entre a população, principalmente entre as classes mais carentes. Porém não é apenas o governo que deve agir. Isso deve ser um compromisso de toda a população. Cada pessoa ou instituição deve participar das ações de saúde, tanto no que se refere ao planejamento e organização, como em relação ao acompanhamento e fiscalização de como elas estão sendo implantadas. Ao reconhecer este compromisso e trabalhar para cumpri-lo, estar-se-á contribuindo para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população.

Só que, primeiro, no meu ver, esse serviço tem que ser divulgado (explicando a sua finalidade, qual é a sua meta, a que população atinge) para depois as pessoas

reivindicarem por seus direitos e fiscalizarem o que está sendo feito. Sem o fornecedor mostrar o produto, ninguém vai ter interesse de vender, tão pouco comprar.

Por isso pela falta de informação, as entrevistadas não souberam me falar sobre a importância do planejamento familiar em mulheres diabéticas; o que é planejamento familiar, nem o tempo para se planejar a gestação. Infelizmente essa é a nossa realidade.

4.3 Uso de métodos contraceptivos em mulheres diabéticas

Esta categoria foi dividida em 3 subcategorias: *Conhecimento sobre métodos contraceptivos que podem ser utilizados por mulheres diabéticas; influência do ACO em mulheres diabéticas; e utilização inadequada dos métodos contraceptivos.*

Conhecimento sobre métodos contraceptivos que podem ser utilizados por mulheres diabéticas

As gestantes deveriam relatar aqui o que elas sabem sobre métodos contraceptivos e quais poderiam ser utilizados por elas, já que a literatura nos diz que alguns métodos, como o ACO, não podem ser usados caso a glicemia não esteja controlada (o que na maioria das vezes não ocorre). Também há controvérsias sobre o uso ou não do DIU por esta população. Três gestantes não sabiam que alguns métodos contraceptivos não poderiam ser utilizados por elas, e todas conheciam e usaram pelo menos um método contraceptivo na vida. Isso fica bem claro nos trechos tirados das entrevistas a seguir:

“Conheço pílula, camisinha e injeção, só ouvi falar dos três. Eu tomava comprimido, o anticoncepcional”. ENTREVISTA I

“Só que eu sabia AC. Só tomando comprimido. AC” ENTREVISTA II

“Todos. Pílula, camisinha e injeção, diafragma, DIU, ligadura, tabela...Eu no meu caso, eu poderia usar mesmo é preservativo, porque eu tenho provas hepáticas alteradas e o AC, eu vomito, eu sempre vomitei.” ENTREVISTA III

“Conheço camisinha e pilula. Eu não usava nada. Comecei a tomar pílula, mas tive que parar porque passava mal...dor de cabeça e vomitava. O médico mandou parar de usar né? Disse que não fazia bem pra mim. Aí eu comecei a usar camisinha ou na hora da relação eu pedia pra tirar né? Antes de fazer dentro de mim né? Fiquei assim muito tempo né? Desde o primeiro filho (fazia o coito interrompido). Depois parei de usar camisinha e só fazia do outro jeito né? Quero fazer LT” ENTREVISTA IV

“Pílula, camisinha. Acho que só. Ah tem DIU né? Minha irmã usa. O médico me deu Anticoncepcional pra tomar... descobri que tinha diabete há três anos e tive que parar de tomar anticoncepcional. Antes deu descobri eu tomava anticoncepcional. Depois não usei nada.” ENTREVISTA V

“Conheço camisinha, DIU, anticoncepcional. Já usei Anticoncepcional”
ENTREVISTA VI

“Conheço camisinha, DIU, anticoncepcional, tabela. Eu antes fazia o método da tabela.... Fiquei nove anos assim, fazendo a tabela. Usei por muito tempo a pilula. Depois tive que parar né?” ENTREVISTA VII

De acordo com o Costa (2003), os dois métodos mais conhecidos e utilizados pelas mulheres, são a ligadura tubária em primeiro lugar, e a pílula em segundo lugar. O uso da pílula se dá em um contexto de alto risco à saúde das usuárias e quase 50% são automedicadas ou tem indicação no balcão da farmácia. A recente elevação de incidência de doenças cardiovasculares entre as mulheres, já começa a ser relacionada ao uso indevido

da pílula, o que exige medidas radicais, que possam minimizar esse e outros riscos decorrentes desta situação.

Durante as entrevistas, todas citaram a pílula como método contraceptivo e todas já usaram a pílula alguma vez na vida. Apenas uma disse que queria fazer ligadura após o nascimento de seu filho. Pela minha pesquisa, o ACO é o meio de evitar a gravidez mais usado entre as mulheres com DM e acredito ser também em toda a população feminina. Talvez seja pelo acesso fácil a esse remédio (os postos fornecem e não é exigido receita para comprar em farmácias), principalmente pelo lado financeiro, e pela comodidade em usar, já que outros métodos como o de barreira, custam um pouco mais e são mais difíceis e incômodos de usar. Para mim, o que acontece é a desinformação sobre a existência e a disponibilidade de outras alternativas contraceptivas e o uso das mesmas.

Isso tudo fica bem claro quando as gestantes falam que nunca lhes foi dito para usar algum outro método, e que alguns não poderiam ser usados por diabéticas:

“Não”. (não sabia que alguns métodos contraceptivos não podem ser usados por mulheres diabéticas). Não sabia que a pílula não poderia ser usada em algumas mulheres diabéticas. Pra mim, qualquer método pode ser usado (por mulheres diabéticas)

ENTREVISTA I

“Não. Eles nunca me falaram isso. Só o AC.” (nunca falaram que teriam outros métodos que poderia usar) ENTREVISTA I

“Eu acho que a pílula não pode, porque os médicos me proibiram de usar...”

ENTREVISTA II

“Me tirou o AC e disse que tinha que ficar assim.” (sem usar nada.)

ENTREVISTA II

“Qualquer um, eu acho.” (qualquer método pode ser usado por mulheres diabéticas) ENTREVISTA IV

“Acho que qualquer um.” (qualquer método pode ser usado por elas)
ENTREVISTA VI

A minoria, três entrevistadas, sabiam quais podiam ou não podiam ser utilizados por elas, pois foram bem orientadas por seus médicos:

“Aí não dá pra tomar, aí no meu caso também como diabética é preservativo, nem DIU nem AC, o médico disse que não é aconselhável para diabéticas.”

ENTREVISTA III

“Pílula não pode. Pode usar camisinha, ou faz igual eu, não usa nada (risos)”

ENTREVISTA V

“Acho que não pode usar anticoncepcional... o resto eu acho que pode...”

ENTREVISTA VII

Na verdade, não existe um método ideal para contracepção em diabéticas, mas existem aqueles que não influenciam no metabolismo da glicose, como os métodos de barreira (preservativos femininos e masculinos; diafragma e espermicida). Esses métodos, de acordo com Carvalho (2002), são ideais para uso em mulheres diabéticas, uma vez que não apresentam efeitos sistêmicos. Além disso, tem a vantagem de reduzir DSTs. No entanto, como constituem métodos contraceptivos menos eficazes (por falta de seu uso correto), devem ser utilizados por casais que se encontrem motivados para o seu uso correto e sempre em associação, como a camisinha e o espermicida. Outro método que pode ser usado por essas mulheres, é a esterilização cirúrgica, mais conhecida como laqueadura tubária. É um contraceptivo por princípio irreversível, e a taxa de gravidez após a esterilização é inferior a 0,4%.

O mesmo autor acima diz que para a mulher diabética que não deseja preservar a sua fertilidade, ou para aquelas em que a gravidez represente um elevado risco para a saúde, a esterilização poderá constituir uma boa opção. No entanto, é de grande importância o correto esclarecimento sobre este método, pois, ao contrário dos outros métodos contraceptivos, este tem um grau maior de irreversibilidade. Por isso só deverá ser opção para o casal que deseja um método totalmente definitivo.

A laqueadura tubária pode ser realizada através de várias técnicas, sendo as mais utilizadas a mini-laparotomia e a laparoscopia, sendo que esta última, vem tendo uma utilização muito maior, uma vez que permite uma internação mais curta, e possui um menor risco de infecção hospitalar (CHUNG e MARTINS, 2002).

Quando a mulher apresenta alterações vasculares, retinopatia e/ou nefropatia graves, deve ser desaconselhada uma futura gestação e tem indicação para esterilização definitiva (COUSTAN E FERRIS, 1989)

Já contracepção hormonal deve ser utilizada com precaução em mulheres diabéticas, e algumas vezes, é contra-indicado para as mesma, pois o ACO altera o metabolismo da glicose, e a glicemia pode não ser mais controlada. Antes de se iniciar a contracepção oral, deve ser feita um avaliação geral (peso, controle glicêmico e perfil lipídico) devendo essa avaliação ser repetida em intervalos regulares. Nas diabéticas insulino-dependentes, mas sem a doença vascular grave, podem ser utilizadas as pílulas de baixa dosagem desde que convenientemente supervisionadas. A escolha do tipo do ACO deve ter sempre em atenção o tipo e a dose do progestágeno (menor dose, menor efeito androgênico) (CHUNG e MARTINS, 2002).

Lembrar que sempre que usar siglas escrever por extenso a 1ª vez. Já a utilização do Dispositivo intra-uterino (DIU) tem tido controvérsias na literatura. Rudge

(1993), diz que o DIU, por aumentar a incidência de salpingites, é contra indicado nas diabéticas pela maior suscetibilidade de infecções bacterianas. Outras desvantagens seriam a porcentagem de falha do método, as menorragias acentuadas e as alterações metabólicas no endométrio da diabéticas.

Apesar do que diz Rudge (1993), Chung e Martins (2002) aconselham o uso do DIU. É considerado um método contraceptivo reversível bastante eficaz, tendo como vantagem não interferir no metabolismo da mulher com diabetes. No mercado existem dois tipos: o de cobre e o de progesterona. Durante muito tempo houve uma certa relutância na utilização do DIU por parte dos médicos, devido a um possível aumento do risco de doença inflamatória pélvica. No entanto estudo recentes parecem não confirmar esses receios, o que leva a uma não contra-indicação desse método em mulheres diabéticas, exceto as que tem história de promiscuidade sexual.

A mulher interessada em usar DIU deve ter informações completas sobre os seus efeitos colaterais. Um outro aspecto que deve ser levado a sério, é que qualquer infecção pode evoluir para sépsis ou cetoacidose. Por isso é importante orientações sobre os hábitos de higiene, prevenção de DSTs e reconhecimento precoce dos sintomas (CHUNG e MARTINS, 2002).

Pelo visto o DIU é uma boa opção para mulheres diabéticas, desde que elas tenham os cuidados devidos para que não ocorra nenhuma complicação depois da inserção do DIU. Hoje em dia, o DIU é um dos métodos mais utilizados para a contracepção temporária em mulheres diabéticas.

Como disse também em outras categorias, deveriam ter centros especializados em diabetes, os quais estariam incluídos o planejamento familiar, ginecologia, educação em

diabetes, e que tenham vários profissionais para atender as necessidades e as dúvidas para esse grupo, que tem crescido cada vez mais no mundo.

Influência do ACO em mulheres diabéticas

Três entrevistadas notaram que depois que começaram a usar ACO, o metabolismo glicêmico não foi mais controlado como antes, mas não imaginavam que poderia ser o ACO, o causador desse transtorno. As outras quatro tinham uma explicação melhor do seu médico e conheciam o motivo real pelo qual não poderiam usar o ACO:

“Aumentou mais sim.” (glicose aumentou quando começou a tomar AC)

ENTREVISTA I

“Não.” (não sabia que poderia ser pelo AC o aumento da glicose).

ENTREVISTA I

“Eu notei que não conseguia manter a minha glicose baixa como antigamente.” (quando começou a tomar AC) ENTREVISTA I

“... porque fazia mal para diabete e aumenta a glicose...” (o AC) ENTREVISTA

II

“Porque altera a glicose. Aumenta.” ENTREVISTA III

“Falou (o médico) que não poderia usar comprimido. Só isso. Não disse porque não podia usar.” ENTREVISTA IV

“O médico disse que não, porque a glicose aumenta ou diminui, não me lembro. Mas não pode.” ENTREVISTA V

“A minha glicose mesmo fazendo dieta era estranha, nunca abaixava. Aí o médico me deu insulina... Eu não disse que usava anticoncepcional porque ele (o médico) nunca perguntou.” ENTREVISTA VI

“...o médico disse que aumenta a pressão e altera a glicose.” ENTREVISTA

VII

Como foi dito na subcategoria anterior, o uso de ACO deve ser feito com cautela em mulheres diabéticas, devido a sua intervenção no funcionamento do organismo da mulher.

Chung e Martins (2002) dizem que a influência metabólica do ACO varia com a via de administração, dosagem e potência de sua formulação. A partir daí o médico vai escolher apropriadamente o contraceptivo oral.

Os ACO aumentam a pressão arterial em muitas mulheres, tendo observado que o angiotensinógeno se encontra elevado pelos estrogênios de forma dose-dependente. Apesar da pílula de baixa dosagem não apresentar clinicamente um aumento da pressão arterial, sabe-se que a pressão aumentada é um fator de risco associado a diabetes, desse modo é de grande importância que ela (a pílula) seja utilizada sob cuidadosa vigilância clínica. O maior risco para diabéticas, são os fenômenos tromboembólicos, causados pelo estrogênio contido na pílula, idade acima de 35 anos e fumo. Todos estes fatores causam alterações na coagulação sanguínea (CHUNG e MARTINS, 2002).

O estrogênio aumenta os níveis séricos de fibrinogênio e dos fatores de coagulação VII e VIII, diminuindo os níveis de antitrombina II. Por outro lado leva também a uma maior agregação plaquetária, formando trombos. Se a dose do estrogênio for baixa, de acordo com estudos recentes, o risco de acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão e infarto do miocárdio são diminuídos. A progesterona diminui a tolerância à glicose por aumento da resistência periférica à insulina, estando este efeito dependente da dose e do potencial androgênico dos mesmos. Por isso devem-se optar pelos novos derivados do levonorgestrel, que apresentam menores doses e menor efeito androgênico.

De modo contrário à progesterona, o estrógeno aumenta a sensibilidade das células adiposas e musculares à insulina. Quando os dois estão associados, o efeito no metabolismo glicídico vai depender dos níveis de concentração de cada um deles, que poderá ou não alterar o controle glicêmico nas mulheres (CHUNG e MARTINS, 2002).

A alteração do metabolismo lipídico pela progesterona (aumento LDL e diminuição do HDL), também vai depender da sua dose e da atividade androgênica, e a escolha deve ser feita no sentido de diminuir esses efeitos. Já o estrógeno (predominante em pílulas de baixa dosagem) contrabalança o efeito adverso da progesterona e aumenta os níveis de HDL. As pílulas que contém somente progesterona, apesar de ter uma eficiência contraceptiva inferior, não causam efeitos tromboembólicos, nem doença vascular, mas em contrapartida, podem levar a hemorragias uterinas irregulares. Os contraceptivos hormonais, cuja via é a muscular, e o Norplant, são métodos contra-indicados em mulheres diabéticas, por causar irregularidade menstruais, diminuição da tolerância a glicose, e diminuição do HDL sangüíneo (CHUNG e MARTINS, 2002).

Infelizmente, o que se pode notar nesta pesquisa, é que as gestantes não estavam cientes dos verdadeiros efeitos da contracepção hormonal no organismo. O que será que falta para as equipes de saúde entenderem que a orientação dessa mulheres é de suma importância, para que se diminuam os riscos e as mortes devido às complicações que essa doença traz com o tempo.

Utilização inadequada dos métodos contraceptivos

Esta subcategoria nos mostra o motivo real da atual gestação. Cinco engravidaram por mau uso de métodos contraceptivos, por falta de conhecimento ou de explicação por um profissional da área da saúde. Isso fica bem claro nos trechos a seguir:

“... e por isso é que engravidei, eles me tiraram (o AC) e eu parei, né?”

ENTREVISTA II.

“Nada. (não usou mais nenhum método para não engravidar). Daí eu fiquei um ano e 5 meses sem menstruar, sabe, e aí eu comecei a tomar insulina, e os médicos disseram que a insulina tava cortando sabe, a menstruação, estava diminuindo cada vez menos, e ia parando. E foi nesse instante que eu fiquei grávida.” ENTREVISTA II

“Isso. (pensou que não iria ter mais filhos) Sim, fiz todos os exames de hormônio né, e ele me disse que realmente eu estava com problemas de hormônios, sabe, mas ele não podia fazer nada e me deixou assim, né? Sem usar nada.” ENTREVISTA II

“Sem usar nada. Por isso que engravidei sem esperar.” ENTREVISTA II

“Não foi o que aconteceu comigo né, eu me tratava para diabete, e eu tratava com um medicamento (metformin) que segundo os médicos, foi esse medicamento que me fez engravidar. Que eu tenho ovário policístico, né. Fiquei sem usar nada, quer dizer, fazia tabela só por precaução, pois já que tinha ovário policístico...” ENTREVISTA III

“... parei de usar camisinha e só pedia pro meu marido tirar na hora. Acho que foi por isso que engravidei.” ENTREVISTA IV

“...não usei nada. Por isso fiquei grávida.” ENTREVISTA V

“...só que eu e meu esposo viajamos para praia e aí eu descontrolei.” (usava tabela). ENTREVISTA VII

Algumas entrevistadas citaram o uso da tabela e do coito interrompido para não engravidarem, e pelo visto, não deu certo, pois do mesmo jeito a concepção ocorreu. Mas a maioria disse não ter usado nada por falta de explicação do médico que cuidava delas.

Pela sua baixa eficácia, os métodos naturais (calendário, temperatura basal, muco e coito interrompido) não devem ser aconselhados à mulheres diabéticas. A tabelinha é um método natural utilizado por inúmeras mulheres, mas não é recomendável devido à alterações do ciclo menstrual (CHUNG e MARTINS, 2002). Para utilizá-los, a mulher deve conhecer os últimos 6 –12 ciclos (oito meses), onde a relação sexual deve ser evitada no período fértil, e fazer o seguinte cálculo: o período fértil ocorre na metade do ciclo, ou seja, em mulheres com um ciclo de 28 dias, o dia fértil provável é o 14º, tendo-se o cuidado de não ter relações sexuais três dias antes e 3 dias depois (do 11º ao 17º dia após ter ocorrido a menstruação). Esse período é reconhecido pela saída de uma secreção transparente, semelhante á clara de ovo, eliminada pela vagina (SOS-GESTANTE, 2003).

O coito interrompido, segundo Febrasgo (2002b) baseia-se na capacidade do homem em pressentir a eminência da ejaculação e neste momento retirar o pênis da vagina. É importante ressaltar que: antes do ato sexual, o homem deve urinar e retirar os restos de esperma da relação anterior; o líquido pré-ejaculatório pode conter espermatozóides vivos, o que aumenta o índice de falha; não oferece proteção conta DSTs/AIDS; é comum a insatisfação sexual de ambos os parceiros.

O que se pode concluir com tudo o que foi explicitado, é que nenhum dos métodos naturais são eficazes na prevenção da gravidez. Exigem que o casal seja bem orientados, para que possa compreender de maneira correta estes métodos (como devem ser utilizados, o que pode acontecer com o seu uso, ocorrência de alteração do comportamento sexual e a não prevenção contra DSTs.(FEBRASGO, 2002b). Tudo isso deve ser ensinado, principalmente à mulheres que têm DM, já que estas, precisam de métodos eficazes para não engravidarem em um período que não estejam normoglicêmicas.

4.4 Relação entre o tempo de DM e gestações passadas.

Todas as sete pacientes entrevistadas nesta pesquisa tinham o diagnóstico de diabetes melito tipo II. As entrevistadas que já tinham filhos relataram ter adquirido o DM na fase adulta, mas nas gestações passadas, a doença ainda não havia se manifestado. As entrevistadas que não possuíam filhos, também relataram terem diabetes melito tipo II há pelo menos três anos atrás. Por isso fez-se interessante colocar essa categoria no estudo, já que na revisão bibliográfica, esse assunto havia aparecido, e vários autores citaram que há uma maior incidência de DM tipo II que tipo I:

“Tem nove anos que tenho diabetes” ENTREVISTA I

“Tem seis anos que tenho diabetes. Nas outras gestações eu não era diabética”

ENTREVISTA II

“... eu tive essa hiperglicemia há uns três anos. Eu tinha antes hipoglicemia.

Vários anos sempre fazendo hipoglicemia, quando fui ver, um dia passou os mal estar, e aí quando fui ver eu estava com hiperglicemia. Eu quando tentava engravidar, eu não tinha DM” ENTREVISTA III

“Eu descobri que tinha glicose há uns cinco anos. Foi na 2ª filha, quase perto de ganhar né? Foi assim.” ENTREVISTA IV

“...eu descobri que tinha diabete há três anos” ENTREVISTA V

“Há seis anos (tem glicose alta).” ENTREVISTA VI

“Há nove anos (tem glicose alta). Quando eu tive a segunda eu tive diabete enquanto tava grávida e a partir daí não melhorou mais.” ENTREVISTA VII

Segundo Cashion e Durham, (2002) o diabetes tipo II é a forma mais predominante da doença e envolve indivíduos que têm resistência à insulina (incapacidade das células musculares e adiposas em usarem toda a insulina secretada pelo pâncreas,

levando a um estado de hiperglicemia.) e na maioria das vezes, tem deficiência relativa e não absoluta de insulina. As etiologias desse tipo de DM ainda são desconhecidas. Às vezes demora a ser diagnosticada, ficando durante anos sem perceber o aparecimento da doença. A hiperglicemia desenvolve-se gradualmente, o que não leva ao reconhecimento do paciente dos sinais clássicos do diabetes: polifagia, polidipsia e poliúria. A maioria das pessoas que são diabéticas tipo II são obesas, ou tem uma quantidade de gordura, distribuída principalmente na região do abdômem. Existem também, outros fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo II, como o envelhecimento, o estilo de vida sedentário, hipertensão, e o diabetes gestacional anterior. O tipo II tem uma forte predisposição genética, mas não existem anticorpos circulantes para as células das ilhotas pancreáticas.

Diferentemente do diabetes tipo I, não leva à cetoacidose e, às vezes, não exige o tratamento com a insulina. O tratamento dessas diabéticas é feito através de dieta, exercícios e se necessário de comprimidos (hipoglicemiantes orais). As complicações agudas nessas pessoas são raras, mas existe um aumento progressivo na incidência e intensidade de complicações vasculares (nos grandes vasos do coração, extremidades dos membros, pequenos vasos dos olhos, rins e pés) e neuropáticas (cérebro e nervos), à medida que aumenta a duração da doença (COUSTAN E FERRIS, 1989).

De acordo com o Ministério da Saúde, é uma doença crônica atingindo 5-10% da população, Brasil (2002).

E essa maior incidência, foi comprovada por esta pesquisa, pois todas as entrevistadas apresentavam o DM tipo II.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com sete gestantes portadoras de Diabetes Melito, cujo o critério para participação foi ter o Diabetes Melito prévio à gestação. O objetivo deste, foi identificar o que as gestantes portadoras de DM prévio à gestação sabem sobre anticoncepção e planejamento familiar, e investigar o conhecimento que as gestantes têm sobre os riscos de uma gestação em mulheres diabéticas. 1º colocar as conclusões relacionadas com os objetivos, lembra?

A partir do exposto, surgiram as seguintes conclusões do estudo:

- As entrevistadas demonstraram saber mais sobre os riscos que o DM causa em seus bebês que com elas mesmas. Mesmo assim, elas não têm a consciência da gravidade e a potencialidade destes riscos.
- A maioria das participantes deste estudo, só conheciam os riscos considerados "mínimos", desconhecendo os mais graves.
- Em relação aos cuidados que se deve ter para evitar ou minimizar estes Acho que o parágrafo está erradoriscos, antes e durante a gestação, todas souberam responder, mas pareciam não saber a real importância destes.
- Mesmo convivendo com a doença, a minoria sabia do valor da glicose antes de engravidar, e também não fez nenhum controle no período pré-concepcional.
- A grande maioria não sabia o que significava o "Planejamento Familiar", tão pouco sabia da importância do planejamento familiar em mulheres portadoras de diabetes melito. Isto coloca em 1º.

- Todas desconheciam que deviam ter um tempo antes para planejar a gestação e a importância do mesmo.
- Nenhuma das gestantes ouviu dizer que existiam programas de planejamento familiar, principalmente para mulheres diabéticas, ou com outros agravos.
- Nenhuma fez o planejamento pré-concepcional com os cuidados necessários que as mulheres diabéticas devem ter.
- A maioria desconhecia que o anticoncepcional oral deveria ser usado com cautela em diabéticas, sendo que na maioria dessas mulheres, esse método é contra indicado. As que sabiam, não tinham informações completas pelo não uso do anticoncepcional oral. As entrevistadas também fizeram uso inadequado de outros contraceptivos, mais por falta de orientação e informação.
- Todas apresentavam Diabete Melito tipo II
- Naquelas que tinham filhos anteriores, o DM II se manifestou depois de tê-los, portanto, a atual gestação foi a primeira depois do diagnóstico de DM II.

Com esses achados, pode-se perceber que tanto o planejamento familiar, quanto os riscos e a anticoncepção, são assuntos desconhecidos por esta população, mesmo estando dentro de um Hospital que tem competência para tal.

O que falta, é administração do hospital e dos serviços acreditarem que a educação em saúde é a estratégia mais competente como forma de tratamento para estas mulheres. É também o interesse dos profissionais de saúde em relação ao cuidado integral à essas mulheres. Não sabemos o que eles pensam, portanto não pode-se afirmar, mas se

estes profissionais souberem explicar de acordo com a cultura e o grau de instrução ou de compreensão destas pacientes, com certeza os mesmas sairão satisfeitos e cientes sobre o que está acontecendo ou o que virá acontecer com sua saúde e de seu bebê.

Portanto, faltam profissionais capacitados e treinados para fazer essa parte de educação em saúde. Dentro desta área acredito que a enfermeira é a profissional que reúne todas as condições de atuar como membro da equipe de saúde envolvida diretamente como educadora da saúde

Trabalhando em uma equipe multiprofissional (enfermeiros, nutricionistas, médicos, psicólogos, assistentes sociais) o cuidado será integral à gestante portadora de diabetes, pois cada membro da equipe fazendo, o que lhe compete, contribuirá para complementaridade do cuidado as mulheres. O importante é que seja divulgado mais este assunto, para melhorar um pouco mais a vida dessas mulheres e o futuro de seus filhos, e assim diminuir custos para o Estado.. O governo peca neste sentido, pois deveria realizar campanhas na mídia como: “Mulheres com doenças crônicas devem procurar atendimento antes de engravidar”.

Portanto recomenda-se que durante a permanência da gestante diabética no Centro Obstétrico, para realização do Perfil Glicêmico, a equipe de médicos e enfermeiro saúde, deveria aproveitarão momento para dar orientações à essas gestantes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Elisabete. **Abordagem da suspeita de macrosomia fetal**. Disponível em: <<http://www.lincx.com.br/lincx/atualizacao/artigos/macrossomia.html>>. Acesso em 15 jul.2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, Aidil de Jesus P. ; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Projeto de pesquisa : propostas metodológicas**. 12.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.
- BERTINI, Anna Maria. Diabetes Mellitus e Gravidez. In: BENZECRY, Roberto. **Tratado de Obstetrícia Fibrasg**. RJ: editora Revinter Ltda, 2000. p. 566-572. cap. 60.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. 3.ed. Brasília, 2000.
- CARAVALHEIRO, Manuela. O prazer de ser mãe. **Revista da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal**. Coimbra, nº 09, 2002. Disponível em: <http://www.apdp.pt/apdp_portugues/pg_temas/mulher_diabetica/mulher_01htm>. Acesso em 17 jul.2003.
- CASHION, Katty; DURHAM, Carol F. Gestação de risco: condições preexistentes. In: LOWDERMILK, Deitra L. et al. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. P. 606-621. Cap. 23.
- CENTRO PARANAENSE DE DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO. **Diabetes e gravidez**. Disponível em : <<http://www.ginecologia.hypermart.net/anticoncepção>> Acesso em 26 abr. 2002.
- CHUNG, Ana; MARTINS, Isabel. Contracepção e Diabetes. **Revista da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal**. Coimbra, nº 09, 2002. Disponível em: <http://www.apdp.pt/apdp_portugues/pg_temas/mulher_diabetica/mulher_01htm>. Acesso em 17 jul.2003.
- CLARK, Carla. **Diabetes e gravidez: controle é sinônimo de bebê saudável**. Mais Saúde - A revista do paciente diabético, Rio de Janeiro, ago/set/out.2000, Ano IV. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE (SBD). Diabetes e gravidez. Disponível em : <<http://www.diabetes.org/publicações/ms12/ms12cab.html>> Acesso em: 19 fev.2003.
- COSTA, Ana Maria. **Planejamento Familiar no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>> Acesso em 05 jun. 2003

COUSTAN, Donald R.; ROTONDO Lee. Diabete melito na gestação. In: KNUPPEL, Robert et al. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médias, 1996. P. 424-437. Cap.26

COUSTAN, Donald D.; FELIG, Philip. Diabetes Melito. In: BURROW, Gerard N.; FERRIS, Thomas F. **Complicações clínicas na gravidez**. 3ª ed. São Paulo: ROCA LTDA, 1989. P. 37-63. Cap.2

FEBRASGO - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES DIABÉTICAS**. Disponível em: <<http://www.tudoresidenciamedica.hpg.ig.com.br/estudar/febrasgoanticoncepcao.html>> Acesso em 19 out.2002a.

FEBRASGO - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **CONTRACEPÇÃO**. Disponível em: <<http://www.tudoresidenciamedica.hpg.ig.com.br/estudar/febrasgoanticoncepcao.html>> Acesso em 19 out.2002b.

LANDON, Mark B.; GABBE, Steven G. Diabete Melito. In: BARRON, William M. ; LINDHEIMER, Marshall D. **Complicações médicas na gravidez**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.49-67.

MAGANHA, Carlos Alberto. Qual a importância do controle glicêmico no acompanhamento de gestantes diabéticas? **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, nº 48, jan-mar. 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/inst_amb_jan_mar_02.php3>. Acesso em: 15 jul.2003

MATSUDO, Victor K. R.; MATSUDO, Sandra M. M. **Atividade física e esportiva na gravidez**. São Paulo, 200. Disponível em: <<http://www.celafiscs.com.br/artigos>>. Acesso em: 15 jul. 2003.

LUDKE, Menga ; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1986.

MORETTO, Virgínia L. **Gestantes portadoras de diabete: características e vivências durante a gestação**. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

OLIVEIRA, José E. P. **O que é diabete ?** Rio de Janeiro 2000. Disponível em : http://www.diabetes.org.br/Diabetes/inf_pacientes/s19.htm. Acesso em 19 fev. 2003.

OLIVEIRA, Anna Maria B. **Diabetes e gravidez**. 1. Ed. São Paulo: Sarvier, 1988.

PASSOS, Natália Silva P. **Planejamento familiar**. Disponível em: <<http://www.iesambi.org.br/apostilas/planejamentofamiliar.doc>>. Acesso em: 13 jun. 2003.

PUPPO, Izilda Ferreira. Diabetes e gravidez. In: GUIA DO BEBÊ, set. 1999. Disponível em: <<http://www.cadernodigital.uol.com.br/guiadobebe/artigos/diabetesegravidez.htm>>. Acesso em: 15 jul.2003.

POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROCHA, Maria Lúcia; REICHEL, Angela Jacob. Diabetes melito na gestação. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia** . 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.294-307. cap.35.

RUDGE, Marilza Vieira C. Patologia obstétrica: diabetes e gravidez. In: CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 1993, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: 1993. Disponível em:<http://www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/anais_go/cap02_7.html>. Acesso em: 15 jul.2003.

SEXUALIDADE. **Métodos contraceptivos**. Disponível em <http://www.womancare.med.br/pq_sexualidade.asp>. Acesso em 05 jun. 2003.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro, vol 2: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE (SBD). **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Disponível em : <<http://www.diabetes.org/Diabetes/cons1.html>>. Acesso em: 09 jun.2000 a.

SOS-GESTANTE. **Planejamento familiar**. Disponível em:<<http://www.sosdoutor.com.br/sosgestante/planeja.asp>>. Acesso em: 05 jun.2003.

APÊNDICE A:
ENTREVISTA

NOME FICTÍCIO:

IDADE:

IG:

Nº DE FILHOS:

ESCOLARIDADE:

1. A gestação foi planejada? Foi uma decisão do casal?
2. Você sabe das conseqüências de uma gestação em pacientes com DM prévio?
3. Quais os cuidados que as gestantes com DM prévio devem ter para evitar complicações tanto para si quanto para o bebê ?
4. Você sabe sobre os valores recomendados de glicemia antes de engravidar ?
Por quanto tempo antes de engravidar?
5. Você sabe qual a importância do planejamento familiar em mulheres com DM?
6. Conhece algum tipo de método contraceptivo?
7. Quais os métodos contraceptivos que a mulher com DM prévio podem

utilizar?

APÊNDICE B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO A
PARECER DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
DO HCPA