

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARÍLIA CAROLINA RODRIGUES RODRIGUEZ

AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A GESTANTES DIABÉTICAS

Porto Alegre

2010

MARÍLIA CAROLINA RODRIGUES RODRIGUEZ

AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A GESTANTES DIABÉTICAS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção da aprovação na disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso II” – TCCII – e para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Virgínia Leismann Moretto

Porto Alegre

2010

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso e todo meu empenho a minha mãe, Izaura. Certamente não teria todas as oportunidades que tive em minha vida se não fosse o sacrifício dela, que sempre lutou para eu poder estudar e me proporcionar o melhor. A essa guerreira que, mesmo com as pedras do caminho, fez, e faz, tudo por mim, sendo exemplo sublime de mãe e pai. Obrigada! Essa conquista é nossa!

Com muito amor e carinho, Marília.

AGRADECIMENTOS

Aos amores da minha vida: minha vó, minha irmã, meu sobrinho e meu cunhado, que mesmo distantes torceram sempre por mim, mandando boas energias. Essa conquista também pertence a vocês.

Ao meu amor Guilherme, por estar sempre ao meu lado, por me suportar e me acalmar nos momentos não tão agradáveis e por ficar tão feliz como eu ao fim dessa etapa. A Dilma e José, pelo imenso carinho e pelas palavras motivadoras.

A minha orientadora, Virgínia, por sua atenção, paciência e pelo enorme carinho e incentivo ao longo desse semestre.

As minhas amigas e colegas Karoline, Luciana e Natália, pelo companheirismo nos momentos de angústia e de conquista, de dificuldades e de vitória ao longo dessa trajetória. As minhas queridas amigas Érica e Desirée, por sempre me contagiarem com sua alegria e por todas as palavras de carinho e de força.

“Se evito que um coração se parta, não terei vivido em vão; se suavizo a dor de uma vida, ou alívio um sofrimento, ou levo de volta ao ninho um filhote ferido, não terei vivido em vão.”

Emily Dickinson

RESUMO

O diabetes é uma doença que acomete mulheres grávidas e é responsável por mortes e malformações fetais. Com o avanço da tecnologia e das pesquisas na área, tem-se observado uma melhora do cuidado com gestantes diabéticas, com redução da morbidade e da mortalidade materno-fetais. As complicações neonatais devem-se ao fato de que a gestação associada ao diabetes pode gerar uma descompensação fisiológica, que pode repercutir tanto na saúde materna, como na fetal e perinatal. O objetivo deste estudo foi conhecer as ações de enfermagem no cuidado a gestantes diabéticas, servindo como apoio aos profissionais e estudantes da área da saúde, para que também seja proporcionada uma qualidade da atenção ao bebê. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa. As fontes de análise constituíram-se de artigos publicados em periódicos nacionais nos últimos cinco anos. As bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) foram as consultadas durante o desenvolvimento desta pesquisa bibliográfica. A partir deste estudo, pode-se concluir que a inserção do enfermeiro, dentro da equipe de saúde, é extremamente importante para trabalhar as questões de educação em saúde da gestante diabética. As ações de enfermagem têm como ênfase uma assistência voltada para a conscientização, prevenção e promoção da saúde, através do estímulo para o autocuidado; possibilitando a produção de um conhecimento que contribui para que as gestantes com diabetes possam cuidar melhor de si e diminuindo as complicações causadas pela evolução natural da doença.

Descritores: Diabetes. Gestação. Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3.1 Diabetes Mellitus.....	11
3.1.1 Diabetes do Tipo 1 e do Tipo 2.....	13
3.1.2 Diabetes Mellitus Gestacional.....	15
3.2 Alterações no desenvolvimento do feto e na saúde do recém-nascido de mães diabéticas.....	16
3.2.1 Óbito fetal.....	16
3.2.2 Malformações congênitas.....	16
3.2.3 Macrossomia.....	17
3.2.4 Hiperviscosidade, policitemia e trombocitopenia.....	17
3.2.5 Hipoglicemia neonatal.....	17
3.2.6 Doença da membrana hialina.....	18
3.2.7 Hipocalcemia e hipomagnesemia.....	18
3.2.8 Hiperbilirrubinemia.....	18
3.3 Educação em saúde.....	19
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Fontes dos dados.....	22
4.3 Coleta e análise dos dados.....	23
4.4 Aspectos éticos.....	24
5 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	25
5.1 Tratamento do diabetes mellitus na gestação.....	25
5.2 Repercussões do diabetes mellitus na gestação.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICE A – Modelo de Ficha de Leitura.....	37

1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença sistêmica que acaba modificando o metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas e eletrólitos. Tem caráter crônico e evolutivo, caracterizando-se pela falha ou deficiência na secreção e/ou ação da insulina, com consequente hiperglicemia (BRASIL, 2010).

O diabetes já começa a ser considerado a epidemia do século, acometendo cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. A estimativa é que, até 2025, esse número aumente para 380 milhões. É bem provável, devido ao tipo de evolução da doença, que boa parte das pessoas que têm diabetes desconheça a sua própria condição (BRASIL, 2007).

No Brasil, de acordo com o Vigitel 2007 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença. O diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos, fato comprovador de que a prevalência aumenta com a idade (BRASIL, 2007).

O diabetes é uma doença que acomete mulheres grávidas e é responsável por mortes e malformações fetais. Porém, com o avanço da tecnologia e das pesquisas na área, tem-se observado uma melhora do cuidado de gestantes diabéticas, com redução da morbidade e da mortalidade materno-fetais. Ainda assim, até 25% dos recém-nascidos (RN) de mães diabéticas apresentam complicações neonatais (ZIELINSKY, et al., 2004).

As complicações neonatais devem-se ao fato de que a gestação associada ao diabetes pode gerar uma descompensação fisiológica, o que pode repercutir tanto na saúde materna, como na fetal e perinatal.

A gestação é um estado no qual o pâncreas funciona de maneira exacerbada, caracterizado por uma diminuição da resposta à insulina, parcialmente explicada pela presença de hormônios diabetogênicos, tais como a progesterona, o cortisol, a prolactina e o hormônio lactogênico placentário (MAGANHA, et al., 2003). Na gestação, os níveis de glicemia em jejum têm a tendência de serem mais baixos e os valores pós-prandiais mais elevados, havendo a necessidade de uma maior produção/liberação de insulina. Nas gestantes em que não há quantidade adequada

na produção/liberação de insulina, diagnostica-se o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento na gravidez. Essa definição não depende da idade gestacional e da forma de tratamento utilizada para o controle da glicemia materna, não excluindo, portanto, a possibilidade de uma intolerância à glicose não-diagnosticada ser classificada como DMG. Para a definição do diagnóstico, recomenda-se que seja feita uma nova classificação da paciente após seis semanas do parto e, na maioria dos casos, a normoglicemia será a regra (BASSO, et al., 2007).

Quando associado à gestação, o diabetes mellitus resulta em comprometimento materno e fetal. O comprometimento fetal é em decorrência da hiperglicemia materna, que através da placenta, por difusão facilitada, chega ao feto. A hiperglicemia do feto, por sua vez, faz com que seja ativada a produção exagerada de insulina que interfere na homeostase fetal. Essa relação favorece o crescimento fetal exagerado e, entre outras complicações, a macrossomia, com conseqüente aumento das taxas de cesárea, traumas de canal de parto, além da ocorrência de resultados neonatais adversos. Em geral, destacam-se: hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, policitemia e distúrbios respiratórios. As malformações congênitas aparecerão conforme a presença de hiperglicemia materna no início da gestação e da forma como é controlada, sendo mais comuns no diabetes prévio à gestação. Além destas complicações, o risco de óbito fetal e neonatal está aumentado nas gestações associadas ao diabetes mal controlado (MAGANHA, et al., 2003).

O pré-natal da gestante diabética tem grande influência no desenvolvimento do feto e nas complicações com o RN, pois a qualidade desta atenção irá repercutir diretamente nos seus filhos, assim como na vida destas mulheres no futuro. Nesse sentido, a determinação para esse estudo foi a observação, ao longo dos anos como acadêmica, dos cuidados de enfermagem que são realizados durante a fase gestacional da mulher diabética. Constatei que a responsabilidade da assistência a estas gestantes fica a cargo também da enfermagem e, portanto, o profissional deve estar atento e certificado das suas principais ações. Assim, mulheres com diabetes mellitus prévio à gestação ou com diabetes mellitus gestacional devem receber uma atenção adequada, visto que qualquer falha no cuidado assistencial poderá resultar em sérias repercussões para o recém-nascido.

Deste modo, busca-se através dessa Pesquisa Bibliográfica um planejamento adequado das ações de enfermagem no cuidado a mães diabéticas, servindo como apoio aos profissionais e estudantes da área da saúde, para que também seja proporcionada uma qualidade da atenção a esse bebê.

2 OBJETIVO

Conhecer as ações de enfermagem no cuidado a gestantes diabéticas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura, com a intenção de conhecer e contextualizar o que tem sido estudado sobre este assunto e buscando sustentação teórica para o trabalho, são abordados de forma mais detalhada nos temas: diabetes mellitus; diabetes do Tipo 1 e do Tipo 2; diabetes mellitus gestacional e as alterações no desenvolvimento do feto e na saúde do recém-nascido de mães diabéticas.

3.1 Diabetes Mellitus

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizado por hiperglicemia e associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (GROSS, et al., 2002).

Normalmente, determinada quantidade de glicose circula no sangue. As principais fontes dessa glicose são a absorção do alimento ingerido no trato gastrointestinal e a formação de glicose pelo fígado a partir das substâncias alimentares (SMELTZER; BARE, 2005).

A insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue ao regular sua produção e o armazenamento. No estado diabético, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. Isso leva a hiperglicemia, a qual pode resultar em complicações metabólicas agudas, como a cetoacidose diabética e a síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica. Os efeitos da hiperglicemia, a longo prazo, contribuem para as complicações macrovasculares (doença da artéria coronária, doença vascular cerebral e doença vascular periférica), complicações microvasculares crônicas (doença renal e ocular) e complicações neuropáticas (doenças do sistema nervoso) (SMELTZER; BARE, 2005).

As manifestações clínicas de todos os tipos de diabetes incluem poliúria, polidipsia, polifagia, fadiga, fraqueza, alterações visuais súbitas, formigamento ou dormência nas mãos ou pés, pele seca, lesões cutâneas ou feridas com cicatrização lenta, além de infecções recorrentes (SMELTZER; BARE, 2005).

A alta morbidade do diabetes leva à perda importante na qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus é comum e de incidência crescente. Afeta aproximadamente 17 milhões de pessoas, das quais 5,9 milhões não estão diagnosticadas. É uma doença particularmente prevalente nos idosos, com até 50% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrendo algum grau de intolerância à glicose. Os afro-americanos, entre outros grupos raciais e étnicos, apresentam maior probabilidade de desenvolver diabetes, têm maior risco para muitas das complicações e taxas de mortalidade mais elevadas, devido a essa doença, quando comparados aos caucasianos (SMELTZER; BARE, 2005).

Além do fator raça/etnicidade, a história familiar de diabetes, a obesidade, a idade igual ou superior a 45 anos, a glicose em jejum alterada ou tolerância prejudicada à glicose previamente identificada, a hipertensão, o nível de colesterol HDL alterado e a história de diabetes gestacional ou o nascimento de neonatos com mais de 4,5kg representam outros fatores de risco para o Diabetes Mellitus (SMELTZER; BARE, 2005).

O diabetes está gerando um impacto econômico cada vez maior. Os custos de saúde crescentes e uma população em envelhecimento são determinantes para tal situação. Além dos custos financeiros, são gerados também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

O diagnóstico correto e precoce do diabetes e das alterações da tolerância à glicose, baseado fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral, é extremamente importante porque

permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes (GROSS, et al., 2002).

3.1.1 Diabetes do Tipo 1 e do Tipo 2

As formas mais frequentes de diabetes são o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2. Os termos "dependente de insulina" e "não dependente de insulina" como originalmente eram referidos, respectivamente, foram eliminados.

O diabetes do tipo 1 tem como característica a destruição das células beta pancreáticas, que normalmente produzem insulina. Não se sabe exatamente o que causa a destruição dessas células, mas acredita-se que fatores genéticos, imunológicos e, possivelmente, ambientais (por exemplo, virais) combinados contribuam para tal fato. Aceita-se, assim, a suscetibilidade genética como um fator subjacente comum no desenvolvimento do diabetes do tipo 1. As pessoas não herdam diretamente a doença; em vez disso, há a hereditariedade quanto à predisposição genética, ou a tendência, no sentido de desenvolver essa patologia (SMELTZER; BARE, 2005).

O risco de desenvolver diabetes do tipo 1, bem como a predisposição genética, estão aumentados em três a cinco vezes nas pessoas portadoras de um dos tipos de antígeno leucocitário humano (HLA), um grupo de genes responsáveis pelos antígenos de transplante e outros processos imunes. Esse tipo de diabetes, imunomediado, normalmente se desenvolve durante a infância e adolescência, mas pode ocorrer também em qualquer idade (SMELTZER; BARE, 2005).

Outra evidência do diabetes do tipo 1 é a de uma resposta auto-imune anormal, na qual os anticorpos são direcionados contra tecidos normais do corpo, respondendo a esses tecidos como se eles fossem não-próprios. Além dos componentes genéticos e imunológicos, estão sendo investigados os fatores ambientais, como vírus ou toxinas, que podem iniciar a destruição das células beta (BRASIL, 2006).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), independentemente da etiologia específica, a destruição das células beta resulta em menor produção de insulina, produção livre de glicose pelo fígado e hiperglicemia em jejum. Além disso, a glicose derivada do alimento não pode ser armazenada no fígado e continua na corrente sanguínea, contribuindo para a hiperglicemia pós-prandial. Quando a concentração dessa glicose no sangue exceder o limiar renal da glicose, normalmente entre 180 e 200 mg/dl, os rins podem não reabsorver a totalidade filtrada, gerando glicosúria e perda excessiva de líquidos e eletrólitos (diurese osmótica). Outra consequência da perda das células beta é a deficiência da secreção de insulina, o que por sua vez deixa os pacientes suscetíveis à ocorrência de cetoacidose, muitas vezes a primeira manifestação da doença. O quadro de cetoacidose é a expressão máxima da deficiência de insulina e pode também ocorrer na presença de estresse infeccioso, ou de outra etiologia ou, ainda, ser decorrente do uso inadequado da insulina (GROSS, et al., 2002).

O diabetes do tipo 2 é mais comum do que o tipo 1, perfazendo cerca de 90% dos casos de diabetes. É caracterizado por distúrbios de ação, como a resistência à insulina, e secreção da insulina, com predomínio de um ou outro componente. A etiologia específica deste tipo de diabetes ainda não está claramente estabelecida como no diabetes tipo 1. A destruição auto-imune do pâncreas não está envolvida. Também, ao contrário do diabetes tipo 1, a maioria dos pacientes apresenta obesidade (GROSS, et al., 2002).

Para superar a resistência à insulina e evitar o acúmulo de glicose no sangue, maiores quantidades de insulina devem ser secretadas para manter normal, ou ligeiramente elevado, o nível de glicose. Entretanto, as células musculares e adiposas são incapazes de utilizarem toda a insulina secretada pelo pâncreas e conseqüentemente muito pouco da glicose presente no sangue é aproveitado, resultando em hiperglicemia (SMELTZER; BARE, 2005). A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave (BRASIL, 2006).

A idade de início do diabetes tipo 2 é variável, embora seja mais frequente após os 40 anos de idade, com pico de incidência ao redor dos 60 anos. Estudos que aliam a obesidade à idade superior a 40 anos indicam este ponto de corte da idade como discriminatório entre os dois tipos de diabetes (GROSS, et al., 2002).

Esse tipo de diabetes está associado a uma intolerância à glicose progressiva e lenta (durante anos); o início do diabetes do tipo 2 pode passar despercebido por muito tempo. Os sintomas, quando experimentados, são, frequentemente, leves e representados pelas manifestações clínicas comuns de todos os tipos de diabetes (SMELTZER; BARE, 2005). A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura (BRASIL, 2006). Uma consequência do diabetes não detectado é a possibilidade de que as suas complicações a longo prazo (por exemplo, doença ocular, neuropatia periférica, doença vascular periférica) tenham se desenvolvido antes do diagnóstico real do diabetes (SMELTZER; BARE, 2005).

3.1.2 Diabetes Mellitus Gestacional

O diabetes mellitus gestacional (DMG) tem como definição a intolerância à glicose, bem como aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticado pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (GROSS, et al., 2002). A hiperglicemia durante a gravidez é explicada pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores pré-determinantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário; contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008).

Os fatores de risco associados ao diabetes gestacional incluem idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez, gordura abdominal excessiva, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional (REICHELDT; OPPERMANN; SCHMIDT, 2002).

A incidência de DMG é de 3% a 7%, variando de acordo com a população estudada e com os critérios diagnósticos utilizados. Nos Estados Unidos, são diagnosticados 135.000 novos casos por ano, tendo uma prevalência de 1,4% a

2,8% nas populações de baixo risco; e de 3,3% a 6,1%, nas populações de alto risco. No Brasil, estima-se uma prevalência de 2,4% a 7,2% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008).

3.2 Alterações no desenvolvimento do feto e na saúde do recém-nascido de mães diabéticas

O diabetes mellitus gestacional não controlado está associado ao risco aumentado de várias complicações como morte fetal súbita, malformações congênitas, macrossomia, hiperviscosidade, hipoglicemia, doença da membrana hialina, hipocalcemia e hipomagnesemia, hiperbilirrubinemia, infecções e prematuridade (BRAGA, 2002).

3.2.1 Óbito fetal

De acordo com Braga (2002), os óbitos fetais ocorrem com frequência aumentada entre as gestantes diabéticas sem controle metabólico adequado quando comparadas com aquelas com bom controle. A etiopatogenia mais aceita seria a hiperglicemia materna, com hiperinsulinemia fetal e consequentes hipóxia e anóxia fetal. Os natimortos têm sido observados com maior frequência a partir da 36ª semana em pacientes com complicações vasculares, manejo glicêmico precário, polidrâmnio, macrossômicos ou pré-eclâmpsia.

3.2.2 Malformações congênitas

Nas gestantes sem controle metabólico adequado, as malformações podem ocorrer em até 40% dos recém-nascidos. Os tipos mais frequentes de malformações

encontradas em filhos de diabéticas envolvem os sistemas nervoso central, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário e esquelético (BRAGA, 2002).

3.2.3 Macrossomia

A macrossomia, conforme Braga (2002), é reconhecida quando o peso de nascimento é maior do que o percentil 90 para aquela idade gestacional, ou quando o peso ao nascimento é maior ou superior a 4000g. Tem como características organomegalia e aumento da adiposidade e da massa muscular. O tamanho desproporcional do abdome e ombros, comparado com o do crânio, contribui para um parto vaginal traumático, associado ainda com risco de distócia de ombro do recém-nascido, maior morbidade perinatal e prematuridade.

3.2.4 Hiperviscosidade, policitemia e trombocitopenia

Dois mecanismos parecem explicar a policitemia: a hiperglicemia materna é causa de hiperinsulinemia fetal que, por sua vez, estimula diretamente a eritropoiese, resultando na hiperviscosidade; por outro lado, o aumento do metabolismo basal, decorrente do estado hiperinsulinêmico, causa hipóxia tissular que estimula a eritropoietina e a atividade eritropoiética medular (BRAGA, 2002).

A associação entre policitemia fetal, hiperviscosidade e trombocitopenia pode explicar o aumento de incidência de trombose intravascular nos filhos de mães diabéticas, contribuindo para as mortes intra-uterinas de etiologia não esclarecida (BRAGA, 2002).

3.2.5 Hipoglicemia neonatal

Esse é o distúrbio metabólico mais comum e mais bem estabelecido em filhos de mãe diabéticas. Tem sido atribuído à hiperinsulinemia fetal e, conseqüentemente,

à rápida utilização da glicose por parte do concepto. Esse aumento da insulina plasmática, por sua vez, decorre de hiperglicemia materna e, por consequência, fetal durante a gestação e no pré-parto imediato. Pode, portanto, ser exacerbada tanto pela falta de monitorização adequada quanto pela administração inapropriada de fluidos glicosados no momento do parto (BRAGA, 2002).

3.2.6 Doença da membrana hialina

A biossíntese de surfactante é diretamente afetada pela hiperglicemia e hiperinsulinemia, ambos os fatores acarretando atraso da maturação pulmonar (BRAGA, 2002).

3.2.7 Hipocalcemia e hipomagnesemia

A hipocalcemia e a hipomagnesemia têm sido associadas, segundo Braga (2002), à incapacidade em aumentar a síntese do paratormônio após o nascimento. Ocorre, normalmente, durante as primeiras 72 horas de vida. Outros fatores implicados seriam decorrentes da hipoxemia que, teoricamente, leva a níveis elevados de calcitonina e diminuição de cálcio e magnésio.

3.2.8 Hiperbilirrubinemia

A icterícia clinicamente significativa ocorre em até 53% das gestações complicadas por diabetes mellitus pré-gestacional e 38% por DMG. Para Braga (2002), a imaturidade do fígado fetal na degradação enzimática das células vermelhas ou o excesso de hemácias a partir da policitemia podem ser o mecanismo causador desse tipo de complicação. Filhos macrossômicos de mães diabéticas têm

risco aumentado de desenvolverem hiperbilirrubinemia devido a uma maior degradação da hemoglobina.

3.3 Educação em saúde

Nesta seção, optou-se por discutir conceitos de educação em saúde e suas possíveis repercussões na promoção da saúde, visto que o tema está intimamente ligado às ações de enfermagem no cuidado a gestantes diabéticas. Dialogar com diferentes visões, portanto, faz com que tenhamos um maior entendimento dessa proposta: educação em saúde.

A promoção da saúde atua em um processo que tem o objetivo de aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades, agindo na melhoria de sua saúde e qualidade de vida; portanto, há estreita relação com a educação em saúde que se estabelece a partir da participação da população, de suas necessidades, de seu estilo de vida, crenças e valores, desejos, opções, vivências, da subjetividade e intersubjetividade, no contexto cultural - sócio - político em que vive. Para isso, faz-se necessário o envolvimento, o compromisso e a solidariedade entre os profissionais de saúde e as gestantes, enquanto uma construção cotidiana de decisões em conjunto, estabelecidas com todos que participam do processo educativo, que mantêm o compromisso de trocar experiências, vivências, conhecimentos, que são diferentes porque as histórias de cada um foram construídas diferentemente (SANTOS; PENNA, 2009).

Para Cunha et al. (2009), o tema da educação em saúde está inserido no contexto da promoção da saúde, quando se trabalha com a estratégia de ação do desenvolvimento das habilidades pessoais, entendida por Paulo Freire como a ação que pode e deve ser muito mais do que um processo de treinamento ou domesticação; um processo que nasce através da observação e da reflexão e culmina na ação transformadora.

A educação está fundamentada na reflexão a partir da realidade do educando, o qual após retornar a essa realidade tem a possibilidade de transformá-la. Para o educador, o ser humano estabelece relações com a natureza e a cultura. Parafraseando o pensamento freireano, o enfermeiro pode ser considerado,

juntamente com o indivíduo, a família e a comunidade, também um educando (CUNHA et al., 2009) .

Branco (2005) afirma que a concepção de educação em saúde deverá pressupor uma educação para a vida, caracterizada por uma prática que, quando adequada, permite a interação dos saberes, reflexões e expectativas, autonomizando indivíduos, grupos e sociedade nas escolhas que diariamente é necessário fazer, dando-lhes um caráter reflexivo, partilhado e não diretivo ou imposto.

A educação em saúde terá, então, que ser encarada como uma atividade globalizante, desenvolvimentista e construtivista que permita a apropriação por parte das pessoas de novas formas de estar e pensar em saúde, possibilitando-lhes a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informação, habilidades cognitivas e suporte social (BRANCO, 2005).

Conforme Santos e Penna (2009), a educação em saúde participativa não se estabelece de forma linear nem imediata. É uma construção cotidiana e coletiva, possivelmente inacabada. Não há receitas nem fórmulas para as mudanças de comportamento. É necessário reconhecer que há um caminho extenso a ser percorrido, que as possíveis mudanças não são aquelas que talvez o profissional de saúde pretenda e que nem sempre são visíveis.

A educação em saúde, ainda de acordo com Santos e Penna (2009), representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e à emancipação dos sujeitos ao possibilitar a produção de um saber que contribui para que as pessoas possam cuidar melhor de si e de seus familiares. O trabalho educativo não é uma tarefa simples, sobretudo na área da saúde, uma vez que não se limita à transmissão de informações aos usuários em relação ao cuidado de si e de sua família. Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde.

O processo de educar em saúde, parte fundamental do trabalho de cuidar da Enfermagem, pode ser compreendido como um diálogo estabelecido entre as pessoas com o intuito de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida. A educação em saúde é uma das principais funções dos profissionais da enfermagem e uma área de

atuação em que nossos colegas de todos os níveis usam e abusam da criatividade, inovação e capacidade de improvisação (TREZZA; SANTOS; SANTOS, 2007).

Cunha et al. (2009) reforçam a idéia de que ao conceber o cuidado como atividade de educação em saúde, a Enfermagem deixa de se sentir a "dona" do cuidado, adotando uma postura horizontalizada. Exercendo esse cuidado holístico, contribui para a construção de uma prática crítica, libertadora e contextualizada, valorizando a culturalidade do indivíduo, família e comunidade.

Branco (2005) enfatiza que o fato de o enfermeiro ser o elemento da equipe de saúde que mais tempo contata com o paciente, torna o seu papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção das doenças. A sua função de acompanhamento próximo e frequente junto das pessoas (doentes ou não) deve privilegiar a educação em saúde, a aquisição de hábitos saudáveis, a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento.

Diante desta reflexão vale chamar a atenção dos enfermeiros para que, ao realizarem as atividades de orientação/informação às gestantes diabéticas, tenham a compreensão de que estão contribuindo profundamente para a educação em saúde, valendo avançar para o alcance da educação como meta maior. A adoção de práticas benéficas à saúde, bem como a mudança para comportamentos favoráveis à saúde é o resultado esperado de um bom programa de educação em saúde (MOURA; RODRIGUES, 2003).

4 METODOLOGIA

A seguir descreve-se a metodologia que foi utilizada para a realização deste estudo.

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritivo, através de uma pesquisa bibliográfica, baseada em Gil (2007). Para este autor, a pesquisa bibliográfica é produzida a partir de materiais já elaborados em livros, revistas, publicações avulsas e impressão escrita. Esse tipo de pesquisa tem o objetivo de interar o pesquisador com aquilo que já foi escrito sobre o assunto, fazendo com que sejam aprimorados seus conhecimentos e exploradas novas idéias.

4.2 Fontes dos dados

Para a construção da pesquisa foram utilizadas as seguintes fontes de análise: periódicos nacionais dos últimos cinco anos, visto que foi o espaço de tempo que melhor pôde representar as publicações em torno dos temas. As bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) foram as consultadas durante o desenvolvimento desta pesquisa bibliográfica.

Os artigos provenientes das bases de dados acima citadas foram selecionados através dos seguintes descritores, de forma isolada e/ou em conjunto: diabetes e gestação. Para a definição dos descritores utilizados na pesquisa foi realizada consulta ao Índice de Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca

Virtual em Saúde. Para a seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- a) artigos que apresentassem pelo menos um dos descritores no seu resumo;
- b) textos completos em idioma português e de livre acesso;

Para organizar a análise dos textos foram confeccionadas fichas de leitura (APÊNDICE A) contendo os dados de identificação, o registro do conteúdo e dos comentários de cada obra.

4.3 Coleta e análise dos dados

A análise dos dados foi contemplada por intermédio das leituras exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, propostas por Gil (2007). Para isso, foram, primeiramente, investigadas em que medida as obras consultadas interessavam à pesquisa. Em seguida, a leitura seletiva determinou, de forma crítica, que material interessava realmente à pesquisa. A leitura analítica foi realizada a fim de identificar as idéias-chave dos textos já selecionados, organizando os mesmos. Por fim, a leitura interpretativa, trouxe o significado mais amplo dos dados e relacionou o conteúdo dos textos analisados com a questão de pesquisa. Para tanto, foram confeccionadas fichas de leitura (APÊNDICE A) que contemplaram dados de identificação da obra e um resumo de suas idéias com a finalidade de registrar o conteúdo encontrado e ordená-las, tendo em vista o atendimento dos objetivos iniciais do estudo. Essas fichas auxiliaram na redação final do texto que consistiu na expressão literária do raciocínio desenvolvido no trabalho.

Os artigos provenientes das bases de dados consultadas que contemplaram os descritores estão apresentados a seguir:

Quadro – Artigos utilizados para a construção do estudo.

BASES DE DADOS	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS EXCLUÍDOS	ARTIGOS APROVEITADOS
LILACS	5	2	3 ²
SciELO	15	9	6 ²
MEDLINE	3	3	0 ¹
TOTAL	23	14	9 ARTIGOS

Fonte: pesquisa direta pela autora.

¹ Os artigos excluídos eram repetidos.

² Os artigos excluídos eram repetidos e/ou abordavam temáticas não relacionadas à diabetes e gestação.

4.4 Aspectos éticos

Visando manter os aspectos éticos, os dados utilizados na realização desta pesquisa foram respeitados na medida em que os autores das obras utilizadas foram devidamente referenciados ao longo do trabalho, conforme recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

5 DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A leitura e a análise dos artigos permitiram identificar e categorizar as principais questões levantadas nos textos em dois temas: Tratamento do Diabetes Mellitus na Gestação e Repercussões do Diabetes Mellitus na Gestação.

5.1 Tratamento do diabetes mellitus na gestação

O tratamento do diabetes mellitus durante a gestação visa a um bom controle glicêmico com o intuito de se evitar possíveis complicações materno-fetais e consequências perinatais.

A literatura apresenta vários critérios para a qualidade do controle da glicemia materna no diabetes. A normoglicemia é definida por limites que variam de 90 mg/dL a 105 mg/dL na glicemia de jejum, e de 130 mg/dL a 155 mg/dL nas glicemias pós-prandiais (BASSO et al., 2007). Quando não se consegue obter um controle rigoroso da glicemia com dieta, associada ou não a exercícios físicos, está indicada a insulinoterapia (SILVA et al., 2007).

Conforme Basso et al. (2007), a insulinoterapia está indicada nas gestantes portadoras de diabetes de diabetes tipo 1 e, via de regra, substitui o anti-hiperglicemiante oral nas diabéticas do tipo 2, sempre com associação de dieta e exercício físico. Para o diabetes gestacional preconiza-se o uso de insulina humana, sempre que houver falha do controle glicêmico materno com associação de dieta e atividade física.

Basso et al. (2007) constataram que a obtenção do controle glicêmico ideal, tanto no diabetes gestacional como no diabetes clínico, é difícil e depende não só da insulinoterapia, mas de sua associação com dieta, exercício físico e, principalmente, adesão da gestante. Para tanto, a educação em saúde, um dos principais objetivos do enfermeiro, surge como estratégia essencial dentro do tratamento e manejo do diabetes durante a gestação. É o enfermeiro que deve fornecer, por exemplo, as principais orientações quanto à aplicação de insulina, à forma correta do uso de

seringas, ao controle metabólico através da glicemia capilar e à identificação e tratamento imediato de hipoglicemias e hiperglicemias.

É necessário que haja entendimento, não somente dos profissionais envolvidos na promoção da saúde dessa mulher, mas também por parte dela, enquanto gestante, dos seus principais riscos, caso não se proponha a tomar os devidos cuidados com sua saúde. Essa maior visibilidade das suas condições proporcionada à gestante diabética pela equipe de saúde configura-se como vínculo, fator extremamente importante no engajamento/comprometimento da usuária com os profissionais. Dentro desse contexto, Basso et al. (2007) reforçam que alguns ajustes no plano de cuidados associando, então, dieta, exercício físico e insulina poderão também evitar conseqüentes repercussões perinatais.

Silva et al. (2007), afirmam da mesma forma que a alimentação controlada e a atividade física fazem parte do tratamento para o diabetes durante a gestação; por outro lado, apontam que apesar de a insulina ser uma terapia efetiva para controlar a glicemia materna, é cara e ainda necessita de habilidade para manuseio. Assim, o uso de terapêutica oral é uma opção mais barata, simples e de fácil aceitação, tornando-se um grande atrativo para a saúde pública. Quando não se consegue obter um controle rigoroso da glicemia com dieta, associada ou não a exercícios físicos, está indicada a insulino-terapia (SILVA et al., 2007).

Silva et al. (2007) demonstraram a eficácia da Glibenclamida sobre o controle glicêmico, avaliada pelas glicemias em jejum e pós-prandial; mais da metade das gestantes alcançaram o controle glicêmico somente com o uso desse hipoglicemiante oral.

Silva et al. (2008) indicam que gestantes com idade elevada e maior número de gestações anteriores são as que mais necessitam de insulina para controle glicêmico e, da mesma forma que outros autores, enfatizam a idéia de que quanto mais rápido é estabelecido o controle glicêmico, melhores são os resultados perinatais. Para isso, a mulher e sua família devem participar do tratamento em todas as etapas, pois compromete e estimula a gestante para um adequado acompanhamento do DM.

O enfermeiro é um profissional dentro da equipe de saúde preparado para trabalhar com as questões de educação para saúde; para as grávidas diabéticas, a educação em saúde constitui-se em uma forma de tratamento para minimizar as complicações desta doença na vida da mulher e de seu filho, pois desenvolve

compreensão de sua situação e conseqüentemente maior adesão às orientações da equipe de saúde, a fim de que ela possa cuidar melhor de si mesma.

Landim, Milomens e Diógenes (2008) destacam o autocuidado, entendido como a apreensão das verdadeiras necessidades de saúde individuais, que pode sustentar e garantir a finalidade da vida. Estes autores constataram como déficits de autocuidado das gestantes diabéticas mais frequentes os relacionados à dieta, à atividade física, ao sono, ao repouso e à interação social.

A gestante precisa de apoio-educação pelos profissionais de saúde; a própria família pode propiciar os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar da gestante, desde que esteja sensibilizada a dar o suporte emocional necessário nesse momento tão importante da vida de uma mulher. A prática profissional do enfermeiro no cenário da educação em saúde poderá minimizar os déficits de autocuidado, refletindo em uma melhor qualidade de vida dessas mulheres (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

Diante dos possíveis agravos à saúde da gestante diabética, vale ressaltar que o enfermeiro deve estar sempre atualizado nos seus conhecimentos para que possa planejar e executar cuidados individualizados com qualidade a estas usuárias. Landim, Milomens e Diógenes (2008) também destacam a importância de programas de atividades grupais dentro do serviço, facilitando o comprometimento dos indivíduos com sua saúde. Por meio desse tipo de atividade, o enfermeiro consegue perceber diferentes dificuldades das gestantes diabéticas, adaptando melhor às ações de autocuidado. Frente a essa discussão, compreende-se que o enfermeiro deva coordenar as dinâmicas de grupos, utilizando esse momento para assumir o seu papel de educador.

O trabalho em equipe multiprofissional é de extrema importância para que seja realizada uma avaliação das condições de vida da usuária que passa por esse momento ímpar em sua vida. O conhecimento acerca da gestante favorece um bom planejamento e guia as orientações nas ações de autocuidado e de prevenção, promovendo a vida e a saúde dessa mulher. É, principalmente, a percepção do enfermeiro, através da educação em saúde, que irá delinear as principais necessidades para a promoção de um cuidado de enfermagem eficaz. Reconhecer na gestante diabética e família as suas condições de vida, bem como os seus principais sentimentos, preocupações e valores é atividade fundamental do profissional enfermeiro.

Nesse tema, três dos artigos selecionados discutem sobre a opção da terapêutica medicamentosa adequada no diabetes mellitus durante a gestação; um artigo aborda a questão do autocuidado no diabetes mellitus durante a gestação. Observou-se que tanto a Glibenclamida como a Insulina são medicamentos que podem ser prescritos atualmente; contudo, é necessário que haja observação por parte dos profissionais de saúde da melhor e mais eficaz escolha, de acordo com as especificidades de cada gestante. O artigo que analisou a questão do autocuidado no diabetes mellitus, identificou os diferentes tipos de déficits apresentados pelas gestantes; a partir do que se conclui que a normoglicemia durante o tratamento do diabetes nunca pode ser atribuída ao cumprimento de um único cuidado, e sim a uma associação de autocuidados orientados, contínuos e eficazes.

5.2 Repercussões do diabetes mellitus na gestação

Golbert e Campos (2008) afirmam que a gravidez na mulher diabética está associada com o risco aumentado de alterações tanto para o feto quanto para a mãe. Existe aumento da prevalência de anomalias congênitas e abortamentos espontâneos nas mulheres diabéticas, que engravidam com mau controle glicêmico, durante o período de organogênese fetal, que praticamente se completa com sete semanas de gestação. Se a hiperglicemia materna acontecer após o segundo trimestre, durante os estágios de crescimento e desenvolvimento da gravidez, o feto pode apresentar os problemas clássicos do filho de mãe diabética: macrossomia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, policitemia e síndrome de desconforto respiratório ou doença da membrana hialina.

Frente a essas possíveis repercussões, é necessário esclarecer que o diabetes mellitus pode ser controlado e suas complicações podem ser evitadas, desde que as usuárias estejam envolvidas e comprometidas com atitudes de autocuidado.

Da mesma forma, Nomura et al. (2007) ressaltam que a gravidez em pacientes com diabetes mellitus está associada a maior risco de malformações fetais, complicações obstétricas e morbidade neonatal. Maiores taxas de prematuridade, parto cesáreo, macrossomia e malformações fetais são relatadas em

gestantes complicadas por essa doença. Salientam ainda a importância do controle glicêmico adequado para prevenção dessas alterações.

Geralmente, malformações fetais estão associadas ao diabetes prévio à gestação; uma atenção à saúde primária adequada, com pré-natal estruturado e de qualidade deveriam diminuir estes casos, pois, dessa forma, as mulheres teriam aconselhamento e planejamento das ações de acordo com suas glicemias. Os profissionais que atendem ao pré-natal normalmente são o médico e o enfermeiro, para tanto, esses profissionais precisam estar capacitados e ter conhecimento para elencar fatores de risco que possam prejudicar a mulher e o bebê.

Silva et al. (2009) atentam para o fato de que a macrossomia fetal leva a um aumento do risco de lacerações perineais e complicações no parto (parto distócico), sendo necessária, muitas vezes, a realização de cesariana. Para os RN de mães diabéticas, os riscos de complicações imediatas são altos, incluindo hemorragia intracraniana, distócia de ombro, hipoglicemia neonatal, icterícia e desconforto respiratório.

Madi et al. (2006) salientam que o controle deficiente da glicemia materna ao final do período gestacional está associado a fetos grandes, distócias e asfixia fetais graves no período expulsivo, em virtude das reservas fetais insuficientes. Os autores também afirmam que a macrossomia geralmente está associada a aumento do risco de toco-traumatismo fetal, ocasionando estadia hospitalar prolongada, necessidade de transfusão sanguínea, distócia de ombro, asfixia fetal e fraturas de clavícula e úmero fetal.

Silva et al. (2009) concluíram que os fatores mais frequentemente relacionados a RN grandes para a idade gestacional (GIG) foram o início tardio do tratamento pelas gestantes, um menor número de consultas no serviço especializado de pré-natal e os valores maiores nas glicemias de duas horas no teste oral de tolerância à glicose das mulheres.

Nas conclusões do estudo anteriormente citado, pode-se inferir que as gestantes não receberam orientações adequadas que estimulassem efetivamente o autocuidado, evitando as consequências maternas e o crescimento do feto. O início tardio do acompanhamento está associado a um pré-natal ineficaz ou a uma falha de articulação da rede de saúde que não consegue encaminhar a gestante com diagnóstico de diabetes o mais precocemente a um serviço especializado para um tratamento satisfatório.

Conforme Maganha, Nomura e Zugaib (2009), a principal hipótese da associação entre a elevação do volume de líquido amniótico e gestações complicadas por DM considera a hiperglicemia materna como ponto de partida desse processo. A glicose em excesso no sangue materno atravessaria a placenta levando à hiperglicemia fetal; esta, por sua vez, desencadearia a diurese osmótica fetal, resultando em excesso de líquido amniótico.

Maganha, Nomura e Zugaib (2009) acreditam que a avaliação do volume de líquido amniótico, com a crescente utilização da ultrassonografia obstétrica, possa tornar-se prática para auxiliar no controle metabólico da gestante. Nesse estudo, observou-se que as gestantes diabéticas seguidas em ambulatório especializado, com tratamento padronizado e com controle glicêmico rigoroso não apresentaram relação entre o índice de líquido amniótico e o perfil glicêmico.

Nomura et al. (2007) afirmam que o aumento do volume de líquido amniótico é alteração que se correlaciona às gestações complicadas pelo diabetes mellitus, como foi constatado em seu estudo, assim como a correlação entre peso dos RN superior nas gestações de mulheres diabéticas.

De acordo com Nomura et al. (2007), o início dos movimentos respiratórios fetais (MRF), durante o período de vida intra-uterino, indica a funcionalidade da inervação dos motoneurônios dos centros respiratórios e dos músculos por estes innervados. O desenvolvimento dos motoneurônios respiratórios ocorre durante o estágio fetal e completa-se no período pós-natal. A maturação do sistema nervoso central pode ser protelada ou comprometida por estados hiperglicêmicos, levando a alteração nas atividades biofísicas fetais, tais como frequência cardíaca, movimentos respiratórios e movimentos corpóreos, ou mascarando possíveis sinais de hipoxemia.

Nomura et al. (2007) constatam que os fetos de mães diabéticas apresentam movimentos respiratórios em proporção superior à observada nas gestantes normais, o que pode estar vinculado aos maiores valores glicêmicos maternos ou a alterações metabólicas decorrentes da hiperglicemia fetal.

Uma das estratégias para orientação e cuidado com a gestante diabética é que a mulher possa reconhecer e avaliar o bem estar fetal de acordo com os movimentos do bebê. A gestante que recebe essa orientação na estratégia de cuidado perceberá anormalidades com antecedência e procurará um serviço nos momentos em que perceber essas alterações. Quanto mais atendimentos e

consultas de enfermagem essa usuária tiver, mais bem instruída estará para o autocuidado.

Silva et al. (2009) ressaltam a questão do controle intensivo, enfatizando que é de especial importância para a redução das complicações perinatais. Identificar pacientes com maior dificuldade de controle glicêmico pode criar uma oportunidade de iniciar uma orientação mais precoce, intensificando a assistência pré-natal e levando a uma possível melhora no prognóstico pós-natal desses RN.

Nesse tema, todos os artigos selecionados discutem sobre o maior risco de complicações tanto para a mãe como para o bebê associado ao controle ineficaz da glicemia materna. Um artigo evidenciou a relação de RN grandes para a idade gestacional à procura tardia das gestantes diabéticas pelo tratamento, fato que comprova mais uma vez a necessidade de um pré-natal de qualidade, sustentado pelo vínculo entre profissional e usuária e embasado no autocuidado. Na assistência pré-natal, a gestante deve ser bem orientada quanto aos cuidados que precisa ter, a fim de diminuir as repercussões do diabetes mellitus durante essa etapa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após avaliação e análise dos artigos selecionados, observou-se que nos últimos cinco anos as pesquisas relacionadas com a gestante e diabetes estão embasadas em tratamentos clínicos, relacionados ao controle glicêmico e à medicação utilizada para evitar consequências danosas à mãe e ao bebê. Ao mesmo tempo, todos os artigos remetem ao pensamento de que o autocuidado e a adesão ao tratamento são fatores fundamentais para diminuição de complicações com a dupla. Portanto, o tratamento clássico que nos remete apenas à tríade dieta, medicação e exercício físico não é suficiente para a eficácia do acompanhamento, se não houver como princípio a educação em saúde.

O trabalho realizado por uma equipe multiprofissional é essencial no tratamento das gestantes com diabetes, visto que cada profissional desta equipe tem uma contribuição que se complementa com a de outro profissional.

A inserção do enfermeiro, dentro da equipe de saúde, é extremamente importante para trabalhar as questões de educação em saúde e estimular o autocuidado da gestante diabética. Para tanto, esse profissional precisa ter conhecimento científico e atualizar-se constantemente.

É indispensável para o enfermeiro entender que a gravidez é um período diferente e representa para a mulher a síntese de diversos sentimentos ambivalentes, como medo, insegurança, alegria e afirmação da feminilidade. Por todas essas alterações que a gestante vivencia, percebe-se a necessidade que ela tem de ser ouvida e considerada, tanto no aspecto social e econômico, quanto no aspecto pessoal.

Nesse sentido, o enfermeiro, no desempenho de suas atividades durante o pré-natal, ao compreender e respeitar o modo de vida, os hábitos e a cultura da gestante, contribuirá para amenizar as ansiedades e as expectativas, que podem ser geradas ao longo dessa fase. Ao mesmo tempo, estabelecerá uma relação de cuidado com fortalecimento do vínculo entre profissional e usuária, agindo diretamente no tratamento, realizando adaptações necessárias durante a gestação e evitando repercussões materno-fetais.

As ações de enfermagem no cuidado a gestantes diabéticas têm como ênfase, portanto, uma assistência voltada para a conscientização, prevenção e

promoção da saúde, através do autocuidado; possibilitando a produção de um conhecimento que contribui para que as mães com diabetes possam cuidar melhor de si e diminuindo as complicações causadas pela evolução natural da doença.

REFERÊNCIAS

- BASSO, N. A. de S. et al . Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal: diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, mai. 2007.
- BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, jun. 2005 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados Estatísticos do Diabetes**: 2007. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1
Acesso em: 28/04/2010.
- BRASIL. Ministério da Ciência e da Tecnologia. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Disponível em: <http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/5198.html>
Acesso em: 05/05/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Cadernos de atenção básica**. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial do Diabetes**: 2010. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23617&janela=12
Acesso em: 28/04/2010.
- BRAGA, W. R. C. dos. **Diabetes mellitus**. v. 3. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- CUNHA, R. R. et al . Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009 .
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOLBERT, A.; CAMPOS, M. A. A.. Diabetes melito tipo 1 e gestação. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 2, mar. 2008.
- GROSS, J. L. et al. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2002.
- LANDIM C. A. P., MILOMENS K. M. P., DIÓGENES M. A. R. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 374-81, set. 2008.

MADI, J. M. et al. Fatores maternos e perinatais relacionados à macrosomia fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2006.

MAGANHA, C. A.; NOMURA, R. M. Y.; ZUGAIB, M. Associação entre perfil glicêmico materno e o índice de líquido amniótico em gestações complicadas pelo diabetes mellitus pré-gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 169-74, mar. 2009.

MAGANHA, C. A. et al. Tratamento do diabetes melito gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, set. 2003.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 13, ago. 2003 .

NOMURA, R. M. Y. et al . Movimentos respiratórios fetais em gestações com diabetes mellitus pré-gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 354-9, jul. 2007.

REICHELT, A. J.; OPPERMAN, M. L. R.; SCHMIDT, M. I. Recomendações da 2ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2002.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. de M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, dez. 2009 .

SILVA, J. C. et al. Fatores relacionados à presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, jan. 2009.

SILVA, J. C. et al. Glibenclamida no tratamento do diabete melito gestacional em estudo comparado à insulina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 4, jun. 2007.

SILVA, J. C. et al. Fatores relacionados à insulinoterapia no diabete melito gestacional. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 37, n.1, p. 49-53, mar. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. v.3. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes mellitus gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.54, n.6, nov. 2008.

TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M. dos; SANTOS, J. M. dos. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída na cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, jun. 2007 .

ZIELINSKY, P. et al . Fluxo no ducto venoso e hipertrofia miocárdica em fetos de mães diabéticas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 1, jul. 2004.

APÊNDICE A – Modelo de Ficha de Leitura

TÍTULO DA OBRA: ANO:	AUTOR (ES):
RESUMO DO CONTEÚDO: - Objetivo: - Metodologia: - Conclusões/ resultados: - Principal enfoque:	
COMENTÁRIOS:	