



Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional

Review of profile and prenatal care for women with gestational diabetes mellitus

Revisión de perfil y el cuidado prenatal para las mujeres con diabetes mellitus gestacional

Francisca Adrielle Vieira Neta¹, Vicente Lima Crisóstomo², Régia Christina Moura Barbosa Castro², Sarah Maria Fraxe Pessoa¹, Maria Marly Santos Aragão¹, Cinthia Gondim Pereira Calou³

Objetivou identificar o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico, bem como os cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Estudo transversal realizado com 50 mulheres, em uma maternidade pública de Fortaleza, CE, Brasil, de novembro de 2012 a setembro de 2013. Constatou-se uma idade média de 31,34 anos, início do pré-natal no primeiro trimestre (76,0%), parto abdominal em 63,6% e tratamento não medicamentoso em 78,0%. As patologias associadas foram hipertensão (18,0%), amniorrexe prematura (16,0%) e descolamento prematuro da placenta (16,0%). Em 18,0% a glicemia não foi avaliada na admissão hospitalar, assim como a verificação da pressão arterial (2,0%), 8,0% não tiveram a avaliação da ausculta dos batimentos cardíacos do feto e 4,0% a altura uterina. Esses achados apontam para necessidade de intervenções que assegurem a gestante com diabetes mellitus uma assistência adequada, prevenindo complicações ao binômio mãe e filho.

Descritores: Diabetes Gestacional; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem Obstétrica.

The study aimed to identify the sociodemographic, clinical and obstetric profile, as well as prenatal care of women with gestational diabetes mellitus. This is a cross-sectional study with 50 women in a public maternity in Fortaleza in the period from November 2012 to September 2013. It was observed an average age of 31.34 years, early prenatal care in the first trimester (76.0%) abdominal birth in (63.6%) and non-drug treatment (78.0%). The associated pathologies were hypertension (18.0%), premature rupture of membranes (16.0%) and placental abruption (16%). In 18.0% the glycemia was not evaluated by the professional as well as checking blood pressure in 2.0%; (8.0%) had no assessment of auscultation of the fetus heartbeat and the uterine height was not evidenced (4.0%). These findings emphasize the need for interventions to ensure pregnant women with diabetes mellitus an adequate assistance, preventing complications to the mother and child.

Descriptors: Diabetes, Gestational; Pregnancy, High-Risk; Obstetric Nursing.

El objetivo fue identificar el perfil sociodemográfico, clínico y obstétrico, así como la atención prenatal de mujeres con diabetes mellitus gestacional. Estudio transversal, con 50 mujeres, en una maternidad pública de Fortaleza, CE, Brasil, de noviembre 2012 a septiembre 2013. Se constató edad promedio de 31,34 años, atención prenatal temprana en el primer trimestre (76,0%), parto abdominal (63,6%) y tratamiento no farmacológico (78,0%). Las patologías asociadas fueron hipertensión arterial (18,0%), ruptura prematura de membranas (16,0%) y desprendimiento precoz de la placenta (16,0%). En 18,0%, la glucosa no fue evaluada en la admisión hospitalaria, así como la comprobación de la presión arterial 2,0%; 8,0% no tenían la evaluación de la auscultación de los batimientos del corazón del feto y 4,0% de la altura uterina. Estos resultados señalan la necesidad de intervenciones que garanticen a la embarazada con diabetes mellitus asistencia adecuada, previniendo complicaciones al binomio madre e hijo.

Descriptores: Diabetes Gestacional; Embarazo de Alto Riesgo; Enfermería Obstétrica.

¹Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade Regional do Cariri. Crato, CE, Brasil.

Autor correspondente: Régia Christina Moura Barbosa Castro
Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: regiabarbosa@hotmail.com

Introdução

O termo diabetes mellitus gestacional tem sido utilizado para definir qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. O aparecimento dessa patologia pode ser explicado pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (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⁽¹⁻²⁾.

Aproximadamente 7% das gestações estão associadas a complicações maternas e fetais, resultando em mais de 200.000 casos por ano de diabetes mellitus gestacional registrados no Sistema Único de Saúde, representando uma das principais causas de morbimortalidade materna no país⁽³⁾.

Desta forma, o reconhecimento prévio dos fatores de riscos para diabetes mellitus gestacional durante o pré-natal torna-se relevante para prevenção de complicações. Assim, pacientes com idade maior que 25 anos; portadoras de sobrepeso ou obesidade; com antecedentes familiares de primeiro grau diabéticos e/ou hipertensos; usuárias de drogas hiperglicemiantes; portadoras da síndrome dos ovários policísticos e/ou síndrome metabólica; com história de perda gestacional de repetição; polidrâmnio; macrossomia e óbito fetal merecem cuidado especial e uma atenção diferenciada no pré-natal⁽⁴⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde, recomenda o rastreamento da doença na primeira consulta em todas as gestantes, utilizando a glicemia de jejum e os fatores de riscos como parâmetros. O rastreamento será positivo quando a glicemia de jejum for $\geq 85\text{mg/dl}$ e/ou na presença de fator de risco. Nessas condições impõem a necessidade da realização do teste diagnóstico com 75g de glicose, a partir das 24 semanas, por oca-

sião da fase catabólica da gestação⁽⁵⁾. Toda gestante e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos da doença e benefícios do rastreamento para diabetes.

Os novos parâmetros do teste de tolerância à glicose com 75g para o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional são 92mg/dl para glicose em jejum; 180 mg/dl na glicose de 1 hora e 153 mg/dl na glicose de duas horas após a sobrecarga oral⁽⁵⁻⁶⁾. Desta forma, o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional será confirmado por apenas um valor igual ou superior aos limites pré-definidos. Após o diagnóstico, estas gestantes devem ser incluídas no protocolo de tratamento para prevenção de desfechos maternos e perinatais adversos.

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal deve priorizar a educação em saúde e cuidados importantes, como dieta, atividade física, controle glicêmico e orientações quanto ao tratamento medicamentoso, de maneira a impedir um resultado desfavorável para gestante e o recém-nascido.

Diante do exposto, observa-se a importância do diagnóstico precoce dessa patologia em virtude das complicações, como a descompensação metabólica, passível de evoluir para cetoacidose, as infecções urinárias de repetição com o risco de pielonefrite aguda, o aparecimento concomitante da doença hipertensiva, risco para abortamento, parto prematuro, distócias e malformações congênitas⁽²⁾.

Com a finalidade de contribuir para assistência prestada a esse grupo de gestantes, propôs-se desenvolver o presente estudo, cujo objetivo é identificar o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico e os cuidados prestados no pré-natal de mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.

Método

Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade pública, integrada à rede do Sistema Único de Saúde, na cidade de Fortaleza-Ceará. A

referida maternidade é composta por 124 leitos de obstetrícia, sendo 40% destes destinados à gestação de alto risco.

Foram incluídas no estudo todas as pacientes (gestantes e puérperas) internadas para controle do diabetes mellitus gestacional no período de novembro de 2012 a setembro de 2013 na clínica obstétrica. Os critérios de inclusão no estudo foram a confirmação médica do diabetes mellitus durante a gravidez, ter idade maior ou igual a 18 anos e ter anexado ao prontuário o cartão do pré-natal. Totalizou uma casuística de 50 pacientes, com perda de cinco mulheres por não atenderem os critérios de inclusão.

A coleta de dados ocorreu entre o primeiro e o quinto dia de internação da paciente, mediante consulta no prontuário, cartão de pré-natal e por entrevista face a face.

Dos prontuários foram extraídos dados das seguintes variáveis: idade, situação conjugal, cor da pele, ocupação, período do ciclo gravídico-puerperal, tipo de parto da gestação atual, valor da glicemia de jejum do dia da entrevista, tipo de tratamento instituído e patologias associadas.

Quanto aos dados do cartão de pré-natal, foram captados o trimestre do início do pré-natal, profissional que realizou as consultas e alguns cuidados prestados (verificação da pressão arterial, avaliação da altura uterina e batimentos cardíacos fetais). Ressalta-se que os indicadores de cuidado foram avaliados a partir do segundo trimestre de gestação, considerando tempo suficiente para verificação da qualidade prestada durante as consultas.

A entrevista ocorreu em uma sala privativa na própria unidade de internação com o objetivo de complementar os dados colhidos nos prontuários e cartão de pré-natal. Procederam perguntas direcionadas a participação das mulheres em atividades de educação em saúde durante a gravidez, o tipo de ocupação, nível educacional, renda familiar mensal e idade gestacional que foi diagnosticado o diabetes mellitus gestacional.

Após a coleta, os dados foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Excel for

Windows (versão 2007) e calculado a frequência absoluta e percentual.

A pesquisa considerou os preceitos éticos de confidencialidade, sigilo e anonimato preconizados segundo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Seu início se deu após a aprovação da proposta do estudo pelo Comitê de Ética com o parecer 013/12. Para execução da coleta de dados, as participantes foram orientadas sobre o objetivo da pesquisa e da sua livre decisão em participar ou não, podendo ainda desistir a qualquer momento. Após a explicação detalhada do estudo, as participantes foram convidadas a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a realização da pesquisa.

Resultados

O diabetes mellitus gestacional ocorreu predominantemente em mulheres pardas, com idade entre 28 a 37 anos, (média de 31,34 anos; Desvio padrão \pm 6,3; Idade mínima de 18 e máxima de 46 anos). Entre elas (11; 22,0%) engravidaram com idade superior a 37 anos. A maioria tinha parceiro (43; 86,0%), eram empregadas (43; 86,0%), com ensino médio (33; 66,0%). Mais da metade das mulheres recebiam um valor igual ou inferior a um salário mínimo (26; 52,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
18-27	14 (28,0)
28-37	25 (50,0)
>37	11 (22,0)
Situação conjugal	
Com parceiro	43 (86,0)
Sem parceiro	7 (14,0)
Cor da pele (autorreferida)	
Branca	18 (36,0)
Parda	26 (52,0)
Negra	6 (12,0)
Situação ocupacional	
Desempregada	7 (14,0)
Empregada	43 (86,0)
Nível educacional	
Fundamental incompleto/completo	12 (24,0)
Médio incompleto /completo	33 (66,0)
Nível superior	5 (10,0)
Renda familiar mensal (salário mínimo)	
≤ 1	26 (52,0)
≥ 2	24 (48,0)

*O salário mínimo na época do estudo foi R\$ 622,00 em 2012 e R\$ 678,00 em 2013

Das mulheres com diabetes gestacional, 28 (56,0%) encontravam-se gestantes e as demais (22;44,0%) em período puerperal, cujo parto foi cirúrgico (14;63,6%). Do total de mulheres, parcela expressiva (76,0%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação.

O diagnóstico da doença foi estabelecido a partir da 20ª semana de gravidez (39;78,0%). Entre o primeiro e quarto dia de internação, dados do controle glicêmico apresentavam (37;74,0%) normoglicêmicas e 13 (26,0%) com níveis glicêmicos alterados. Entre as participantes, 39 (78,0%) controlaram a glicemia com dieta e/ou atividade física (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as variáveis clínico-obstétricas, nível glicêmico e tratamento para diabetes mellitus gestacional

Variáveis	n (%)
Período do ciclo gravídico-puerperal	
Gestantes	28 (56,0)
Puérperas	22 (44,0)
Tipo de parto (gestação atual) n= 22	
Cirúrgico	14 (63,6)
Vaginal	8 (36,4)
Início do pré-natal (trimestre)	
Primeiro	38 (76,0)
Segundo	11 (22,0)
Terceiro	1 (2,0)
Profissional que realizou o pré-natal	
Enfermeiro	2 (4,0)
Médico	29 (58,0)
Médico+Enfermeiro	19 (38,0)
Idade gestacional e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (semanas)	
≤ 20	10 (20,0)
>20	39 (78,0)
No puerpério	1 (2,0)
Hiperglicemia	
Sim	13 (26,0)
Não	37 (74,0)
Tratamento para diabetes mellitus gestacional	
Não medicamentoso	39 (78,0)
Hipoglicemiante Oral	4 (8,0)
Insulina	7 (14,0)

A associação do diabetes mellitus gestacional com outras patologias (Tabela 3) estiveram presentes

em 76,0% das gestantes, sendo a hipertensão arterial sistêmica a de maior prevalência (18,0%), seguida da amniorrexe prematura (16,0%) e o descolamento prematuro da placenta em 16,0% das participantes. Esse dado revela a magnitude do diabetes mellitus gestacional, o que reforça a importância da investigação acerca dessas e outras patologias, através de exames específicos, durante o de pré-natal.

Tabela 3 - Patologias presentes durante a gravidez entre as mulheres com diabetes mellitus gestacional

Variáveis	n (%)
Nenhum	12 (24,0)
Hipertensão	9 (18,0)
Amniorrexe	8 (16,0)
Descolamento prematuro de placenta	8 (16,0)
Anemia	5 (10,0)
Infecção Urinária	4 (8,0)
Asma	2 (4,0)
Hipotireoidismo	1 (2,0)
Obesidade	1 (2,0)
Total	50 (100,0)

Alguns cuidados em saúde, necessários durante o pré-natal foram avaliados após o primeiro trimestre de gestação, mostrando deficiência na frequência da execução dos mesmos. Em 18,0% das mulheres a glicemia não foi avaliada; em 2,0% não ocorreu a aferição da pressão arterial; 4,0% não tiveram avaliação da altura uterina e em 8,0% os batimentos cardíacos fetais não foram avaliados (Tabela 4). Com o objetivo de reforçar os cuidados para prevenção das complicações oriundas da doença, as atividades de educação em saúde como palestras e grupos de gestantes foram questionadas. Das gestantes entrevistadas, apenas 40,0% participaram de alguma atividade de educação em saúde. Das atividades citadas, todas informaram terem participado de palestras e/ou recebido alguma informação durante as consultas, acerca da dieta, atividade física e uso de insulina. Nenhuma participou de grupo de gestantes.

Tabela 4 - Cuidados no pré-natal

Variáveis	n (%)
Verificação da glicemia capilar	
Sim	41 (82,0)
Não	9 (18,0)
Verificação da pressão arterial (Nº de vezes)	
Nenhuma	1(2,0)
1 a 3	2 (4,0)
4 a 6	16 (32,0)
> 6	31 (62,0)
Avaliação da altura uterina	
Sim	48 (96,0)
Não	2 (4,0)
Avaliação dos batimentos cardíacos fetais	
Sim	46 (92)
Não	4 (8,0)
Participação em atividades educativas	
Sim	20 (40,0)
Não	30 (60,0)
Total	50 (100,0)

Discussão

A gestação e o parto nos extremos da idade reprodutiva sempre foram considerados risco biológico para mulher. A gravidez acima de 35 anos configura-se em uma realidade cada vez mais comum observada nos dias atuais, estando relacionada às mudanças no estilo de vida, em que a mulher posterga a gravidez em detrimento a objetivos profissional e pessoal. Nesse contexto, o diabetes mellitus gestacional caracteriza-se como uma patologia associada à idade materna avançada, porém pesquisadores advertem que a idade não pode ser analisada isoladamente, outros fatores importantes, como a obesidade e a história familiar podem estar presentes em mulheres mais jovens⁽⁷⁻⁸⁾.

A relação da raça e o diabetes mellitus gestacional, investigações mais detalhadas se fazem importante, tendo em vista que muitos trabalhos, inclusive o estudo brasileiro de diabetes mellitus gestacional não encontrou associação, esse fato pode ser justificado pela grande miscigenação encontrada no Brasil⁽⁷⁾.

No presente estudo mulheres com melhor escolaridade apresentaram maior ocorrência de diabetes mellitus gestacional. Corrobora com esse

dado, um estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas com 4.243 puérperas em risco para o desenvolvimento da doença⁽⁷⁾. A análise do estudo suscitou a possibilidade de que mulheres com mais elevado grau de instrução perceberem os sinais e sintomas da doença precocemente, reconhecendo os fatores de riscos para o diabetes mellitus gestacional e procurarem diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. Esse achado configura-se como positivo para promoção da saúde das mulheres, tendo em vista o acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários para uma gravidez saudável.

No contexto do diabetes mellitus gestacional possuir uma boa renda familiar se faz importante para adesão ao tratamento, destacando-se a aquisição de fitas para o controle glicêmico domiciliar, o acesso a alimentos dietéticos e o transporte para consulta. Porém, estudos recentes apontam associação desfavorável do trabalho formal com a descompensação glicêmica⁽⁷⁻⁸⁾. Esta realidade pode ser explicada pela falta de atenção, ou mesmo de tempo, com relação aos bons hábitos alimentares em função da sobrecarga de trabalho, desencadeando em estresse. Estes fatores contribuem para hábitos como tabagismo, consumo de álcool, alimentação *fast food* e sedentarismo que mantém relação direta com o diabetes mellitus.

Uma revisão integrativa desenvolvida sobre a relação dos hábitos alimentares pré-gestacional e o aparecimento de diabetes mellitus, constatou que o sobrepeso foi uma variável presente na maioria das mulheres diagnosticadas com a doença, estando relacionada ao consumo de uma dieta inadequada com baixo consumo de frutas e vegetais, prevalecendo a alimentação *fast food*⁽⁹⁾.

O aumento do peso durante a gravidez aumenta o risco de macrossomia fetal, sendo estes, fatores que predispõe ao parto cirúrgico⁽²⁾. Neste estudo foi evidenciada uma frequência significativa de parto cesariana. Resultados semelhantes foram identificados em gestantes portadoras de diabetes mellitus gestacional residentes em Ribeirão Preto-SP

e em estudos anteriores realizados na maternidade da atual pesquisa⁽⁸⁻¹¹⁾.

No entanto, o diabetes gestacional não é indicação para cesariana, e a via de parto é uma decisão obstétrica, sendo necessária a avaliação da permeabilidade da bacia materna e de sua proporção com o tamanho fetal. Em partos com evolução prolongada, cuidadosa reavaliação das proporções feto-pélvicas deve ser feita no sentido de se evitar o parto distócico. Se forem identificados sinais de desproporção, a cesariana deve ser indicada. De modo geral, a preferência pela cesariana ocorre quando a cérvix não é favorável à indução, o feto é macrossômico, presença de sofrimento fetal e risco de morte intrauterina em virtude do mau controle da glicemia⁽²⁻⁸⁾.

A Organização Mundial da Saúde, considera o início precoce do pré-natal como essencial para a adequada assistência, assim como o número ideal de consultas, ressaltando um quantitativo igual ou superior a seis, assegurando o acompanhamento da saúde da mulher e do bebê, bem como orientação sobre o parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e estímulo ao aleitamento materno⁽¹²⁾.

Na assistência pré-natal das portadoras de diabetes mellitus gestacional, são essenciais a frequência das consultas, o controle metabólico materno e a avaliação do bem-estar fetal. Como recomendação, as consultas devem ser quinzenais, do diagnóstico de diabetes mellitus gestacional até a 32ª semana, e, daí em diante, semanais até o parto⁽²⁻⁸⁾.

Dentre os profissionais que realizaram o pré-natal no presente estudo, o médico liderou as consultas, seguido das interconsultas entre médicos e enfermeiros. Somente uma minoria das consultas foi realizada pelo enfermeiro sozinho. Esse fato pode ser justificado por ser o médico, o profissional que realiza os pré-natais de alto risco, porém esse fato não exime a atuação da equipe multiprofissional, incluindo o enfermeiro.

No que diz respeito ao pré-natal, o enfermeiro deve ser capaz de identificar fatores ou condições

relacionados aos riscos e agravos à saúde da mulher e seu conceito, em especial, o diabetes mellitus gestacional. Desta forma, identificar precocemente a mulher com risco gestacional é essencial para que intervenções apropriadas como investigação dos fatores predisponentes da doença, acompanhamento adequado e encaminhamentos possam ser instituídos imediatamente, aumentando a probabilidade de alterar a evolução e proporcionar um desfecho positivo⁽¹³⁾.

No entanto, é indispensável uma reflexão acerca dos motivos pelos quais uma parcela significativa das participantes não terem buscado precocemente o serviço de saúde, ficando expostas as alterações metabólicas e aos riscos impostos pela doença. A qualidade do pré-natal está relacionada com a qualidade do profissional que atende e do Sistema de Saúde. Para o acompanhamento precoce e prevenção de complicações, principalmente a mortalidade materna, a busca ativa de gestantes de alto risco e o atendimento integral se faz necessário, assim como o encaminhamento aos serviços especializados em tempo oportuno.

Dentre os cuidados durante a gravidez em mulheres diabéticas, a automonitoração da glicose sanguínea fornece informação útil para o controle diário do diabetes. São considerados como valores ideais de glicemia durante a gestação: jejum < 95mg /dl; 1 hora pós-prandial < 140mg /dl e 2 horas pós-prandial < 120mg/dl, adotados pela Associação Americana de Diabetes⁽⁴⁾.

Entretanto, estes testes não são capazes de fornecer a gestante e à equipe de atendimento de saúde uma avaliação quantitativa e confiável da glicemia durante um período prolongado. Assim, o ideal é associar a glicemia capilar com a dosagem de hemoglobina glicada. Esta última mostrou-se capaz de prognosticar o risco de desenvolvimento de muitas das complicações para mãe e o feto⁽²⁾.

Valores superiores a 6,5% de hemoglobina glicada estão diretamente associada à perda fetal. Estudo com gestantes diabéticas, atendidas em

uma maternidade de Portugal, verificou ocorrência significativa de perda fetal antes da 24ª semana de gestação cujas mulheres apresentaram níveis elevados de hemoglobina glicada⁽¹⁴⁾.

Vários estudos encontraram associação entre a hiperglicemia e riscos materno-fetais, sendo o aumento do valor glicêmico o determinante mais importante para complicações. As complicações gestacionais/fetais mais prevalentes são as malformações congênitas, o aborto espontâneo e a macrosomia^(2,8,14-15).

No tocante à prevenção de complicações durante a gestação, verifica-se a importância do controle glicêmico associado à dieta, atividade física e ao tratamento medicamentoso. A orientação nutricional é a primeira opção de tratamento para o diabetes gestacional⁽¹⁵⁾. O recomendado pela *American Diabetes Association* é limitar a ingestão de carboidratos em 40% do total de calorias associado à prescrição de dieta com alimentos de baixo índice glicêmico⁽²⁾.

A atividade física no diabetes mellitus gestacional tem como objetivo principal diminuir a intolerância à glicose, através do condicionamento cardiovascular, diminuição da gordura intra-abdominal, aumento do fluxo sanguíneo em tecidos sensíveis à insulina e redução dos ácidos graxos livres⁽²⁻⁷⁾. São contraindicações à prática do exercício físico, a ruptura de membranas, trabalho de parto pré-termo, doença hipertensiva na gestação, crescimento fetal restrito, sangramento, gestação múltipla e diabetes descompensado⁽²⁾.

Quanto ao tratamento medicamentoso, a insulina é introduzida quando a dieta e os exercícios não levam ao controle glicêmico adequado⁽¹⁵⁾. Apesar de terem sido por muito tempo proibido na gestação, alguns hipoglicemiantes orais como a metformina estão sendo utilizados como escolha terapêutica. A metformina tem eficácia e segurança semelhantes à insulina nos desfechos perinatais e neonatais e no controle glicêmico materno⁽¹⁶⁾.

Existe maior risco de complicações maternas

associadas ao diabetes mellitus gestacional, destacando-se a piora da hipertensão arterial sistêmica prévia, infecção do trato urinário, pré-eclâmpsia e complicações obstétricas^(8,15).

Para alguns autores, em estudos com gestantes diabéticas, a tendência à elevação da pressão arterial e conseqüentemente, pré-eclâmpsia, ocorre principalmente em mulheres obesas e com resistência à insulina⁽²⁻⁸⁾.

Quanto ao aparecimento da infecção do trato urinário, este apresenta-se como um problema clínico comum entre mulheres portadoras do diabetes mellitus. Tais mulheres apresentam maior frequência de infecções sintomáticas quando comparadas àquelas não portadoras de diabetes. As infecções urinárias neste mesmo grupo são, em geral, mais graves, com elevada frequência de bacteremia e envolvimento renal bilateral, aumentando, portanto, o risco de hospitalização por pielonefrite⁽¹⁷⁾.

Ademais, a gravidez é uma situação que predis põe ao aparecimento das infecções do trato urinário, devido às mudanças fisiológicas (mecânicas e hormonais) que ocorrem nesse período da vida da mulher.

Os cuidados instituídos no pré-natal de mulheres com diabetes têm como objetivo reduzir a incidência das complicações maternas e fetais, aproximando-as da incidência na população geral, por meio do controle metabólico adequado, acompanhamento da vitalidade fetal e das condições associadas à gestante⁽²⁾.

A avaliação dos cuidados pré-natais do presente estudo revelou uma deficiência da qualidade prestada. Houve um número significativo de gestantes sem monitorização glicêmica, com verificação insatisfatória da pressão arterial, ausência da avaliação da altura uterina e dos batimentos cardíacos fetais.

A monitorização glicêmica constitui um cuidado fundamental para melhorar o prognóstico obstétrico de gestantes diabéticas, pois a hiperglicemia é considerada o determinante mais importante dos riscos obstétricos⁽²⁻¹⁴⁾.

Na avaliação clínica dessas mulheres, é também fundamental a verificação da pressão arterial, visto ser a piora da hipertensão pré-existente e a pré-eclâmpsia, as complicações de maiores associações com o diabetes mellitus gestacional⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Frente às complicações do recém-nascido, destaca-se a macrossomia fetal e a prematuridade. A avaliação da altura uterina e dos batimentos cardíacos fetais constituem cuidados indispensáveis a toda gestante durante o pré-natal, implicando na prevenção de morbidades para ambos. Como observado, verificou-se um número representativo de mulheres que não receberam esses cuidados.

É comum a ausência de profissionais habilitados a realizar educação em saúde no período gestacional, bem como a falta de planejamento destes serviços, a fim de valorizar a gestação enquanto fenômeno a ser experienciado de forma particular pela gestante⁽¹⁹⁾.

A condição de gestante de alto risco requer orientação de profissionais com abordagens diversificadas para mudança de comportamento em relação ao estilo de vida. As abordagens requerem estratégias como a educação em saúde para melhor compreensão das gestantes diabéticas acerca da patologia, aumentando o nível de confiança e motivação para o autocuidado⁽⁵⁻¹³⁾.

Conclusão

Os dados revelam pacientes portadoras de diabetes mellitus sem acompanhamento adequado para prevenção de complicações expondo a graves riscos o binômio mãe e recém-nascido, revelando a necessidade de implementação das políticas de saúde já existentes para detecção precoce e manejo adequado da doença, antes e após a gestação.

Verificou-se que um número expressivo das participantes apresentou alguma patologia associada ao diabetes mellitus gestacional durante a gravidez, sendo a hipertensão, a amniorrexe prematura e o descolamento prematuro de placenta as mais frequentes. Essas complicações devem ser

evidenciadas na consulta de pré-natal através de uma abordagem profissional efetiva e de qualidade.

Os resultados revelaram cuidados insatisfatórios durante o pré-natal, como a ausência da verificação da pressão arterial, altura uterina e desconhecimento do valor glicêmico, reforçando o despreparo dos profissionais para atuarem junto as gestantes com diabetes mellitus gestacional.

O cuidado do enfermeiro é importante no acompanhamento das mulheres em todo o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para minimizar riscos à mãe e ao recém-nascido, como também na vida futura da mulher.

Desse modo, espera-se ter contribuído para o conhecimento do perfil e cuidados no pré-natal de mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, destacando a necessidade de estudos com maior tamanho amostral para definir com maior precisão os achados sociodemográficos, clínicos, obstétricos e as variáveis que compõem o cuidado durante a gestação, parto e puerpério dessa clientela.

Colaborações

Vieira Neta FA, Crisóstomo VL e Castro RCMB contribuiu para a concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Pessoa SMF, Aragão MMS e Calou CGP contribuiu para a redação do artigo.

Referências

1. Freitas P, Matos CV, Kimura AF. Profile of mothers of newborns with blood glucose control in the first hours of life. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):636-41.
2. Freitas F, Costa-Martins SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotina em obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Bolognanil CV, Souza SS, Calderon IMP. Diabetes mellitus gestacional – enfoque nos novos critérios diagnósticos. *Rev Com Ciênc Saúde*. 2011; 22(Sup 1):31-42.

4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2011; 34(Suppl. 1):62-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. International Association of Diabetes and Pregnancy study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010; 33(3):676-82.
7. Dode MASO, Santos IS. Fatores de riscos para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5):1141-52.
8. Oliveira MIV, Bezerra MGA, Bezerra Filho JG, Veras MAC, Bezerra JP. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. *Rev Rene*. 2009; 10(4):28-36.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2012*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
10. Barbosa VLP, Reis LBSM. Acompanhamento nutricional na prevenção de complicações perinatais em gestantes com diabetes mellitus. *Com Ciênc Saúde*. 2012; 23(1):73-80.
11. Texeira CRS, Franco LJ, Monteiro RA, Granado F. Diabetes nos partos hospitalares em sistemas de saúde público e privado. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(3):460-9.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
13. Luciano MP, Silva EF, Cechetto FH. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. *Rev Enferm UFPE on line*. [periódico na Internet] 2011 [citado 2014 jun 20]; 5(5):1261-6. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1727/pdf_559
14. Fernandes RSR, Simões AFB, Figueiredo ACN, Ribeiro ARS, Aleixo FMF, Aragüés SMDTG, et al. Prognóstico obstétrico de pacientes portadores de diabetes mellitus pré-gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(11):494-8.
15. Nogueira AI, Santos JSS, Santos LLB, Salomon IMM, Abrantes MM, Aguiar RALP. Diabetes Gestacional: perfil e evolução de um grupo de pacientes do Hospital das Clínicas da UFMG. *Rev Med Minas Gerais*. 2011; 21(1):32-41.
16. Weinert LS, Silveiro SP, Oppermann ML, Salazar CC, Simionato BM, Siebeneichler A, et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2011; 55(7):435-45.
17. Baumgartena MCDS, Silva VGDS, Mastalirb FP, Klausb F, Azevedo PA. Infecção Urinária na gestação: uma revisão da literatura. *Cient Ciênc Biol Saúde*. 2011;13(Esp):333-42.
18. Hayes C. Long-term prognostic factors in the diagnosis of gestational diabetes. *Br J Nurs*. 2009; 18(9):523-4.
19. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet] 2011 [citado 2014 jun 20]; 13(2):199-210. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10162/9621>