

Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais*

THE KNOWLEDGE OF WOMEN WITH DIABETES MELLITUS REGARDING PRECONCEPTION CARE AND MATERNAL-FETAL RISKS

CONOCIMIENTO DE MUJERES CON DIABETES MELLITUS SOBRE CUIDADOS PRECONCEPCIONALES Y RIESGOS MATERNO-FETALES

Escolástica Rejane Ferreira Moura¹, Danielle Rosa Evangelista², Ana Kelve de Castro Damasceno³

RESUMO

Objetivou-se descrever o perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus (DM) e verificar o nível de conhecimento destas quanto aos riscos maternos e fetais e os cuidados pré-concepcionais. Estudo exploratório, que contou com a participação de 106 mulheres, realizado no Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes, de março a julho de 2009. As variáveis reprodutivas foram: *número de gestações, partos e abortos e planejamento da gravidez*. Os dados foram coletados por meio de entrevista que seguiu um formulário pré-estabelecido. O perfil reprodutivo de mulheres com DM mostrou-se permeado de riscos e repercussões reprodutivas negativas à saúde materna e fetal. Das 106 (100%) mulheres estudadas, 44 (41,5%) apresentaram conhecimento moderado sobre os cuidados pré-concepcionais e 58 (54,7%) conhecimento limitado sobre os riscos maternos e fetais. Faz-se necessário oferecer informações às mulheres a fim de promover o conhecimento sobre os riscos maternos e fetais e os cuidados pré-concepcionais.

DESCRITORES

Diabetes mellitus
Mulheres
Conhecimento
Gravidez
Saúde materno-infantil

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the reproductive profile of women with diabetes mellitus (DM) and to identify their knowledge regarding maternal and fetal risks and preconception care. This exploratory study was performed at the Integrated Center for Hypertension and Diabetes, from March to July 2009, on a sample consisting of 106 women. The variables were: *number of pregnancies, births and abortions, and planning the pregnancy*. The data were collected through interviews that followed a preconceived form. The reproductive profile of women with DM proved to be permeated with risks and showed negative repercussions to maternal and fetal health. Of the 106 (100%) women studied, 44 (41.5%) demonstrated adequate knowledge regarding preconception care, while 58 (54.7%) had limited knowledge regarding maternal and fetal risks. It is necessary to provide information to women with diabetes to promote knowledge of maternal and fetal risks and preconceptional care.

DESCRIPTORS

Diabetes mellitus
Women
Knowledge
Pregnancy
Maternal and child health

RESUMEN

Se objetivó describir el perfil reproductivo de mujeres con diabetes mellitus (DM) y verificar su nivel de conocimiento en cuanto a riesgos maternos y fetales, y cuidados preconcepcionales. Estudio exploratorio realizado con 106 mujeres, en el Centro Integrado de Hipertensión y Diabetes, de marzo a julio de 2009. Las variables reproductivas fueron: *número de gestaciones, partos y abortos y planificación del embarazo*. Los datos se recogieron mediante entrevista según formulario preestablecido. El perfil reproductivo de mujeres con DM se mostró expuesto a riesgos y repercusiones reproductivas negativas a la salud materna y fetal. De 106 (100%) mujeres estudiadas, 44 (41,5%) presentaron conocimiento limitado sobre riesgos maternos y fetales, y 58 (54,7%), con conocimiento limitado sobre riesgos maternos y fetales. Se hace necesario ofrecer información a las mujeres con el objeto de promover el conocimiento sobre riesgos maternos y fetales y sobre cuidados preconcepcionales.

DESCRIPTORES

Diabetes mellitus
Mujeres
Conocimiento
Embarazo
Salud materno-infantil

* Extraído da dissertação "Cuidado pré-concepcional e anticoncepcional de mulheres portadoras de diabetes mellitus: avaliação de impacto", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2009. ¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta III da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. escolpaz@yahoo.com.br ² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. enfadanielle@yahoo.com.br ³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta III da Universidade Federal do Ceará. Tutora Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET/Enfermagem). Fortaleza, CE, Brasil. anakelve@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Conforme Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, é direito de todo cidadão brasileiro o acesso aos serviços e meios de anticoncepção e de concepção. O Ministério da Saúde (MS), tomando por base o dispositivo da referida lei, estabelece como competência dos profissionais da saúde, abrangendo o enfermeiro, prestar assistência clínica nessa área do cuidado e desenvolver atividades educativas, empenhando-se em bem informar os usuários para que estes possam tomar decisões conscientes quanto às suas metas reprodutivas⁽¹⁾. Lacunas são detectadas nessa área do cuidado no país, quando pesquisa de âmbito nacional realizada com 15.575 mulheres de 15 a 49 anos revelou que 53,8% das mulheres em uso de Métodos Anticoncepcionais (MAC) o fazem por conta própria, com pouco ou nenhum conhecimento sobre o uso correto e que, pelo menos, 50% das gestações não são planejadas⁽²⁾.

Quando gestações ocorrem sem o devido planejamento, presume-se que os cuidados voltados à pré-concepção (clínicos e educativos) não foram realizados, aumentando as chances de morbidades maternas e fetais. Quando esse desfecho acontece em mulheres já afetadas por uma doença crônica, como é o caso de mulheres com diabetes mellitus (DM), os riscos se tornam maiores. Portanto, este público alvo deve receber informações e incentivo para exercer o autocuidado no período pré-concepcional⁽³⁾. Nesse contexto, é sabido que programas de educação diabetológica pouco abordam os métodos anticoncepcionais indicados para a mulher com diabetes mellitus, bem como as complicações que desaconselham a gravidez na presença do DM descompensado⁽⁴⁾.

O monitoramento do diabetes mellitus pré-gestacional requer a prevenção de malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e às demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez, destacando distúrbios vasculares, retinopatia, nefropatia, macrossomia fetal, sofrimento respiratório fetal, polidrâmnio e cetoacidose⁽⁵⁾. Assim, a concepção em mulheres com diabetes mellitus deve ter atenção cuidadosa desde a pré-concepção, pois o controle metabólico nas primeiras semanas de gestação é fundamental à organogênese⁽⁴⁾.

Examinando a relação entre a normoglicemia materna e a evolução fetal e neonatal em gestantes diabéticas, verificou-se que quando se consegue o controle metabólico satisfatório, a morbidade perinatal é comparável a de gestantes sem diabetes mellitus, independente da idade, da paridade e da gravidade da doença⁽⁶⁾. Outros autores afirmam que o rigoroso controle materno baseado no ajuste da insulino-terapia de acordo com o perfil glicêmico

da paciente permite a continuidade da gestação a termo, com segurança⁽⁷⁾.

Em face ao exposto, os cuidados pré-concepcionais e o conhecimento sobre os riscos maternos e fetais por mulheres com diabetes mellitus foram tomados como problema de pesquisa, pois apesar de serem temáticas de epistemologia bem esclarecidas sob o ponto de vista da Fisiologia e da Patologia, pouco tem sido pesquisado na perspectiva da prática dos serviços de saúde e da tomada de conhecimento por parte de mulheres acometidas pela doença. Essa assertiva se fez pautada em busca efetuada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Utilizando-se a palavra-chave *cuidado pré-concepcional* e o descritor *diabetes mellitus*, em associação, foram encontrados 21 estudos e, pela leitura dos títulos, 12 tinham relação com cuidados pré-concepcionais em mulheres com diabetes mellitus. Porém, pela leitura do resumo, nenhum abordava o conhecimento destas acerca dos cuidados, tampouco o perfil reprodutivo. Utilizando-se o descritor *diabetes mellitus* e a palavra-chave *gestação de risco*, em associação, foram encontrados 18 artigos, sendo que, pela leitura do título, cinco foram descartados, pois abordavam o diabetes mellitus pré-gestacional e, pela leitura do resumo, nenhum abordava o perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus e o conhecimento destas sobre os riscos maternos e fetais.

As questões norteadoras do estudo foram: qual o perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus? Qual o nível de conhecimento dessas mulheres sobre os possíveis riscos maternos e fetais associados ao diabetes mellitus descompensado e os cuidados a serem adotados na pré-concepção? Responder a estas questões irá contribuir para o avanço do conhecimento da temática, pois culminará em orientações ao redirecionamento da atenção pré-concepcional

de mulheres com diabetes mellitus, no sentido de reconhecimento das condições negativas do perfil reprodutivo destas, que podem ser amenizadas; e na identificação de aspectos do conhecimento dessas mulheres que precisam de maior ênfase para que passem a apresentar um nível de conhecimento satisfatório sobre questões que envolvem a sua saúde e a saúde do recém-nascido.

O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus e verificar o nível de conhecimento sobre os cuidados pré-concepcionais e riscos maternos e fetais.

MÉTODO

Tratou-se de estudo exploratório, realizado no Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes (CIHD), do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza-CE, de março a julho de 2009.

...é sabido que programas de educação diabetológica pouco abordam os métodos anticoncepcionais indicados para a mulher com diabetes mellitus, bem como as complicações que desaconselham a gravidez na presença do DM descompensado.

A população correspondeu a 4.865 mulheres portadoras de DM cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do referido município. Fixando-se coeficiente de confiança de 95%, erro amostral de 5% e tomado como base a prevalência do fenômeno (P) de 7,6%, tomado com base na prevalência do fenômeno na população geral brasileira⁽⁸⁾, obteve-se uma amostra de 106 mulheres. Foram incluídas mulheres com diabetes mellitus tipo 1 ou 2, em idade reprodutiva (de 18 a 49 anos) e com vida sexual ativa. A inclusão de mulheres com idade mínima de 18 anos ocorreu pelo fato de constituir a maioria civil, e a idade máxima de 49 anos, por representar o extremo reprodutivo feminino. Definiu-se como sexualmente ativa a mulher que afirmou ter pelo menos uma relação sexual mensal, condição essencial a responder pela gravidez. Foram excluídas as mulheres laqueadas, hysterectomizadas, ooforectomizadas e cujos parceiros fossem vasectomizados, uma vez que, teoricamente, determinam esterilidade conjugal, constituindo um grupo que não necessitaria de assistência em pré-concepção.

As variáveis selecionadas para investigar o perfil reprodutivo das mulheres com DM foram: número de gestações, partos e abortos, tipos de partos, motivos dos partos cirúrgicos e planejamento da última gestação.

Para avaliar o nível de conhecimento das mulheres, foi utilizada uma escala tipo *Likert*, elaborada pelas próprias autoras do estudo, que adotaram os parâmetros para avaliar a dimensão conhecimento: 1- Nenhum; 2- Limitado; 3- Moderado; 4- Substancial e 5- Extenso, da Classificação dos Resultados de Enfermagem-NOC⁽⁹⁾. De posse destes parâmetros e com base em fundamentação teórica pertinente ao tema, os autores estabeleceram os conteúdos e definiram o sistema de pontuação para cada nível de conhecimento^(3-5,8,10). Realizou-se um estudo piloto das escalas propostas e este estudo demonstrou que as mesmas foram eficientes.

Do conhecimento sobre os cuidados pré-concepcionais, definiu-se: para cada um dos cuidados pré-concepcionais citados, a mulher receberia um ponto, ou seja, a participante alcançaria a pontuação 1 da escala caso não citasse nenhum cuidado; pontuação 2 caso citasse um dos cuidados; pontuação 3, citando dois cuidados; pontuação 4, três cuidados e pontuação 5, caso citasse todos os cuidados pré-concepcionais. Os cuidados eleitos pelas autoras foram: estar com o nível glicêmico capilar controlado (até 100 mg/dl para as que verificaram em jejum e até 140 mg/dl para as que verificaram ao acaso), manter alimentação saudável (com pouco sal, pouca gordura e pouco açúcar), manter peso adequado (Índice de Massa Corporal – IMC entre 18,5 e 24,9) e estar com a Pressão Arterial (PA) controlada (até 140x90 mmHg). Ressalta-se que a mulher teria que citar somente o cuidado, portanto estas não tinham que responder os valores de normalidade estipulados. Estes estão apresentados tão somente para situar o leitor. Para dirimir o caráter utilitarista da pesquisa, ao final da coleta dos dados as participantes tiveram nível

glicêmico, PA e IMC aferidos pela pesquisadora e receberam orientações a respeito.

Do conhecimento sobre os riscos maternos e fetais: para cada risco citado, a mulher também receberia um ponto, ficando, pois, o sistema de pontuação igual ao descrito anteriormente. Os riscos maternos e fetais eleitos pelas autoras foram: ganho de peso acima do normal, malformações fetais, aborto espontâneo, natimorto, macrossomia e polidrâmnio.

Inicialmente, as participantes foram identificadas por meio da revisão dos prontuários que eram separados para o atendimento diário antes das consultas, conforme a chegada das pacientes agendadas para aquele turno e dia de atendimento, e eram convidadas a participar do estudo. Este aspecto constituiu a aleatoriedade da seleção das participantes do estudo.

As entrevistas duraram em média 30 minutos e foram realizadas nos dois turnos, entrevistando-se, em média, seis mulheres por dia. Foi estabelecido um local privativo para a realização das entrevistas, de maneira que as mulheres se sentissem à vontade para expressar suas individualidades.

Os achados foram processados no *Epi Info* versão 6.0 e no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Foi realizada análise estatística descritiva, utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média (χ) e desvio padrão (S). Foi realizada estimativa por Intervalos de Confiança de 95% para os dados categorizados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE – UFC), conforme protocolo nº 27/09. Foram atendidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde⁽¹¹⁾. As mulheres, após receberem as devidas orientações a respeito da pesquisa e uma vez aceitando participar livremente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Perfil reprodutivo de mulheres com DM

A média de idade das mulheres foi de 25,7, com desvio padrão de 7,3, sendo a faixa etária predominante a de 18 a 24 anos com 56 (52,8%) de mulheres. Dentre as 106 (100%) mulheres com DM, 90 (84,9%) eram DM tipo 1, e 16 (15,1%) DM tipo 2, 88 (83%) usavam insulina, 11 (10,4%) usavam antidiabético oral e 7 (6,6%) utilizavam ambas as terapêuticas; 99 (93,3%) tinham o diagnóstico há 20 anos ou menos e 7 (6,6%) tinham o diagnóstico há mais de 20 anos, sendo o tempo médio de diagnóstico de 11,3 anos com desvio padrão de 6,6 anos.

40 (37,7%) mulheres com DM realizaram a glicemia em jejum e 66 (62,3%) a realizaram ao acaso. O comportamento glicêmico mostrou-se alterado (>100mg/dl) em

22 (55%) das que realizaram a glicemia em jejum e em 38 (57,5%) das que realizaram a glicemia ao acaso (>140mg/dl); 16 (15,1%) referiram comprometimento de órgão-alvo, o que caracteriza um critério de elegibilidade clínica importante na escolha de método anticoncepcional para mulheres com DM.

O perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus – Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes – Fortaleza, CE, Brasil – 2009

| Perfil reprodutivo | N | % |
|---|----|------|
| Histórico de gravidez (n= 106) | 56 | 52,8 |
| Nº de gestações (n= 56) | | |
| 1 a 2 | 46 | 82,1 |
| 3 a 5 | 10 | 17,8 |
| Histórico de aborto (n= 56) | 14 | 25,0 |
| Nº de abortos (n= 14) | | |
| 1 | 10 | 71,4 |
| 2 | 4 | 28,6 |
| Histórico de paridade (n= 56) | 52 | 92,8 |
| Nº de partos (n= 52) | | |
| 1 a 2 | 46 | 88,4 |
| 3 a 4 | 6 | 11,5 |
| Tipo de parto (n= 52) | | |
| Normal | 24 | 46,1 |
| Cirúrgico | 21 | 40,4 |
| Normal e cirúrgico | 7 | 13,5 |
| Motivos dos partos cirúrgicos (n= 28) | | |
| Relação direta ou indireta com o DM | 25 | 89,2 |
| Não relacionado ao DM | 7 | 25,0 |
| Planejamento da última gravidez (n= 56) | 20 | 35,7 |
| Responsável pelo planejamento | | |
| Casal | 19 | 95,0 |
| Casal e profissional | 1 | 5,0 |

Do total de mulheres com DM, 56 (52,8%) afirmaram já ter engravidado. Destas, 46 (82,1%) engravidaram uma ou duas vezes e 10 (17,8%) três e mais vezes, não ultrapassando cinco gestações. Sobre a paridade, entre as 56 (100%) mulheres com histórico de gravidez, quatro (7,1%) eram nulíparas, mas tinham passado gestacional que terminou em aborto e as outras 52 (92,8%) haviam tido de um a quatro partos, com uma média de 0,79 partos e desvio padrão de 1,021.

Entre as 56 mulheres com DM que já haviam gestado, 14 (25,0%) referiram ter tido aborto: destas, 10 (71,4%) relataram um aborto e 4 (28,6%), dois. Não foi verificado, neste estudo, o tipo de aborto: espontâneo ou provocado, aspecto reconhecido como uma limitação da pesquisa.

Os motivos dos partos cirúrgicos relatados por 28 (100%) mulheres foram organizados em causas direta ou indiretamente relacionadas ao DM e causas não-relacionadas. No primeiro grupo, foram identificados a hipertensão, o próprio diabetes, a macrosomia fetal, o pós datismo e amniorrexe prematura, citado por 25 (89,2%) mulheres. No

grupo de causas não-relacionadas ao DM, foram incluídas a história de parto cesáreo anterior, apresentação pélvica e apresentação cômica, citado por sete (25%).

Dentre as 56 (100%) mulheres com histórico de gravidez, somente 20 (35,0%) relataram que a gestação foi planejada. Destas, 19 (95,0%) afirmaram que o planejamento foi do casal e apenas uma (5,0%) informou a participação de um profissional no planejamento.

Conhecimento de mulheres com DM sobre os cuidados pré-concepcionais

Das mulheres pesquisadas, 72 (67,9%) informaram ter recebido alguma informação a respeito dos cuidados pré-concepcionais de mulheres com DM. Destas, 62 (86,1%) citaram o serviço de acompanhamento do diabetes – o CIHD como fonte da informação, 10 (13,9%) referiram os meios de comunicação e cinco (6,9%) citaram serviço de pré-natal e maternidade.

Das 34 (100%) que afirmaram não ter recebido informação, 27 (79,5%) não citaram nenhum cuidado e sete (20,5%) citaram cuidados voltados à pré-concepção com base em experiências pessoais ou de seus familiares.

A Tabela 2 apresenta uma síntese do conhecimento das mulheres quanto aos cuidados pré-concepcionais e o DM.

Tabela 2 – Distribuição do número de mulheres com diabetes mellitus de acordo com o conhecimento sobre os cuidados pré-concepcionais – Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes – Fortaleza, CE, Brasil – 2009

| Cuidados pré-concepcionais* | N | % | IC 95% |
|---|----|------|-------------|
| Controle glicêmico | 72 | 67,9 | 58,2 – 76,7 |
| Estar com a pressão controlada | 71 | 67,0 | 57,2 – 75,8 |
| Alimentação saudável | 39 | 36,8 | 27,6 – 46,7 |
| Manter peso adequado | 13 | 12,3 | 6,7 – 20,1 |
| Nível de conhecimento das mulheres com DM | | | |
| Nenhum | 27 | 25,5 | 17,5 – 34,9 |
| Limitado | 4 | 3,8 | 1 – 9,4 |
| Moderado | 44 | 41,5 | 32,6 – 51,5 |
| Substancial | 23 | 21,7 | 14,3 – 30,8 |
| Extenso | 8 | 7,5 | 3,3 – 14,3 |

Nenhum (não citar nenhum cuidado); Limitado (citar pelo menos um dos cuidados); Moderado (citar dois cuidados); Substancial (citar três cuidados) e Extenso (citar todos os cuidados). *A soma de N foi maior do que a amostra (106), pois uma mesma mulher podia citar mais de um cuidado.

De acordo com a Tabela 2, o maior nível de conhecimento recaiu sobre a manutenção dos níveis glicêmicos e pressóricos dentro dos parâmetros de normalidade, citados por 72 (67,9%) e 71 (67%) das participantes, respectivamente. Com 95% de confiança, 57,2 a 76,7% das mulheres com DM conhecem estes cuidados (controle glicêmico e PA controlada), resultado relativamente positivo. O que essas mulheres menos conheciam incidiu sobre o peso adequado, em que 13 (12,3%) das mulheres apontaram o referido cuidado. Outro cuidado importante é a alimentação adequada, sendo que 39 (36,8%) mulheres o conheciam.

Quanto ao conhecimento das mulheres com DM sobre os cuidados pré-concepcionais, 27 (25,5%) desconheciam todos os cuidados e apenas oito (7,5%) apresentaram conhecimento extenso sobre os devidos cuidados. Com 95% de confiança, 32,6 a 51,5% das mulheres com DM teriam o conhecimento moderado sobre os cuidados pré-concepcionais, ou seja, mais da metade das mulheres teriam conhecimento para compensar o DM antes de engravidar, reduzindo os riscos maternos e fetais diante da associação gestação e DM.

Vale salientar que 15 (14,1%) mulheres citaram outros cuidados que julgaram necessários a uma mulher com DM com pretensão de engravidar, tais como: não fumar, ser acompanhada pelo médico de forma mais ostensiva, seguir com o tratamento farmacológico para o DM e realizar exames periódicos, evitar emoções fortes e repousar. Esses cuidados são pertinentes à promoção da gestação saudável; todavia por constituírem, especificamente, cuidados gerais e não cuidados relacionados ao DM e à gestação, não foram eleitos para as escalas de avaliação do conhecimento.

Conhecimento de mulheres com DM sobre os riscos maternos e fetais

A Tabela 3 apresenta o nível de conhecimento de mulheres com DM sobre os riscos maternos e fetais.

Tabela 3 – Distribuição do número de mulheres com diabetes mellitus de acordo com o nível de conhecimento sobre os riscos maternos e fetais – Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes – Fortaleza, CE, Brasil – 2009

| Riscos maternos e fetais* | N | % | IC 95% |
|---|-----|------|-------------|
| Malformações fetais | 48 | 45,3 | 35,6 – 55,2 |
| Aborto espontâneo | 42 | 39,6 | 30,3 – 49,6 |
| Natimorto | 12 | 11,3 | 6,0 – 18,9 |
| Macrossomia | 4 | 3,8 | 1,0 – 9,4 |
| Ganho de peso acima do normal | 2 | 1,9 | 0,2 – 6,6 |
| Polidramnio | --- | --- | --- |
| Nível de conhecimento das mulheres com DM | | | |
| Nenhum | 42 | 39,6 | 30,3 – 49,6 |
| Limitado | 58 | 54,7 | 44,8 – 64,4 |
| Moderado | 6 | 5,7 | 2,1 – 11,9 |
| Substancial | --- | --- | --- |
| Extenso | --- | --- | --- |

Nenhum (não citar nenhum cuidado); Limitado (citar pelo menos um ou dois dos cuidados); Moderado (citar três cuidados); Substancial (citar quatro ou cinco cuidados); e Extenso (citar todos os cuidados). *A soma de N foi maior do que a amostra (106), pois uma mesma mulher podia citar mais de um risco.

Nenhuma mulher relatou conhecimento sobre o risco da polidramnia, quando este é um dos mais comuns. Dentre as mulheres com DM que tinham algum conhecimento, ou seja, 64 (60,3%), embora na maioria limitado, reconheciam os riscos de malformações fetais e de aborto espontâneo, conhecido por 48 (45,3%) e 42 (39,6%) mulheres, respectivamente. Outros riscos conhecidos da escala foram: macrossomia, natimorto e ganho de peso acima do normal, citados respectivamente por 12 (18,8%), 4 (6,2%) e 2 (3,1%) mulheres.

Com 95% de confiança, 35,6 a 55,2 % das mulheres conheceriam o risco de malformações fetais e 30,3 a 49,6% das mulheres com DM teriam o conhecimento acerca do risco de aborto. Esse dado reflete condição favorável, uma vez que o conhecimento dos riscos poderá influenciar positivamente no autocuidado destas mulheres.

Outros riscos a que mulheres com DM e os seus filhos estão expostas foram citados por 36 (33,9%) mulheres, sendo que 21 (58,3%) se referiram ao risco de a criança de uma mãe diabética nascer com DM, 10 (27,7%) afirmaram o agravamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e do DM, 8 (22,2%) relataram a morte materna e 6 (16,6%) referiram complicações no parto e pós-parto. Esses riscos são reais, porém não estão relacionados especificamente aos eventos de DM e à gestação. Assim, não constituíram a escala de avaliação de conhecimento elaborada pelas autoras, pois os riscos de a criança de uma mãe diabética nascer com estes problemas encontram-se nos mesmos níveis da população sem diabetes mellitus.

Ao avaliar as repercussões vivenciadas por mulheres com DM no processo de engravidar, gestar e parir no perfil obstétrico, constatou-se que, das 106 (100%) mulheres, 23 (21,6%) relataram ter vivenciado problemas. Dentre as mulheres com DM, 14 (13,2%) mulheres relataram histórico de aborto, fato que pode justificar o número de mulheres que conheciam este risco, pois vivenciar experiências conduz ao conhecimento do fato; 12 (11,3%) mulheres com DM relataram conceito Grande para a Idade Gestacional (GIG), complicação comum nestas gestantes. Outras complicações citadas foram malformações fetais, natimorto e ganho de peso acima do normal.

DISCUSSÃO

O perfil reprodutivo de parte das mulheres com diabetes mellitus apresentou características reprodutivas satisfatórias, pois gestar e parir mais de quatro crianças aumenta os riscos de saúde maternos e fetais durante as gestações e os partos⁽¹²⁾. Com relação ao aborto, apesar de não ter sido avaliado a sua relação causal com o diabetes mellitus, sabe-se que abortos são frequentes em mulheres, cuja gravidez acontece em meio a quadro clínico desfavorável. Para reduzir o número de abortos espontâneos e malformações congênitas em filhos de mulheres com DM, controle do diabetes e instrução para as mulheres devem ser oferecidos ainda no período pré-concepcional. O importante para as mulheres com diabetes mellitus é o alcance favorável de nível glicêmico na vida diária, o que se torna necessário para impedir malformações congênitas e abortos espontâneos⁽¹³⁾.

Os números de partos normais e cesáreos mostraram-se equivalentes na amostra. O dado encontrado é diferente da literatura, onde estudo do tipo caso-controle que comparou os resultados perinatais de 90 gestantes com diabetes com dois grupos controles de mulheres não portadoras de diabetes mostrou um número maior de partos cesáreos entre mulheres portadoras de DM⁽⁶⁾.

Identificar no perfil reprodutivo de mulheres com diabetes mellitus como motivo para o parto cirúrgico a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é esperado, uma vez que esta afeta a maioria dos portadores de DM⁽⁸⁾. Porém, destaca-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica antes da gravidez ou durante a gravidez não é indicação de parto cirúrgico. Faz-se necessário avaliar a existência de condições favoráveis de colo uterino, condições maternas e fetais adequadas para o controle deste tipo de gestante⁽¹⁴⁾.

Macrossomia fetal é definida como sendo o peso maior ou igual a 4.000g. Neonatos macrossômicos são de elevado risco para distócia de ombros, lesão de plexo braquial e esquelética, síndrome de aspiração do mecônio, asfixia perinatal, hipoglicemia e morte. Estudo que buscou identificar fatores maternos e perinatais relacionados à macrossomia em 411 casos encontrou uma prevalência quatro vezes maior de macrossomia em gestantes portadoras de DM⁽¹⁵⁾. A macrossomia fetal, complicação diretamente relacionada ao DM, pode justificar o pós-datismo, ou seja, o parto após 42 semanas. Neste caso, com estes achados, justifica-se a realização do parto cirúrgico⁽¹⁶⁾.

O resultado de amniorrexe prematura em mulheres com DM pode ser explicado pelo fato de aumentar os episódios de Infecção do Trato Urinário (ITU), uma vez que são frequentes em gestantes e em mulheres com DM⁽¹⁷⁾.

Os resultados de gravidez não planejada precisam ser reduzidos, o que é possível por meio do acesso das mulheres ao serviço de planejamento familiar na atenção básica. Estudo visando descrever as complicações fetais do DM avaliou 50 gestantes com a referida patologia e observou que as gestações nessas mulheres foram mal planejadas, ressaltando a importância da normalização da glicemia na pré-concepção, uma vez que esta, ocorrendo após o primeiro trimestre de gestação, possivelmente, não previne as complicações neonatais relacionadas ao diabetes⁽¹⁸⁾.

Um dos mais importantes cuidados para minimizar as condições adversas na gestação de mulheres com DM é a compensação glicêmica. Por isso, estas devem ser orientadas para planejarem as gestações, de modo que os níveis glicêmicos estejam normalizados desde antes da concepção⁽¹⁹⁾. A hipertensão e o DM pré-gestacional estão diretamente associados aos danos em tecidos e agravos cardiovasculares. Na gestante, estas entidades ocorrem separadas ou reunidas e estão associadas ao aumento significativo da morbidade e da mortalidade materna e perinatal⁽¹⁴⁾.

O ganho de peso na gestação é um fator prognóstico da evolução e do desfecho da gravidez. Nos últimos anos, tem-se verificado a intensificação na prevalência de gestantes com ganho ponderal acima do aceitável, com consequências maléficas tanto para a mãe quanto para o concepto. Estudo sobre fatores de risco e consequências relacionadas com o ganho de peso excessivo na gestação identificou como fatores de risco mais relevantes o estado nutricional prévio à gestação, escolaridade, paridade, idade materna, situação conjugal, fatores psicológicos, hábi-

to de fumar, atividade física, altura e consumo alimentar. Dentre os efeitos deletérios encontrados, destacam-se retenção de peso pós-parto, obesidade ao longo da vida, estrias, edemas, pré-eclâmpsia, desordens hipertensivas, diabetes, distócia, macrossomia, parto cirúrgico e hemorragias⁽²⁰⁾. Portanto, é necessário controlar o peso e manter uma alimentação saudável prévia à gestação, particularmente quando se tratar de mulheres com DM.

Assim, de acordo com a escala aplicada no estudo, foram identificadas mulheres com todos os níveis de conhecimento (nenhum, limitado, moderado, substancial ou extenso), predominando o nível de conhecimento moderado, com 44 (41,5%) mulheres, seguido por 27 (25,5%) mulheres classificadas com nenhum conhecimento. Portanto, em um número significativo de mulheres com DM, observa-se que estas estão engravidando sem o devido planejamento e conhecimento dos cuidados pré-concepcionais a serem adotados.

Ao observar a presença de repercussões negativas no processo de engravidar, gestar e parir, no perfil obstétrico de mulheres portadoras de DM evidencia-se a necessidade de cuidados pré-concepcionais, com o intuito de reduzir esses agravos. Ressalta-se o papel do enfermeiro no controle pré-concepcional destas mulheres, de modo que estas possam engravidar em um melhor momento clínico da patologia.

Destaca-se que a gestação é considerada diabetogênica porque se caracteriza pela resistência à insulina, associada ao aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e gonadotrofina coriônica, visando manter constante o suprimento de glicose para o feto. Na gestação normal, isto é compensado pelo aumento da secreção pancreática de insulina⁽⁵⁾. Nas pacientes com alterações no metabolismo dos carboidratos prévias à gestação e nas que não se ajustam às alterações próprias da gravidez, a elevação da glicemia materna acarreta hiperglicemia e hiperinsulinemia fetal, intensificando a morbidade e a mortalidade perinatal. Os avanços observados nas duas últimas décadas nas áreas de Obstetrícia e Pediatria e a melhoria do controle glicêmico durante a gestação reduziram significativamente a morbidade e mortalidade perinatal associada ao diabetes na gravidez⁽¹⁹⁾.

No perfil de conhecimento sobre os riscos maternos e fetais, as mulheres com DM apresentaram nenhum, limitado ou moderado conhecimento, com base na escala adotada. Este dado reflete a carência de informações oferecidas a essas pacientes pelo serviço de saúde. É necessário orientar todas as mulheres no tocante aos riscos aos quais estão expostas, o que poderá contribuir para a adesão destas aos cuidados antes e durante a gestação.

A proposta do modelo assistencial atual, pautada na promoção da saúde, considera o direito do usuário à informação, de tal forma que seja este o elemento fundamental à tomada de decisões. Assim, existe a necessidade da formação e atuação dos profissionais de saúde em conformi-

dade com o modelo de política de saúde vigente, comprometidos com a democratização do saber em saúde e com o desenvolvimento de potencialidades da clientela⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

O perfil reprodutivo das mulheres com diabetes mellitus permite reconhecer que o grupo pesquisado acumula riscos e repercussões negativas em sua trajetória reprodutiva, o que pode ser prevenido em novas clientelas por meio do compromisso dos gestores e das equipes de saúde em informar a respeito da relação existente entre gestação e DM, particularmente sobre os cuidados pré-concepcionais e os riscos maternos e fetais. Uma vez conhecedoras desta relação, estariam as mulheres a exercerem melhor controle e autocuidado sobre a saúde em face do desejo e do planejamento de uma gestação.

O nível de conhecimento tanto a respeito dos cuidados pré-concepcionais quanto aos riscos maternos e fetais apresentou déficit, indicando a necessidade de informações às mulheres com diabetes mellitus, para que o nível de conhecimento sobre os riscos maternos e fetais, bem como sobre os cuidados pré-concepcionais atinjam o nível extenso e que este alcance maiores porcentagens. Quanto aos cuidados pré-concepcionais, 27 (25,5%) das

mulheres não apresentaram conhecimento (nenhum) (IC= 17,5%-34,9%); e apenas oito (7,5%) demonstraram conhecimento extenso (IC=3,3-14,3%). Dentre os cuidados pré-concepcionais mais conhecidos, destacaram-se o controle glicêmico, citado por 72 (67,9%) das mulheres (IC=58,2-76,7%) e a manutenção da pressão arterial em níveis normais, citado por 71 (67,0%) (IC=57,2-75,8%). Quanto ao conhecimento sobre os riscos maternos e fetais, 42 (39,6%) (IC=30,3-49,6%) não apresentaram conhecimento (nenhum) e nenhuma demonstrou conhecimento extenso. Os riscos maternos e fetais mais citados foram a malformação fetal, referida por 48 (45,3%) mulheres (IC=35,6-55,2%), e aborto, referido por 42 (39,6%) (IC=30,3-49,6%).

Do exposto, indaga-se acerca do conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nesta área sobre as especificidades dos cuidados pré-concepcionais em mulheres portadoras de diabetes mellitus, dos riscos maternos e fetais e das estratégias utilizadas por esses profissionais para informar as usuárias, questionamentos que ficam como sugestões para estudos futuros.

Constituiu-se limitação do estudo, inclusive citada no corpo do artigo: falta de investigação a respeito do tipo de aborto (espontâneo ou provocado) ao pesquisar sobre o perfil reprodutivo das mulheres com diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. Brasília; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006. Brasília; 2008.
3. Lequizamón G, Igarzabal ML, Reece A. Periconcepcional care of women with diabetes mellitus. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2007;34(2):225-39.
4. Lang J, Márquez A, Valdéz L, Pérez J, Becil I. Contracepción y diabetes: información sobre mujeres diabéticas en un área de atención primaria. *Rev Cub Endocrinol*. 1995;6(2):89-96.
5. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem maternal. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Pereira BG, Faúndes A, Parpinelli MA, Passini Júnior R, Amaral E, Pires HB, et al. Via de parto e resultados perinatais em gestantes diabéticas. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 1999;21(9):519-25.
7. Nomura RMY, Francisco RPV, Maganha CA, Miyadahira S, Banduki Neto JD, Zugaib M. Vitalidade fetal em gestações complicadas com diabetes melito pré-gestacional: um estudo longitudinal. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2002;24(2):113-20.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD; 2007.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica).
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Suppl):15-25.
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF); Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização das Nações para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Medidas vitais: um desafio de comunicação. Brasília: UNICEF; 1991.
13. American Diabetes Association (ADA). Preconception care of women with diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27 Supl 1:76-8.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual técnico: gestação de alto risco. Brasília; 2000.

-
15. Madi JM, Rombaldi RL, Oliveira Filho PF, Araújo BF, Zatti H, Madi SRC. Fatores maternos e perinatais relacionados à macrosomia fetal. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* 2006; 28(4):232-7.
 16. Fiorelli LR, Zugaib M. Resultado perinatal na macrosomia fetal. *Rev Med.* 2007; 86(3):144-7.
 17. Rocha JLL, Baggio HCC, Cunha CA, Niclewicz EA, Leite AS, Baptista IDK. Aspectos relevantes da interface entre Diabetes Mellitus e infecção. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002;46(3):221-9.
 18. Côrrea FHS, Gomes MB. Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2004;48(4): 449-504.
 19. Mauad Filho F, Dias CC, Meirilles RS, Cunha SP, Nogueira A, Duarte G. Diabetes e gravidez: aspectos clínicos e perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* 1998;20(4):193-8.
 20. Costa BMF, Maldi PC, Gil MF, Paulinelli RR. Fatores determinantes do ganho de peso excessivo em gestantes eutróficas. *Femina.* 2006;34(12):823-8.
 21. Reis ML, Puschel VAA. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.esp 2):1308-13.