
SENTIMENTOS DAS GESTANTES DIABÉTICAS

THE FEELINGS OF DIABETIC PREGNANT WOMEN

SENTIMIENTOS DE LAS GESTANTES DIABÉTICAS

MARIA GORETE ANDRADE BEZERRA¹
FRANCISCA ANA MARTINS CARVALHO²
TANARA TÁVORA SOBREIRA³

O diabetes mellitus é uma doença sistêmica, caracterizada por dismetabolismo dos carboidratos. Podendo ser semelhante no homem e na mulher ocorrendo com frequência na gestação. Objetivou-se identificar os sentimentos da gestante diabética e as complicações para ela e o feto. A pesquisa foi realizada em uma maternidade em Fortaleza-CE, com 10 gestantes, durante os meses de agosto a outubro de 1999. As entrevistas foram gravadas e categorizadas. Concluímos que a gravidez é um período de crise emocional e insegurança devido ao desconhecimento e aos problemas que possam ocorrer com diabetes mellitus.

PALAVRAS-CHAVES: Mulheres, Diabetes gestacional.

The mellitus diabetes is a systemic disease characterized by the dismetabolism of carbohydrates. It can be similar in man and woman. During the pregnancy the woman can be attacked. We identified the feelings of diabetic pregnant, the complications of the disease towards the embryo. The study was done in a maternity in Fortaleza – Ceará – Brasil, with 10 pregnant during the months August to October of 1999. The interviews were recorded and ranked by types. We concluded that the pregnancy is a period of emotional crisis, herself insecure because of the ignorance about the disease and also concerning to the problems.

KEY WORDS: Women, pregnancy diabetes.

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica caracterizada por una alteración metabólica de los carboidratos. Puede ser parecida en el hombre y en la mujer. Ocurre con frecuencia durante el embarazo. El objetivo fue identificar los sentimientos de la gestante diabética y las complicaciones para ella y el feto. La investigación fue realizada en una maternidad de Fortaleza – Ceará – con 10 embarazadas, durante los meses de agosto a octubre de 1999. Las entrevistas fueron grabadas y clasificadas por categorías. Se concluyó que el embarazo es un periodo de crisis emocional e inseguridad debido al desconocimiento y a los problemas derivados de la diabetes mellitus.

Palabras clave: Mujeres, Diabetes en el embarazo.

¹ Enfermeira Especialista em Obstetrícia – Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

² Enfermeira Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFC. Rua Barão de Aracati 1291/104 Aldeota. Cep: 60115191.

³ Enfermeira Mestre em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem/UFC. Rua Visconde de Mauá, 1661, aptº 301-Aldeota. Fortaleza-CE. CEP: 60125-160.

INTRODUÇÃO

O diabetes na gestação pode acarretar sérias complicações maternas e fetais, assim sendo torna-se importante identificar os sentimentos destas gestantes, com relação ao seu estado gestacional e suas possíveis preocupações com o feto, a fim de que se consiga, por parte da mesma, uma melhor adesão ao tratamento.

Observa-se uma incidência significativa de gestantes diabéticas internadas, e que a aceitação do tratamento é um dos fatores importantes para a melhora da patologia. Portanto, faz-se necessário implantar um programa de educação para a saúde, objetivando diminuir o seu tempo de internação e elevar a qualidade da assistência de Enfermagem. Orem (1991), afirma em suas premissas da TEORIA DO AUTOCUIDADO que a Enfermagem tem como especial preocupação o autocuidado do indivíduo e o oferecimento de controle, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e compatibilizar-se com os seus efeitos.

As gestantes diabéticas que encontram-se em controle metabólico precisam participar ativamente no seu tratamento, e assumir a responsabilidade de identificação dos sinais e sintomas, controle da dieta, exercícios, manuseio do glicosímetro e administração de insulina.

Identificando os sentimentos revelados pelas gestantes diabéticas, a Enfermagem poderá desenvolver uma assistência integral à gestante, planejando melhor o autocuidado, tornando este momento vivenciado pela gestante, menos angustiante, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida para o binômio mãe-filho, visto que Orem (1991), enfatiza no seu conceito de autocuidado que os indivíduos cuidam de si mesmos. Quando estes não conseguem, o enfermeiro oferece ajuda para que os mesmos possam desenvolver a prática do autocuidado.

OBJETIVOS

- Detectar os sentimentos da gestante diabética com relação ao feto e a si mesma.
- Identificar o nível de conhecimento da gestante sobre Diabetes Mellitus.

METODOLOGIA

É uma pesquisa descritiva, onde procuramos identificar os sentimentos das gestantes diabéticas, frente ao seu conhecimento e as complicações que poderão acontecer à mãe e ao feto no decorrer da gestação.

A pesquisa realizou-se em uma maternidade pública de grande porte, localizada na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. O horário para a entrevista ficou conforme a disponibilidade da gestante e da pesquisadora.

Foram entrevistadas 10 gestantes diabéticas que se encontravam internadas na maternidade acima referida, para tratamento, durante os meses de agosto, setembro e outubro do ano de 1999, independente da faixa etária, estado civil, número de gestações e etnia. As entrevistas foram gravadas com a permissão das gestantes. Em seguida foram transcritas na íntegra e lidas várias vezes. Com base em Minayo (1994, p.70), estabelecemos cinco categorias que podemos perceber a vivência das entrevistadas.

- Conhecimento da gestante sobre Diabetes Mellitus antes da gestação;
- Conhecimento da mulher sobre Diabetes Mellitus na gravidez;
- Sinais e sintomas das gestantes diabéticas;
- Sentimentos das gestantes ao saberem que estavam com Diabetes Mellitus;
- Sentimentos das gestantes com relação ao bebê.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conhecimento da mulher sobre Diabetes Mellitus antes da gestação.

Quanto ao conhecimento do Diabetes Mellitus antes da gestação, algumas gestantes entrevistadas referiram através de suas falas que tinham informações sobre a patologia, o que podemos observar a seguir:

Já tinha ouvido falar, mas não sabia que era assim tão complicada, fazer dieta, tomar insulina. Sabia pouco, tinha um tio que teve a doença. Que era açúcar no sangue. Meu pai tinha diabetes e sempre falava que era açúcar no sangue.

Sei que é excesso de glicose no sangue, que se não controlar esta glicose, ela pode levar ao coma e depois a morte. Meu caso Diabetes Mellitus começou na adolescência, fiz tratamento, ouvi palestras sobre a importância dos cuidados, que é hereditário.

Apesar do Diabetes Mellitus ser uma doença universal, que afeta uma grande maioria da população, percebemos que o conhecimento das gestantes quanto a patologia é ainda bastante superficial.

Percebe-se que, é imperiosa a necessidade de maior divulgação, quanto a doença, os sinais e sintomas e tratamento.

Para Buchanan (1996), é indispensável que as mulheres diabéticas em idade reprodutiva sejam orientadas, quanto as complicações durante a gestação, quando o controle metabólico é precário, visto que, o ambiente metabólico alterado é considerado como responsável por muitas das anomalias que ocorrem durante a gestação. Ele confirma ainda que a gravidez tem um efeito diabetogênico, agrava o diabetes pré-gestacional e pode iniciar a doença em mulheres geneticamente predispostas, com remissão após o parto (diabetes gestacional), elevando assim a incidência de abortos espontâneos, de toxemia, e hidrânio, de mortalidade fetal perinatal, de macrossomia fetal e de anomalias congênitas.

Vaughan (1989, p. 126), afirma que a incidência de anomalias congênitas em filhos de mães diabéticas é três vezes maior do que a incidência na população geral, e que muitas destas anomalias ocorrem durante a organogênese, ou seja, nas primeiras semanas de gestação, isto é, antes que a mãe saiba que está grávida.

A situação ideal para a mulher com diabetes insulina dependente segundo Ziegel (1985, p 285), é procurar consultar a equipe de saúde antes da concepção. Nesta ocasião, ela e seu parceiro podem verificar quais os riscos existentes e qual o tratamento específico para uma gestante diabética. Para Morais (1992, p. 228), o casal deve compreender a possibilidade de uma provável hospitalização durante a gravidez, entretanto, não é adequado desestimular indivíduos diabéticos de constituírem família.

Conhecimento da mulher sobre Diabetes Mellitus na gravidez

Quanto ao conhecimento da diabetes na gravidez, observamos através das falas das gestantes entrevistadas,

que o conhecimento é muito pouco, deixando-as desenformadas, como observa-se nas falas abaixo:

Eu sei que ela causa problemas de aborto, que o neném pode ficar muito gordo, pode ter problema de eclâmpsia. Pouco. Sei que é açúcar no sangue, que tem que fazer dieta e que o neném pode nascer muito grande. Sei que minha diabetes pode ser só durante a gravidez.

As gestantes referem saber pouco sobre a doença diabetes, o que nos preocupa, pois é fato conhecido que o adequado controle do diabetes pode prevenir, retardar ou atenuar suas manifestações crônicas.

Ziegel (1985, p. 163), esclarece que a gravidez, embora seja um evento biologicamente normal, é um acontecimento especial na vida da mulher e do feto. Os profissionais de saúde devem entender essa ocasião como uma ótima oportunidade para a manutenção preventiva da saúde e para a educação da cliente.

Um pré-natal atuante, regular, com a participação efetiva da equipe de saúde e a colaboração da gestante, pode, eventualmente dispensar uma possível internação. Elas devem ser orientadas a conseguir um controle glicêmico para evitar complicações futuras.

Segundo Vaughan (1989), a obtenção dos níveis glicêmicos adequados à gravidez é obtido através de exercícios, dieta apropriada e/ou insulino terapia. A dieta deve ser acompanhada com a nutricionista que definirá com a gestante um padrão alimentar compatível com as preferências alimentares e culturais, seu estilo de vida e seu status econômico. A dose de insulina é ajustada de acordo com os níveis de glicose sanguínea, determinada a intervalos frequentes durante toda a gestação.

Para que se cumpra com êxito tal objetivo, faz-se necessário que a gestante esteja bem informada sobre a doença, e colabore com a equipe de saúde em seu tratamento.

Sinais e sintomas das gestantes diabéticas

Quanto aos sinais e sintomas que as gestantes referiram através das falas, observa-se pouca preocupação ao problema estabelecido.

*... ultimamente é que eu tenho tremores.
... minha barriga estava muito grande.
... dor no estômago e nas costas, mas eu não sei se é por causa do colesterol, do triglicérido ou da diabetes.*

Podemos observar através das falas que os sinais e sintomas referidos pelas gestantes durante a gravidez não foram relevantes, o que nos preocupa, pois sabemos que na grande maioria as diabéticas só são identificadas quando estes sinais e sintomas são diagnosticados. Ao surgimento de complicações como infecção na pele e vias urinárias, ou mesmo complicações mais graves como problemas visuais e arteriais e parto prematuro, facilmente são diagnosticadas.

As malformações congênitas segundo Ziegel (1985, p. 284), ocorrem em 0,5 a 10% das grávidas diabéticas. Embora não sejam bem claras as razões desse risco, parecem estar mais ligadas a um fator ambiental intra-uterino (por exemplo, hipo ou hiperglicemia) do que o fator genético ou hereditário.

Buchanan (1996), refere que a ingestão aumentada de alimentos, a adiposidade, e a inatividade materna contribuem para a resistência insulínica na gravidez, gerando assim a hiperglicemia materna, enquanto que a hipoglicemia materna durante o meio da gravidez ocorre depois de um jejum prolongado e resulta da disponibilidade limitada de substratos gliconeogênicos. A hipoglicemia do jejum na gravidez avançada ocorre mais rapidamente e resulta da utilização da glicose fetal, da disponibilidade de substratos reduzidos e da utilização prejudicada de substratos gliconeogênicos disponíveis pelo fígado materno, que se caracteriza pela diminuição na concentração da glicose circulante.

Damasceno (1997), nos alerta que é preciso aprender a reconhecer os sintomas deste quadro (nervosismo e irritabilidade, sudorese, tremores nas mãos, cefaléia, visão dupla ou turva, fala arrastada, fome, palidez, sonolência, taquicardia, sensação de formigamento nos lábios), e agir o mais depressa possível. É necessário, segundo Ziegel (1985), um controle muito cuidadoso dos níveis de glicose sanguínea para impedir a cetoacidose que é uma causa comum de morte intra-uterina.

Damasceno (1997), evidencia que cabe ao diabético desta forma a decisão pelo controle ou complicações da doença, porém o mesmo deve estar bem orientado quanto aos sinais e sintomas e tratamento para poder exercer a prática do autocuidado. Du Gas (1978), reforça que é necessário a prática de atividades destas pessoas que desempenham em seu próprio benefício, no sentido benéfico, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

A presença de complicações hipertensivas da gravidez, seja hipertensão recentemente diagnosticada ou agravamento da hipertensão pré-existente, é particularmente preocupante na gravidez diabética, sendo motivo para aumentar a frequência da vigilância fetal Morais (1992, p. 231). Existem alguns indícios de que a pré-eclâmpsia é mais comum entre mulheres diabéticas com precário controle metabólico, particularmente no início do segundo trimestre, quando o trofoblasto está invadindo a vasculatura uterina.

O hidrânio embora esteja associado com problemas perinatais como anomalias congênitas, ele também é relatado como aumentado nas gestantes diabéticas que levam a neonatos estruturalmente anormais.

Sentimentos das gestantes ao saber que estavam com Diabetes Mellitus

Quanto aos sentimentos das gestantes ao saber que estavam com diabetes, foram registradas as seguintes falas:

Preocupação, tristeza, medo de me tornar uma diabética.

Fiquei apavorada na hora que eu soube. É muito sofrimento.

Fiquei muito abalada, chorei muito, com medo de abortar de novo.

Fiquei impressionada, com medo de que não fosse gestacional.

Na época fiquei revoltadíssima. Na verdade eu não aceitava por causa das restrições. Eu sempre tive uma vida agitada, gostava de sair, de beber, sou louca por doce, chocolate, bolo, etc.

Para Maldonado (1986), a gravidez é uma condição singular, não sendo doença, cria alterações temporais tão profundas no organismo da mulher que a transição para a patologia é muito sutil. As evidências substanciais indicam que as alterações neuroendócrinas e biológicas que ocorrem durante a gravidez podem ocasionar profundos efeitos psicológicos. A gestante se vê diante de sentimentos contraditórios: auto-estima, insegurança, medo, auto-afirmação. Se a tudo isto somar-se o fato de que é uma gestante diabética, que haverá ainda um sem-número de outras solicitações ligadas aos cuidados com a doença, pois a ges-

tante têm que fazer glicemia, tomar insulina, preocupar-se com as refeições e seus horários. Tudo isto constitui um período de tensão psicológica, gerando alterações no comportamento, comum aumento da sensibilidade e irritabilidade emocional.

Damasceno (1997), nos orienta que além da dimensão estrutural psicológica e social que envolve a passagem do cotidiano “sem a doença” para o cotidiano “com doença”, cabe também considerar a dimensão econômica da gestante e da família. A necessidade de uma alimentação equilibrada, de adquirir insulina, seringas, fitas reagentes, glicosímetro, representa um custo muito elevado para a família já tão cheia de compromissos.

A adaptação da gestante à nova situação depende, em grande parte, da família. É muito importante que todos tentem colaborar, para tornar a vida da gestante mais fácil possível.

Em suas falas podemos observar o quanto ficaram surpresas e temerosas por tornarem-se diabéticas, e o que possa vir a acontecer com sua vida e do bebê.

A gestante encontra-se diante do desconhecido, só conhece aquilo que ouviu dos familiares e amigos, e muitas vezes de forma errada. O diabetes gestacional é bastante diferente do diabetes apresentado por indivíduos jovens (tipo I). É importante que os profissionais de saúde que assistem a estas gestantes estejam sempre dispostos a escutá-las, procurando compreender os seus sentimentos expressivos, como também orientando-as da melhor forma possível para que possam desta maneira desenvolver a prática do autocuidado.

Sentimentos da gestante com relação ao bebê

Quanto aos sentimentos das gestantes com relação ao bebê, observamos as seguintes falas:

Tenho medo que o bebê tenha diabetes, dele ficar fazendo tratamento, tão pequenininho.

Tenho medo que a criança nasça com algum defeito físico, sem braço, uma perna, ou que venha a ter a doença diabete, prefiro até que Deus leve a criança, pois é muito sofrimento.

Tenho medo de aplicar insulina na barriga e furar o bebê.

Tenho medo dele ficar com diabetes e não se criar.

Tenho medo, já sonhei que o menino nascia sem a pele do corpo, sem cabeça.

O medo é um sentimento de grande inquietação, ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça, susto, pavor, temor, terror. Justificando assim o que nos revelou as falas das gestantes quanto ao medo da doença e do tratamento, das possíveis conseqüências para seu filho.

A decisão de ter um filho para Maldonado (1986), é o resultado da interação de vários motivos conscientes e inconscientes: concretiza o desejo da transcendência, manter um vínculo já desfeito, competir com os irmãos (quem tem filho primeiro, quem tem mais filhos), garantir que não vai ficar sozinha, busca de uma extensão de si própria, o filho com a missão de preencher lacunas e desejo na vida dos pais.

A medida que a gravidez evolui, afirma Colouvsy (1996), que o medo e a ansiedade crescem, os temores mais comuns e o de ter um filho mal formado, o de não saber criá-lo, devido o problema e que na maioria das vezes estes temores podem se manifestar através de sonhos, os quais tornam-se mais frequentes e de conteúdo assustador à medida que se aproxima a data provável do parto.

A gestante apresenta outro sentimento contraditório, ou seja, a vontade de ter o filho, terminar a gravidez e, simultaneamente, a vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer novas adaptações pela vinda do bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o Diabetes Mellitus é uma doença universal com grande incidência, faz-se necessário uma maior divulgação da patologia para a população em geral, pois conhecendo a sua origem e como controlá-la, pode-se prevenir, retardar ou atenuar suas manifestações.

Evidenciando-se um efeito diabetogênico na gravidez, devido às alterações hormonais e como este efeito influi no curso da gestação e do feto, é importante que no pré-natal seja diagnosticado o mais precoce possível esta patologia e que a gestante seja bem esclarecida sobre a doença, suas complicações, controle e importância de sua participação no tratamento.

Considerando que a gravidez é um período de crise emocional, onde a gestante se vê diante de sentimentos de insegurança, medo e incerteza se faz necessário que as informações fornecidas às gestantes sejam claras, porém não assustadoras, pois conhecendo melhor a sua patologia a

gestante se sentirá mais segura e terá auto-confiança para enfrentar as possíveis complicações que possam vir a existir.

Portanto, uma maior divulgação e uma melhor informação a gestante diabética sobre sua condição, permite-lhe um bom convívio com a mesma, efetivando a sua plena participação no autocuidado com a sua saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUCHANAN, T. A . COUSTAN, D. R. Diabetes melito. In.: BURROW, G.N. FERRIS, T.F. **Complicações clínicas durante a gravidez**. 4. ed. São Paulo: Roca, 1996. cap. 2, p. 29-60.

COLOUVSKY, S. G, S. Gravidez aspectos psicológicos. **GO Atual**, ano 5, n. 10, p. p. 30-38, Set. 1996.

DAMASCENO, M. M. **O existir do diabético – da fenomenologia à enfermagem**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

DU GAS, B.W. **Enfermagem prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978. cap. 2, p. 67.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**. 8. Ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social** – teorias, métodos, criatividade. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAIS, E. N. Diabetes e gravidez. In: **Temas de Obstetrícia**. São Paulo: Rocca, 1992. p. 223-237.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4. ed. ST. Louis: Mosby-Year Book, 1991.

VAUGHAN, N. J. A. **Tratamento de diabetes**. In: RUBIN, P.C. **Prescrição na gravidez**. São Paulo: Manole, 1989. cap. 12, p. 125-134.

ZIEGEL, E. E; CRANLEY, M S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

RECEBIDO: 17/11/2000

ACEITO: 24/9/2001