

DÉFICITS DE AUTOCUIDADO EM CLIENTES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: uma contribuição para a enfermagem^a

Camila Aparecida Pinheiro LANDIM^b
Kallyne Moreira Pequeno MILOMENS^c
Maria Albertina Rocha DIÓGENES^d

RESUMO

O diabetes *mellitus* gestacional pode ser controlado e suas complicações prevenidas, desde que as clientes envolvam-se em ações de autocuidado. Objetivou-se identificar déficits de autocuidado em gestantes diabéticas e propor subsídios para o apoio-educativo a essas gestantes. Foi realizado um estudo descritivo com 12 gestantes cadastradas em uma instituição referência em diabetes e hipertensão em Fortaleza, Ceará, nos meses de abril a maio de 2007. Utilizou-se entrevista semi-estruturada para a coleta das informações. A sua análise foi fundamentada na Teoria Geral de Enfermagem de Orem. Encontraram-se déficits de autocuidado relacionados à dieta, atividade física, sono e repouso, e interação social. O enfermeiro deve atuar no apoio-educativo, avaliando a capacidade delas para o autocuidado, e propondo ações que envolvam a família e programas de atividades grupais no serviço de saúde.

Descritores: Diabetes gestacional. Autocuidado. Educação em saúde. Modelos de enfermagem.

RESUMEN

La diabetes mellitus en la gestación puede ser controlado y sus complicaciones prevenidas, desde que las pacientes se involucren en acciones de autocuidado. El objetivo fue identificar los déficits de autocuidado en embarazadas con diabetes y proponerles herramientas como ayuda educativa. Se realizó un estudio descriptivo con 12 embarazadas registradas en una institución de gran importancia en Fortaleza, Ceará, Brasil, en los meses de abril a mayo de 2007. Se utilizó una entrevista estructurada para la toma de información. Su análisis se basó en la Teoría General de Enfermería de Orem. Se señalaron déficits de autocuidado relacionados a la dieta, actividad física, sueño e interacción social. Es muy necesario que las mujeres observen acciones de autocuidado. El enfermero debe actuar en el apoyo educativo, evaluando la capacidad de las mujeres para el autocuidado y proponiendo acciones que impliquen a la familia, así como programas de actividades grupales en el servicio de salud.

Descritores: Diabetes gestacional. Autocuidado. Educación en salud. Modelos de enfermería.

Título: Déficits de autocuidado en clientes con diabetes mellitus en la gestación: una contribución para la enfermería.

ABSTRACT

Gestational diabetes mellitus can be controlled and its complications prevented, provided clients take part in self-care actions. The objective of the present study was to identify self-care deficiencies in pregnant women suffering from diabetes, and to provide inputs for their educational support. This descriptive study included 12 pregnant women cared at a diabetes and hypertension reference institution in Fortaleza, Ceará, Brazil, in April and May, 2007. Data were collected using a semi-structured interview. Analysis was based on Orem's Nursing General Theory. Self-care deficiencies were related to eating habits, physical activities, sleep and rest, and social interaction. Nurses must provide educational support to these patients, evaluate their self-care capacity, and propose actions that involve the family, as well as group activities in health services.

Descriptors: Diabetes, gestational. Self care. Health education. Models, nursing.

Title: Self-care deficiencies in patients with gestational diabetes mellitus: a contribution to nursing.

^a Estudo desenvolvido em 2007 como trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Ceará, Brasil.

^b Enfermeira. Mestranda do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil.

^c Enfermeira do Programa de Saúde da Família do Município de Orós, Ceará, Brasil.

^d Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Professora da UNIFOR, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

Diabetes *mellitus* gestacional (DMG)

O diabetes *mellitus* gestacional (DMG) é tido como um estado de intolerância à glicose, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez na gravidez. Essa enfermidade se apresenta como um grande problema pessoal e de Saúde Pública, visto que grande parte de suas complicações podem levar a óbitos maternos e perinatais^(1,2).

Segundo a *American Diabetes Association*, a prevalência do DMG pode variar de 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados⁽²⁾. O Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional (EBDG) concluído em 1997 revelou que a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 25 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6%⁽³⁾.

A susceptibilidade em desenvolver DMG refere-se à ocorrência de um ou mais dos seguintes critérios: idade superior a 25 anos; obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; deposição central excessiva de gordura corporal; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; baixa estatura (inferior a 1,50 cm); crescimento fetal excessivo; polidrâmnio; hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional⁽⁴⁾.

Um estudo multicêntrico desenvolvido pelo Ministério da Saúde, na década de 1990, em cinco capitais brasileiras, avaliou cerca de 5.000 gestantes atendidas em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com o teste oral de tolerância com 75g de glicose. Verificaram-se taxas de prevalência mais baixas de DMG em Salvador. Em Fortaleza e Manaus, as taxas foram as mais altas dentre os centros do estudo. Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro ficaram em posições intermediárias⁽⁵⁾.

O comprometimento fetal decorrente do DMG provém primordialmente da hiperglicemia materna, que por difusão facilitada chega ao feto. A hiperglicemia fetal, por sua vez, estimula a produção exagerada de insulina, podendo desencadear macrossomia, fetos grandes para a idade gestacional, aumento das taxas de partos cesarianos, traumas de canal de parto e distócia de ombro, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e óbito fetal intra-uterino⁽⁶⁾.

Frente a esses agravos alarmantes, é necessário esclarecer que o DMG pode ser controlado e suas complicações podem ser preveníveis, desde que as clientes envolvam-se em ações, tais como: monitoramento glicêmico capilar diário, adesão à dieta prescrita, atividade física, insulino-terapia. Esses comportamentos são atitudes de autocuidado.

O autocuidado é a apreensão das reais necessidades de saúde individuais, capaz de sustentar e garantir a finalidade da vida. É uma maneira de agir para si, aprendendo consigo e com o outro⁽⁷⁾. É ainda considerado como a prática de ações que os indivíduos executam por si mesmos para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. A educação para o autocuidado depende da vontade do cliente e da percepção dele sobre sua condição clínica⁽⁸⁾.

Um estudo desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro (RJ), no ano de 1999, investigou complicações perinatais em 90 gestantes diabéticas em acompanhamento pré-natal. Encontrou elevada frequência de partos cesáreos, recém-nascidos prematuros e grandes para a idade gestacional (GIG), assim como uma maior frequência de patologias neonatais (hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, desconforto respiratório e depressão neonatal), e também mortalidade entre os fetos e recém-nascidos das clientes estudadas⁽⁹⁾. Apesar do número de complicações encontradas, sabe-se que estas são resultantes do controle metabólico ineficaz em decorrência de autocuidado inadequado.

Uma pesquisa desenvolvida na cidade de Florianópolis, no ano de 2000, a partir da prática assistencial, enfatizou que indivíduos portadores de patologias nas quais práticas de autocuidado se fazem necessárias para o tratamento, precisam de informações suficientes e adequadas para que possam conviver com a doença e superar as complicações por elas causadas por meio de uma adesão consciente ao regime terapêutico⁽¹⁰⁾. O não comprometimento com as condutas terapêuticas prescritas tem como consequência déficits de autocuidado importantes.

O profissional enfermeiro deve estar capacitado para minimizar tais déficits de autocuidado, planejando e executando cuidados individualizados às clientes com DMG. Esses cuidados são demonstrados, na grande maioria, pelas Teorias de Enfermagem. No entanto, a fim de atuar de maneira eficaz na assistência de enfermagem à ges-

tante diabética, o presente estudo é fundamentado principalmente pela teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem⁽⁸⁾, por fazer referência ao ser humano como alguém que pode desempenhar atitudes de autocuidado, melhorando sua qualidade de vida.

Teoria Geral de Enfermagem de Orem

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem⁽⁸⁾.

A Teoria do Autocuidado apresenta como conceitos essenciais o autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos utilizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Ação de autocuidado é a capacidade do homem engajar-se no autocuidado. Fatores condicionantes básicos são idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sócio-cultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e a disponibilidade de recursos. A demanda terapêutica de autocuidado diz respeito a ações de autocuidado desempenhadas com alguma duração para preencher exigências conhecidas de autocuidado, através de métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas⁽⁸⁾.

Requisitos de autocuidado apresentados por Orem: universais, desenvolvimentais e de desvios de saúde. Os requisitos de autocuidado universal estão associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos de autocuidado desenvolvimental ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surgem na vida de um indivíduo. Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde são exigidos quando o indivíduo deve adaptar-se a uma situação de doença, lesão ou pode resultar das medidas terapêuticas determinadas para diagnosticar ou corrigir a condição⁽⁸⁾.

O enfermeiro poderá ser um elemento multiplicador de conhecimentos por meio da promoção de educação em saúde aos clientes, proporcionando o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida que

possibilitem maior segurança e melhor aceitação da doença.

O cuidado, como parte integrante da vida⁽¹¹⁾, deverá estar presente quando as habilidades para cuidar forem menores que as exigidas para satisfazer uma demanda de autocuidado; quando as pessoas precisam incorporar medidas recém-prescritas e complexas de autocuidado; ou quando o indivíduo necessite de ajuda para recuperar-se de enfermidade ou ferimento⁽⁸⁾.

Orem destaca cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar para promover o autocuidado. Eles podem estar isolados ou em conjunto, sendo: "1. Agir ou fazer para o outro; 2. Guiar e orientar o outro; 3. Proporcionar apoio físico e psicológico ao outro; 4. Proporcionar/manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5. Ensinar o outro"⁽⁸⁾.

Acredita-se que o enfermeiro tem capacidade de promover o engajamento da cliente com DMG nas suas atividades de autocuidado e que ela é capaz de compreender, decidir e executar suas atividades individuais de cuidado diariamente, refletindo assim na melhoria de sua qualidade de vida. Considera-se que o cuidado de enfermagem é insubstituível no planejamento e na orientação das ações de autocuidado na tentativa de promover a vida e a saúde do indivíduo e ajudá-lo a se recuperar da doença e seus efeitos⁽¹²⁾.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem está dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo e o enfermeiro o assiste substituindo-o. Sistema parcialmente compensatório, quando o enfermeiro e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado. As ações do enfermeiro dependerão das limitações físicas, das habilidades, desembaraço psicológico do indivíduo, para executar tais atividades. Por último, o sistema de apoio-educação é quando o enfermeiro promove o autocuidado do indivíduo. É utilizado quando o indivíduo é capaz de satisfazer as suas exigências de autocuidado, mas necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensino⁽⁸⁾.

Observa-se que, apesar dos esforços dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros para a execução das medidas terapêuticas junto às clientes portadoras de DMG, o comprometimento das gestantes diabéticas com o autocuidado tem sido pouco considerado, resultando em déficits

de autocuidado e um controle metabólico ineficaz, elevando os riscos das complicações da patologia. A partir dessa problemática, questiona-se: a mulher portadora de diabetes *mellitus* gestacional realiza práticas de autocuidado de forma adequada?

Objetivou-se, portanto, identificar aspectos que caracterizem os déficits de autocuidado das gestantes diabéticas e propor subsídios para o apoio-educativo com essas gestantes.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo, cujos sujeitos vivem uma situação especial em dado momento do processo saúde-doença. A fim de compreender como a cliente desempenha o autocuidado, o estudo baseou-se na Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem. A escolha dessa teoria foi motivada pelo fato de oferecer uma base para a prática de enfermagem, especificando quando há necessidade do cuidado de enfermagem em relação às orientações a serem transmitidas às clientes portadoras de DMG, a partir da identificação dos déficits de autocuidado, objeto da presente pesquisa.

O estudo desenvolveu-se em uma Instituição de Saúde na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, referência em nível secundário ao atendimento aos clientes com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial. Integraram ao estudo 12 gestantes diabéticas acompanhadas na referida instituição com diagnóstico clínico-laboratorial de DMG, independentemente do tempo de diagnóstico e tratamento da patologia, com condições físicas e emocionais para responder às perguntas e que concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2007, por meio de entrevista semi-estruturada, contendo dados sociodemográficos, relacionados ao diabetes gestacional, ao autocuidado e ao convívio social.

Os dados foram analisados de forma descritiva, tendo como referencial teórico principal a Teoria Geral do Autocuidado de Orem. Por meio da análise das entrevistas e da transcrição de alguns depoimentos das gestantes do estudo, foram encontrados déficits de autocuidado mais frequentes relacionados à dieta, atividade física, sono e repouso e interação social. Tais déficits foram categorizados em: Déficit de autocuidado relacionado à dieta, Déficit de autocuidado relacionado à atividade física, Déficit de autocuidado relacionado ao sono

e repouso e Déficit de autocuidado relacionado à interação social. A percepção de tais déficits pelo enfermeiro é que delinea a necessidade para a promoção do cuidado de enfermagem eficaz⁽⁸⁾. Como forma de preservar o anonimato das entrevistadas, optou-se por substituir seus nomes por codinomes de estrelas do universo.

Ressalta-se que a inclusão dos sujeitos na pesquisa foi realizada obedecendo ao que preceitua a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob o parecer nº 368/2006.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica das gestantes

Em relação à idade das doze gestantes entrevistadas, encontrou-se a faixa etária compreendida entre 18 e 41 anos. Destaca-se que apenas uma cliente tinha 18 anos enquanto que as demais se situavam na faixa etária entre 30 e 41 anos. A idade igual ou superior a 30 anos representa um dos fatores de risco para o desenvolvimento do DMG⁽¹⁴⁾.

Quanto ao estado civil, seis viviam em união consensual, três eram casadas e três eram solteiras. O número total de familiares residentes no lar variou entre 2 a 6 membros. Observa-se que essas mulheres não moravam sozinhas, o que é um fator positivo diante do diabetes gestacional, sendo um distúrbio que exige cuidado, tanto por parte da própria gestante (autocuidado), como do cuidado familiar. Por conseguinte, a participação da família para satisfazer à demanda de autocuidado de um cliente, associada à ação do enfermeiro, é imprescindível, haja vista a cliente possuir déficit de conhecimento relacionado ao seu estado de saúde e necessitar de ajuda para suprir suas necessidades de sobrevivência⁽¹⁵⁾. Essa preocupação com a família está muito presente na Teoria Geral de Enfermagem de Orem⁽⁸⁾ quando preconiza que, se o indivíduo não pode aprender as medidas de autocuidado, outros devem fazer por ele.

Tratando-se de profissão/ocupação, seis eram domésticas, três do lar, uma autônoma, uma vendedora e uma agente administrativa. Quanto à renda familiar das entrevistadas, verificou-se a predominância de renda mensal em torno de 1 a 2

salários mínimos, demonstrando o baixo poder aquisitivo. Observou-se que as clientes em estudo não deixaram de realizar seus afazeres profissionais pelo surgimento da gravidez e do tratamento do diabetes gestacional. Isso implica em uma diminuição da promoção do autocuidado, pois o fato de estarem fora do seu domicílio requer menos tempo para se autocuidarem, podendo provocar prejuízos no tratamento⁽¹⁶⁾.

Em relação ao número de filhos anteriores à gestação atual, seis já haviam tido de um a três partos, enquanto que as outras seis eram primíparas. Em um estudo comparativo entre gestantes primíparas e múltiplas, encontrou-se relatos de que a primípara tem uma maior dificuldade para se integrar ao seu novo papel na vida da família que a múltipla⁽¹⁷⁾. A falta de experiência pode levar à insegurança, gerando ansiedade, o que, por sua vez, pode interferir no processo de autocuidado.

Quanto ao nível de escolaridade das gestantes, encontrou-se que três possuíam o ensino fundamental incompleto, quatro tinham o ensino fundamental completo, duas apresentavam o ensino médio incompleto, duas concluíram o ensino médio e uma tinha nível superior completo. Constata-se que a escolaridade materna interfere significativamente na qualidade do autocuidado; portanto, merece especial atenção. A saúde é resultante da interação de dois fatores principais: investimentos governamentais na esfera social e educação. A questão da saúde está também intrinsecamente ligada à capacidade de autocuidado da população, o que por sua vez é influenciada diretamente pelo seu nível de instrução⁽¹⁸⁾.

Déficits de autocuidado

A seguir serão apresentados os déficits de autocuidado mais frequentemente encontrados nas gestantes diabéticas. Os déficits encontrados foram então classificados conforme os requisitos de autocuidado universais e de desvios de saúde, como proposto por Orem⁽⁸⁾. Os requisitos de autocuidado desenvolvimentais não foram encontrados nesta pesquisa.

Déficit de autocuidado relacionado à dieta

Observou-se que as gestantes da pesquisa apresentam déficit de autocuidado relacionado à dieta. Esse déficit encontrado está relacionado com

os requisitos referentes ao desvio de saúde, uma vez que a modificação da dieta é fator fundamental para o controle dos níveis glicêmicos na gestante diabética.

A finalidade de uma alimentação equilibrada é proporcionar ao indivíduo os elementos nutritivos para que ele possa ter uma vida saudável para satisfazer suas necessidades humanas básicas⁽¹⁸⁾. Portanto, a dieta da gestante deve ser balanceada e fracionada (mínimo de seis refeições por dia), incluindo vitaminas e sais minerais, proteínas e aumento da ingestão de fibras⁽⁶⁾. Para muitas gestantes diabéticas, a dieta prescrita é suficiente para manter a glicemia, não devendo ganhar mais do que doze quilos durante a gestação. O ganho excessivo de peso é prejudicial à gestante e ao feto, e ainda implicará em uma maior necessidade de administração de insulina. A ingestão de gorduras e de carboidratos deverá ser evitada, pois podem ocasionar rapidamente aumento da glicemia, e, conseqüentemente, solicitar um rápido aumento da secreção de insulina para metabolizar essa glicose⁽¹⁾.

Ao focar a reeducação alimentar, é válido considerar que, para muitas pessoas, a alimentação representa um dos maiores prazeres da vida, uma grande compensação ou até uma forma de esquecer os problemas, como pode ser conferido a seguir no depoimento:

Toda vez que o dinheiro do meu marido no final do mês atrasava, ele ficava nervoso e eu também, ou quando minha sogra me tirava a paciência, me dava uma vontade de comer e comia tudo que tinha na geladeira [...] (Mintaka, 36 anos).

O simples fato de alguém impor mudanças na alimentação rotineira pode levar o indivíduo ao abandono do tratamento nutricional⁽⁶⁾. Portanto, ao propor um novo tipo de dieta às gestantes, é importante conhecer seus hábitos alimentares, criando propostas alternativas que facilitem mudanças, evitando privá-las dos seus prazeres alimentares.

A seguir, diante de alguns depoimentos das gestantes, observa-se que elas apresentam algum conhecimento acerca da dieta a ser cumprida. No entanto, algumas dificuldades impedem de colocá-la em prática devido a fatores externos relacionados, como por exemplo: ansiedade e dificuldade financeira. O fato de não seguirem a dieta prescrita, ingerindo uma maior quantidade de calorias, faz

com que estas clientes estejam sujeitas a uma hiperglicemia ou hipoglicemia severa.

Quem orientou a dieta foi uma nutricionista, tem que ser café, almoço, lanche e janta. Tem muita verdura. A minha mãe me ajuda. Quando o meu marido demora a chegar em casa do trabalho, eu fico muito ansiosa e a primeira coisa que eu faço é comer muito [...] eu esqueço da diabetes, esqueço da dieta porque eu penso logo que ele está com outra mulher [...] (Vega, 32 anos).

Por causa do atraso do dinheiro, não dá para cumprir a dieta do jeito que a doutora disse. Mas eu não como doce e evito comer massa [...] (Capella, 32 anos).

Eu cumpro bem direitinho [...], quem orientou a dieta foi a nutricionista, pão integral, pouco arroz, suco de maracujá, de limão, de carambola, de goiaba, carne, peixe. Mas tem mês que o dinheiro não dá [...] (Mimosa, 33 anos).

Minhas cunhadas me ajudam a seguir a dieta direito, mas só basta eu ficar ansiosa que eu como muito e depois choro muito porque quebrei a dieta, arrependida [...] (Atria, 31 anos).

Déficit de autocuidado relacionado à atividade física

Outro freqüente e importante déficit identificado nas gestantes diabéticas foi relativo à atividade física. Este déficit de autocuidado está relacionado com os requisitos referentes aos desvios de saúde, pois é necessário que a atividade física seja observada pela gestante diabética.

A maioria das entrevistadas relatou não praticar atividade física devido à indisposição e falta de tempo, como se pode ver nos seguintes depoimentos:

Não faço caminhada porque não tenho coragem [...] (Mimosa, 33 anos).

A doutora me disse que eu tenho que fazer caminhada todo dia, dez ou quinze minutos, mas eu me canso demais por causa dessa barriga (Sargas, 41 anos).

Trabalho o dia todo, só chego à tardinha em casa [...] então tenho que fazer jantar para o meu marido e arrumar a casa, não tem tempo de fazer a caminhada que a doutora diz para eu fazer (Mintaka, 36 anos).

Durante a gravidez, as atividades físicas consideradas de baixo risco são as indicadas (ca-

minhada, hidroginástica, dança, natação, ciclismo, ioga), pois provoca aumento da sensibilidade dos tecidos à insulina, melhorando o controle glicêmico da gestante, têm um efeito diurético e contribui para uma maior auto-estima. Podem ser realizadas na gestação, caso não haja alguma contra-indicação clínica, por no máximo trinta minutos diários, de três a cinco vezes por semana⁽⁶⁾.

Déficit de autocuidado relacionado ao sono e repouso

Este déficit de autocuidado está relacionado aos requisitos referentes ao autocuidado universal, sendo este associado ao atendimento das necessidades humanas básicas. A qualidade de vida das pessoas está fortemente relacionada a elementos básicos, como sono e repouso, pois, quando inadequados, algumas capacidades humanas tornam-se prejudicadas, como a concentração, o raciocínio e o humor⁽¹⁹⁾.

Nas gestantes, o sono e o repouso prejudicados resultam no aumento da irritabilidade. As gestantes que fizeram parte deste estudo relataram dificuldade em ter um sono tranqüilo e contínuo, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

Vou dormir às 10 horas da noite e acordo 8 horas, acordo muito a noite para fazer xixi... e no outro dia, fico com sono [...] até meu marido reclama (Capella, 32 anos).

Acordo sempre de mau-humor e me sinto cansada durante o dia, acho que é porque não consigo dormir bem à noite (Aludra, 35 anos).

Eu tô dormindo muito ruim agora, cinco horas por noite [...] igual no começo da gravidez, mas dizem que o início e o final da gravidez são horríveis pra dormir. E eu acordo muito para fazer xixi à noite [...] (Mizar, 37 anos).

Quanto à relação entre urgência miccional e padrão de sono perturbado, acredita-se que, à medida que a gestante necessita acordar para satisfazer tal necessidade, o sono se torna interrompido, diminuindo a qualidade do sono e contribuindo, dessa forma, para um padrão de sono perturbado. Com relação à associação entre cansaço e padrão de sono perturbado, supõe-se que a má conciliação do sono leva à ocorrência do cansaço diário freqüentemente relatado pelas gestantes.

O repouso é um processo associado com o descanso e a restauração da condição normal. Logo, torna-se necessário que a pessoa conheça o seu metabolismo para manter seu equilíbrio, atendendo as necessidades de repouso, respeitando as capacidades pessoais⁽⁸⁾.

Déficit de autocuidado relacionado à interação social

O déficit de autocuidado relacionado à interação social foi um requisito de autocuidado universal encontrado com frequência entre as gestantes diabéticas deste estudo. Observou-se que o isolamento social, conseqüentemente o abandono das atividades de lazer, é um relato comum entre as pesquisadas. A preocupação com a sua auto-imagem, a descoberta da doença, o excesso de peso na gestação contribuem para uma baixa auto-estima e, conseqüentemente, para o isolamento social, uma vez que a gestante prefere estar em casa a participar de eventos sociais, como mostra os seguintes depoimentos:

[...] *prefiro ficar em casa [...] limpar a casa, lavar roupa, fazer comida [...]* (Vega, 32 anos).

[...] *não saio de casa porque me sinto feia e gorda [...]* (Aludra, 35 anos).

[...] *depois que eu descobri essa doença fiquei tão triste que não tenho nem vontade de sair [...]* só faço chorar [...] (Shaula, 18 anos).

[...] *meu lazer é ficar em casa assistindo televisão porque não tenho muitos amigos e essa barriga pesa muito [...]* (Mintaka, 36 anos).

O ciclo gravídico-puerperal acarreta grandes modificações, não apenas corporais, como também na maneira de ser da mulher e em suas relações pessoais. Frente a tantas modificações e sensações, a mulher precisa de segurança, de um vínculo de suporte e de confiança. É na própria família que se encontra esses provedores de suporte que ocupam grande espaço na rede de apoio da gestante, evidenciando que em nossa sociedade a família constitui núcleo básico e primário na vida das pessoas⁽¹⁴⁾. Há fatores que interferem na interação social, destacando as condições de vida e os fatores humanos e ambientais⁽⁸⁾. Nas gestantes que integraram o presente estudo, percebemos que esses fatores

estavam presentes e a superação do déficit de autocuidado relacionado à interação social envolveu mais do que uma disposição para tal, mas uma participação efetiva dos familiares e de amigos que nem sempre se mostraram disponíveis.

A família propicia os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Na família encontra-se a socialização, a tolerância e divisão de responsabilidades, a busca coletiva de estratégias de sobrevivência e o lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, evidenciou-se que as clientes investigadas apresentavam défits de autocuidado relacionados à dieta, à atividade física, ao sono e repouso e à interação social, estando associados a não incorporação da gestante diabética ao tratamento e às condutas inerentes ao estilo de vida saudável, com influência de fatores externos: nível socioeconômico, medos e ansiedade, indisponibilidade de tempo e indisposição para atividades físicas, má conciliação do sono e humor alterado.

Ressalta-se que a gestante precisa de apoio-educação pelos profissionais de saúde. A própria família pode propiciar os aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar da gestante, desde que esteja sensibilizada a dar o suporte emocional necessário nesse momento ímpar da vida de uma mulher. A prática profissional do enfermeiro, quando centrada no cenário da educação em saúde que levem à prática eficaz do autocuidado, poderá minimizar os défits de autocuidado e visa uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

Programas de atividades grupais no serviço facilitam o comprometimento dos indivíduos com sua saúde, tornando-os, juntamente com a família, co-participes de suas questões de saúde. Assim, é de fundamental importância para o enfermeiro a compreensão das dinâmicas de grupos, sendo um momento de assumir o seu papel de educador⁽²⁰⁾, pois consegue incorporar dificuldades particulares das gestantes diabéticas envolvidas, com o objetivo de adaptar melhor às ações de autocuidado.

Dessa forma, a execução de atividades de grupo para gestantes diabéticas na Instituição

pesquisada motivará à troca de idéias entre a gestante com DMG, as demais integrantes do grupo e o enfermeiro, possibilitando a oportunidade de expressar sentimentos e preocupações, possibilitando a melhor aceitação do distúrbio na gestação e o desenvolvimento da educação permanente em saúde com um autocuidado orientado, contínuo e eficaz.

REFERÊNCIAS

- 1 Laun IC, Vilar L, Rolim A, Gritz L. Diabetes mellitus e gravidez. In: Vilar L, Castelar E, Moura E, Leal E, Machado AC, Teixeira L, et al. Endocrinologia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2000. p. 593-606.
- 2 American Diabetes Association. Clinical practice recommendations. Diabetes Care 2003;26 Suppl 1:33-50.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção básica à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF); 2001.
- 4 Reichelt AJ, Oppermann MLR, Schmidt MI. Recomendações da 2ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia 2002;46(5):574-81.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Diabetes: diabetes e reorganização da atenção. Informe da Atenção Básica 2001; 2(6):1-2.
- 6 Maganha CA, Vanni DGBS, Bernardini MA, Zugaib M. Tratamento do diabetes melito gestacional. Revista da Associação Médica Brasileira 2003;49(3):330-4.
- 7 Ataíde MBC. Vivência grupal: estratégia de engajamento no autocuidado e diabetes [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004.
- 8 Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1995.
- 9 Pereira BG, Faúndes A, Parpinelli MA, Passini Jr. R, Amaral E, Pires HB, et al. Route of delivery and perinatal outcomes of diabetic pregnant women. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 1999;21(9): 519-25.
- 10 Rabelo SL, Padilha MICS. Compreensão dos déficits de autocuidado a partir da prática assistencial. Texto & Contexto: Enfermagem 2000;9:312-23.
- 11 Nascimento KC, Erdmann AL, Leite JL, Marcelino G, Ribeiro JA. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem 2006;27(3):386-97.
- 12 Diógenes MAR. O autocuidado da adolescente portadora de DST na vivência da sexualidade [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2000.
- 13 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em seres humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 14 Ray R, Heng BH, Lim C, Lim SL. Gestational diabetes in Singaporean women: use of the glucose challenge test as a screening test and identification of high risk factors. Annals of the Academy of Medicine Singapore 1998;25:504-8.
- 15 Fialho AVM, Pagliuca LMF, Soares E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2002;10(5):715-20.
- 16 Esteves JR, Menandro PRM. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. Estudos de Psicologia 2005;10(3):363-70.
- 17 Folle E, Geib LTC. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2004;12(2):183-90.
- 18 Nogueira M. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
- 19 Bastos DS. Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- 20 Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(2):147-53.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Camila Aparecida Pinheiro Landim
Rua General Osório, 859, ap. 22, Centro
14010-000, Ribeirão Preto, SP
E-mail: camilaapapila@usp.br

Recebido em: 07/01/2008
Aprovado em: 13/06/2008