

Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso
Alterations of metabolism in twin pregnancy: case report
Alteraciones del metabolismo en el embarazo gemelar: informe de un caso

Ana Marta Batuca¹

Maria Otília Zangão²

Cláudia Caeias³

¹RN, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora

²PhD, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora

³RN, Serviço de Bloco de Partos, Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo

Resumo

Enquadramento: durante a gravidez ocorrem adaptações fisiológicas que podem provocar alterações no metabolismo materno, sendo a intervenção dos enfermeiros essencial para melhorar a qualidade de vida materno fetal.

Objetivo: elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na gravidez gemelar, diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal.

Metodologia: estudo de caso referente a uma utente do sexo feminino, 40 anos, submetida a uma cesariana segmentar transversal por restrição do crescimento do feto 1 e diabetes mellitus. Para a colheita de dados foi utilizando o Modelo Teórico de Nancy Roper e para a realização do plano de Cuidados de Enfermagem foi utilizada a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e as intervenções de enfermagem sustentadas na Nursing Interventions Classification.

Resultados: com base na apreciação inicial identificaram-se doze diagnósticos de enfermagem, dos quais optámos por abordar os diagnósticos de enfermagem: 1. Ansiedade atual; 2. Alteração do metabolismo energético.

Conclusão: o papel do enfermeiro é fundamental nas ações educativas de promoção da saúde, no sentido não só da vigilância como da continuidade de cuidados após o parto e também na gestão da ansiedade, condicionando positivamente a transição para o papel parental.

Palavras-chaves: cesárea; diabetes gestacional; restrição de crescimento fetal; alimentos, dieta e nutrição; gestação gemelar

Abstract

Background: during pregnancy, physiological adaptations occur that can cause changes in maternal metabolism, and the intervention of nurses is essential to improve maternal-fetal quality of life.

Objective: to develop a proposal for a nursing care plan focusing on twin pregnancy, gestational diabetes, and fetal growth restriction.

Methodology: case study referring to a 40-year-old female patient who underwent a transversal segmental cesarean due to fetal growth restriction 1 and diabetes mellitus. For data collection, the Theoretical Model of Nancy Roper was used and for the realization of the Nursing Care plan, the taxonomy of the International Classification for Nursing Practice and the nursing interventions supported by the Nursing Interventions Classification were used.

Results: based on the initial assessment, twelve nursing diagnoses were identified, of which we chose to address nursing diagnoses: 1. Current anxiety; 2. Change in energy metabolism.

Conclusion: the role of the nurse is fundamental in educational actions to promote health, in the sense not only of surveillance but also of continuity of care after childbirth and also in the management of anxiety, as it positively conditions the transition to the parental role.

Keywords: cesarean section; diabetes gestational; fetal growth retardation; diet, food, and nutrition; pregnancy, twin

Resumen

Marco contextual: durante el embarazo se producen adaptaciones fisiológicas que pueden provocar cambios en el metabolismo materno, siendo fundamental la intervención del enfermero para mejorar la calidad de vida materno-fetal.

Objetivo: desarrollar una propuesta de plan de cuidados de enfermería centrado en el embarazo gemelar, la diabetes gestacional y la restricción del crecimiento fetal.

Metodología: estudio de caso referido a una paciente de 40 años que fue sometida a cesárea segmentaria transversal por restricción del crecimiento fetal 1 y diabetes mellitus. Para la recolección de datos se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper y para la realización del plan de Atención de Enfermería se utilizó la taxonomía de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y las intervenciones de enfermería sustentadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

Resultados: a partir de la evaluación inicial se identificaron doce diagnósticos de enfermería, de los cuales se optó por abordar los diagnósticos de enfermería.: 1. Ansiedad actual; 2. Cambio en el metabolismo energético.

Conclusión: el rol de la enfermera es fundamental en las acciones educativas para promover la salud, en el sentido no solo de vigilancia sino también de continuidad del cuidado después del parto y también en el manejo de la ansiedad, ya que condiciona positivamente la transición al rol parental.

Palabras claves: cesárea; diabetes gestacional; retardo del crecimiento fetal; nutrición, alimentación y dieta; embarazo gemelar

Submissão: 13/07/2021

Aceitação: 06/04/2022

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase de novas vivências, sonhos, transformações, que traz consigo dúvidas e medos. Quando associada a uma gestação gemelar, estas vivências tornam-se ainda mais intensas, já que há uma maior probabilidade de mortalidade materna e fetal (Fagundes, 2021). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2019, 55,5% das mulheres tiveram uma gravidez gemelar com termo entre as 32 e as 36 semanas, existindo

um maior número de partos gemelares em mulheres com idade compreendida entre os 30 e os 34 anos. Neste mesmo ano o total de partos gemelares foi de 1335, dos quais 1312 foram nascimentos duplos, 1298 apenas com nados vivos, 7 mistos e 7 com fetos mortos (INE, 2021).

As alterações metabólicas que ocorrem na mulher durante a gravidez gemelar podem encontrar-se associadas a um aumento de complicações, nomeadamente, a restrição do crescimento intrauterino (RCIU), a prematuridade, a pré-eclampsia e a diabetes gestacional, o que a classifica como gravidez de risco, verificando-se significativamente mais riscos em gestações múltiplas tanto para a mãe, quanto para os fetos (Soares et al., 2019). O aumento de incidência da gestação gemelar atribui-se a vários fatores entre os quais, a maior idade materna, a reprodução assistida e história pessoal de gemelaridade (Soares et al., 2019).

Estimativas indicam que cerca de 1 a 3% de todos os partos resultam de uma gestação gemelar, contribuindo para 10% da mortalidade perinatal. Situações de pré-eclampsia, hipertensão arterial, diabetes gestacional, fatores fetais como a RCIU e fatores placentares levam a partos pré-termo (Silva, 2018). A prematuridade leva ao aumento da taxa de mortalidade, pois acresce o risco de septicémia, uma vez que os mecanismos de defesa do recém-nascido são menos efetivos nestes e ocorreu in útero uma transferência deficiente de anticorpos maternos para o feto. Sendo a prematuridade espontânea a maior causa de morbimortalidade nas gestações gemelares (Soares et al., 2019).

Numa gravidez gemelar é essencial a determinação da corionicidade, pois permite estabelecer um prognóstico fetal, sendo que o risco de mortalidade fetal é superior nos gémeos monócóricos em comparação aos bicóricos, existindo a possibilidade de mortalidade até 70% e de complicações num dos gémeos até 75% (Silva, 2018). Uma gravidez de feto único possui a probabilidade de menos complicações quando comparada a uma gravidez bicorionica e biamniotica. Problemas como placenta previa, devido ao aumento da massa placentar intrauterina, pré-eclampsia, rotura prematura das membranas ou a RCIU encontram-se associadas à gravidez bicorionica e biamniotica, aumentando as complicações. Já uma gravidez monócórica e biamniotica, apresenta mais complicações fetais comparativamente à descrita anteriormente, possuindo um risco de 10% de desenvolver Síndrome Transfusão feto-fetal e 10% para RCIU (Silva, 2018). É ainda referido por Silva (2018), que independentemente da corionicidade, 90% das complicações ocorrem apenas num dos gémeos.

A diabetes gestacional (DG) define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono que pode ser diagnosticada e/ou detetada pela primeira vez durante a gravidez (Almeida, Dorez & Ruas, 2017). Durante a gravidez a placenta produz, para além de hormonas hiperglicemiantes, como o lactogénio placentário humano, o cortisol, o estrogénio, a progesterona e a prolactina, sendo estas enzimas que degradam a ação da insulina. Para compensar este mecanismo fisiológico, o corpo da grávida produz mais insulina e ocorre um aumento na resistência periférica à ação da insulina, o que pode conduzir à disfunção das células pancreáticas (Araújo, Gregio, Scardua & Trindade, 2021). A realização de um diagnóstico precoce da DG é importante, na medida em que glicémias alteradas aumenta o risco de malformação fetal, podendo também causar no feto, malformações, macrossomia, distocia no parto e óbito por distúrbios metabólicos (Araújo et al., 2021).

Para as grávidas os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DG são, a idade materna avançada, o ganho de peso excessivo durante a gravidez, estatura média inferior a 1,5 metros, história de família de diabetes em familiares de 1º grau, crescimento fetal excessivo, hipertensão, pré-eclampsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (Araújo et al., 2021).

Independentemente da diabetes ser diagnosticada na gravidez, ou ter ocorrido antes da mesma, importa realizar um rastreio mais assertivo no que respeita a malformações fetais de complicações microvasculares da diabetes, de maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica durante a gravidez

e posteriormente uma reclassificação pós-parto com uma prova de tolerância oral à glicemia (PTGO) (Almeida et al., 2017).

De acordo com os Consensos de Diabetes Gestacional em Portugal, atualmente em vigor, o diagnóstico da DG, a grávida na primeira consulta de vigilância da gravidez e precocemente deverá ser submetida a uma glicemia plasmática em jejum. Caso o valor da glicemia em jejum superior ou igual a 92 mg/dl, mas inferior a 126 mg/dl trata-se como uma diabetes gestacional. Caso os valores da glicemia plasmática em jejum sejam iguais ou superiores a 126 mg/dl ou um valor ocasional de glicemia plasmática superior a 200 mg/dl, se confirmado com um valor superior ou igual a 126 mg/dl, devem ser consideradas como tendo o diagnóstico de diabetes previa à gravidez. Se o valor da glicemia for inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e 28 semanas de gestação com uma PTGO com 75 g de glicose (Almeida et al., 2017).

A PTGO deverá sempre ser efetuada com pelo menos 8 horas de jejum e nos dias anteriores a grávida deverá manter uma atividade física regular e uma dieta não restrita. A PTGO não deverá ser repetida depois das 28 semanas, a mesma realiza-se entre as 24 e 28 pois é nesta altura que ocorre o ajuste metabólico da gravidez (Almeida et al., 2017).

Para o tratamento da DG, essencialmente preconiza-se a terapêutica nutricional, esta deve ser personalizada tendo em conta o estado nutricional, hábitos alimentares, bem como antecedentes clínicos. Quando os objetivos glicémicos não forem atingidos num período de 1 a 2 semanas após a instituição da terapêutica nutricional, deverá ser instituída a terapêutica farmacológica (Almeida et al., 2017).

A Restrição do Crescimento Fetal (RCF), define-se como a condição na qual o feto não atinge o potencial genético de crescimento determinado para a sua idade gestacional (Silva et al., 2018). Esta deriva de fatores, maternos, fetais ou placentários que levam a esta alteração da dinâmica de crescimento. Dentro dos fatores maternos encontra-se a diabetes gestacional e mediante fatores fetais a gravidez múltipla.

A principal causa da RCF é a insuficiência placentária, nomeadamente, por alterações da placentação, placenta abrupta, enfarte extenso das vilosidades, maturação avançada da placenta e inserção velamentosa do cordão. Outros fatores como os maternos, principalmente, por hipertensão arterial, nefropatias, doenças pulmonares restritivas, diabetes mellitus, cardiopatias cianóticas, hemoglobinopatias, tabagismo, gestação anterior com RCF, estado nutricional materno pré e durante a gestação e ainda fatores fetais, particularmente, anomalias congénitas, alterações genéticas, infeções ou gravidez múltipla (Silva et al., 2018).

A RCF leva a um risco aumentado de mortalidade e morbilidade quando comparada aos RN com crescimento intrauterino adequado, sendo fundamental o seu diagnóstico precocemente, para investigar a causa, encaminhar e monitorizar a gravidez (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018). É importante definir o momento ideal para o parto e por conseguinte de uma intervenção neonatal de maneira que o RN com RCF atinja o crescimento e prevenindo complicações perinatais adversas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Relativamente à classificação, é importante distinguir um feto pequeno (RN abaixo do percentil 10), leves para a idade gestacional (fetos com estimativa do peso fetal entre o percentil 3 e o percentil 10 e com Dopplers normais) e a verdadeira RCF. É ainda, importante diferenciar entre RCF precoce e tardia, sendo que a RCF precoce está associada a maior risco de acidemia e de morte in útero do que a RCF tardia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

A conjugação de uma gravidez gemelar com DG e RCF, conduzem a que exista uma maior probabilidade de mortalidade materna e fetal, sendo fundamental estudar o desenvolvimento das alterações do metabolismo energético na gravidez, na utente em questão.

Com este estudo de caso, pretendeu-se elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na gravidez gemelar, diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal.

METODOLOGIA

Este artigo focaliza-se num método de estudo de caso, o qual pretende descrever de forma narrativa diagnósticos e intervenções de enfermagem a uma paciente para fins científicos ou educacionais (Riley et al., 2017). Realizou-se assim, um estudo de caso do tipo descritivo e observacional, tendo como finalidade incidir sobre o processo de enfermagem nas alterações metabólicas durante a gravidez. A recolha de dados foi realizada através da entrevista à utente, da observação e do exame físico. A utente foi esclarecida sobre a realização deste estudo de caso e a finalidade do mesmo, bem como sobre os seus direitos, garantido o anonimato e confidencialidade de todos os seus dados. Respeitando desta forma os seis princípios éticos da investigação em enfermagem, nomeadamente a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade (Nunes, 2020). Ao iniciar a recolha de informação, foi obtido o consentimento da utente, respeitando o anonimato cumprindo os princípios estabelecido na Declaração de Helsínquia para estudos envolvendo seres humanos (2013) e seguimos as recomendações patentes na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001) de forma a garantir a dignidade humana.

Elabora-se o seguinte estudo de caso com base na teoria do Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária – Roper, Logan and Tierney, pertencente a escola das necessidades humanas básicas, o qual se encontra inserido no paradigma da interação em que a pessoa assume o papel central. Esta teoria tem como objetivo fornecer cuidados individualizados ao utente (Roper, Logan & Tierney, 2001), o uso do Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária é um instrumento válido para acompanhamento da grávida, pois permitiu e promoveu o cuidado e comunicação objetiva.

O artigo foi construído de acordo com a lista de verificação das diretrizes do CAsE REport (CARE), estruturada para corresponder aos principais componentes de um relato de caso e capturar informações clínicas úteis (Gagnier et al., 2013), estas diretrizes são preconizadas para relatórios de casos clínicos com base num consenso.

Este estudo de caso foi organizado de acordo com o Case Reports following the CARE guidelines (Equator-network, 2019a), para melhor compreender a situação.

O presente estudo de caso é referente a uma utente de 40 anos, caucasiana, casada, com o 12º ano de escolaridade, com uma gravidez gemelar dicorionica e diamniotica. Com Índice obstétrico: 0000, idade gestacional de 35 semanas e grupo sanguíneo O Rh+, serologias negativas e pesquisa de SARS-CoV2 negativa. A utente deu entrada num dia do mês de maio de 2021 no serviço de internamento de grávidas, num Hospital a Sul de Portugal, para uma cesariana agendada por gravidez gemelar com RCF do feto 1 e DG.

Foi realizada a avaliação inicial baseada no Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária de Roper, Logan & Tierney (Roper et al., 2001) através da entrevista, da observação e do exame físico, apresentada na tabela 1. O processo de enfermagem baseado no Modelo forneceu dados para a aplicação sistemática da assistência de enfermagem prestada à grávida, proporcionando mudanças necessárias na fase de planeamento de cuidados. Os dados de avaliação apresentados reportam-se ao momento antes e após a realização da cesariana.

Tabela 1

Avaliação das atividades de vida diárias

| Atividade de Vida | Apreciação inicial da utente |
|-------------------------------|---|
| Manutenção do ambiente seguro | A utente possuía um cateter venoso periférico no dorso da mão direita com um Lactato de Ringer em curso. Após a cesariana a senhora apresenta ferida cirúrgica com penso compressivo e bloqueio sensitivo e motor. Drenagem vesical funcionante de urina clara. Apresentava também um cateter epidural. |
| Comunicação: | A utente encontrava-se ansiosa pelo facto de ir ser submetida a uma cirurgia. E pelo facto de poder não ter os bebés junto a ela. Após a cirurgia apresentou-se comunicativa com os profissionais de saúde, estando colaborante durante a realização de procedimentos, possuindo um discurso coerente e lógico. Após a cirurgia foi avaliada a dor. |
| Respiração: | A utente à entrada na sala operatória apresentava-se consciente e ansiosa. Respiração toraco-abdominal e rítmica. Valores de tensão arterial de 110/78 mmHg; frequência cardíaca de 92 bpm e uma SPO2 = 99% em ar ambiente. Apresentou um episódio de hipotensão durante a cirurgia pelo que foi administrado Fenilefrina, que reverteu e uma perfusão contínua de Lactato de Ringer. Apresenta útero contraído com globo de segurança de Pinard formado e com lóquios hemáticos em pequena quantidade. Tendo sido administrada oxitocina conforme protocolo do serviço. |
| Alimentação: | A utente permaneceu 10 horas em jejum para a cirurgia. Tendo uma diabetes gestacional, durante toda a gravidez realizou o controlo da diabetes com a alimentação, referindo não ingerir lactose por opção. Quando entrou na sala operatória tinha em perfusão um soro glicosado devido as horas de jejum. |
| Eliminação: | A utente deu entrada no Bloco Operatório já algaliada proveniente do serviço de grávidas, tinha resíduos de urina clara no saco coletor. A algaliação nestes casos reduz o risco de trauma na bexiga e o controlo sobre a mesma, no sentido de perceber se esta funcionante. |
| Trabalho e lazer: | A utente trabalha por conta de outrem. |
| Controlo da Temperatura: | A sala operatória possui sempre uma temperatura entre os 19º e 20º graus. Após a anestesia e a cirurgia a pessoa tem dificuldade em termorregular-se. |
| Mobilidade: | A utente deu entrada no serviço de Bloco de Partos a deambular. Tendo sido submetida a um bloqueio sequencial. Após a saída da sala operatória a mesma tinha um bloqueio sensitivo e motor 3 a nível dos membros inferiores. |

Após apreciação inicial e face à necessidade de cuidados identificadas, procedeu-se à realização do plano de cuidados de enfermagem. Foram identificados os focos, os diagnósticos de enfermagem (DE) suportados pela Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019). As intervenções de enfermagem foram sustentadas na Nursing Interventions Classification (NIC) (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018) e os resultados foram avaliados de acordo com a taxonomia CIPE. Para uma apresentação mais esquemática, a informação é exposta através de um diagrama de fluxo (Equator-network, 2019b) apresentado na figura 1.

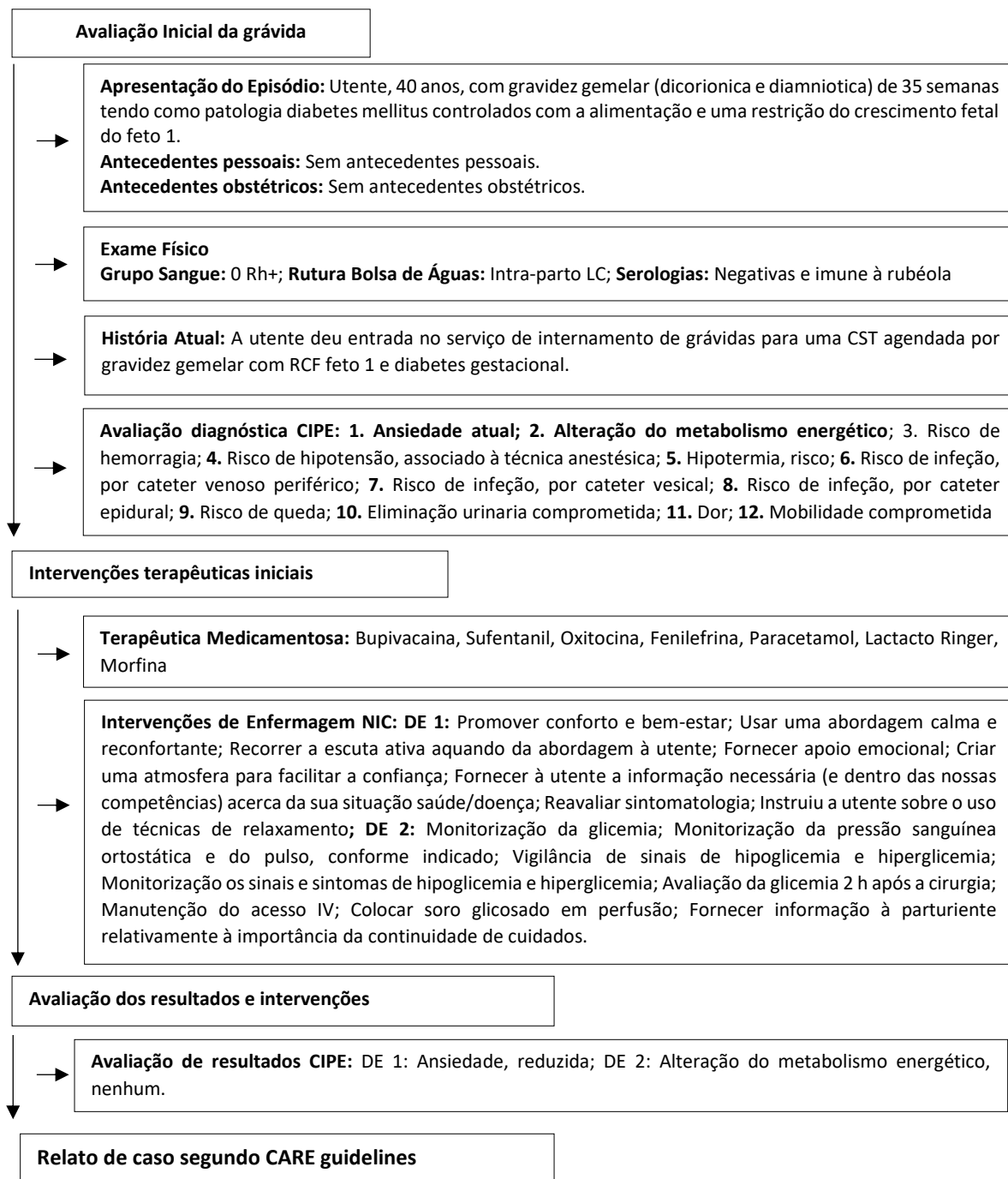


Figura 1

Fluxograma do Relato do Caso

RESULTADOS

Tendo em conta a interpretação e análise dos dados apresentados anteriormente, foram identificados doze DE. Definimos como primordiais os DE: 1. Ansiedade atual; 2. Alteração do metabolismo energético,

considerados os principais face ao contexto de gravidez gemelar e adaptação á maternidade, uma vez que resolvendo estes DE contribui para a resolução dos restantes. Na tabela 2 e 3 é apresentado o plano de cuidados elaborado para cada um dos DE.

Tabela 2

Plano de cuidados de - ansiedade

| |
|--|
| DE 1. Ansiedade (10002429): “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (CIPE, 2019). |
| Foco de Enfermagem: Ansiedade |
| Juízo de Enfermagem: Atual |
| Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none">● Promover conforto e bem-estar;● Usar uma abordagem calma e reconfortante;● Recorrer a escuta ativa aquando da abordagem à utente;● Fornecer apoio emocional;● Criar uma atmosfera para facilitar a confiança;● Fornecer à utente a informação necessária (e dentro das nossas competências) acerca da sua situação saúde/doença;● Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade;● Reavaliar sintomatologia;● Instruir a utente sobre o uso de técnicas de relaxamento. |
| Resultado esperado: Ansiedade, reduzida |
| Resultado obtido: Ansiedade, reduzida |
| Avaliação final: Foram explicados todos os procedimentos durante a cirurgia bem como tudo o que se passava com as suas bebés e a transferência das mesmas para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), ainda que mais calma o facto de as bebés terem seguido para a UCIN não reduziu a ansiedade na totalidade. |

(Butcher et al., 2018)

Tabela 3

Plano de cuidados de – metabolismo

| |
|---|
| DE 2. Metabolismo (10012005): “Conjunto de processos corporais: somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, produção de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais relacionadas com a distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal atividade hormonal ou digestão” (CIPE, 2019). |
| Foco de Enfermagem: Metabolismo |
| Juízo de Enfermagem: Anormal |
| Intervenções de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none">● Monitorização da glicemia;● Monitorização da pressão sanguínea ortostática e do pulso, conforme indicado● Vigilância de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia;● Monitorização os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia;● Avaliação da glicemia 2 h após a cirurgia;● Manutenção do acesso IV;● Colocar soro glicosado em perfusão;● Fornecer informação à parturiente relativamente à importância da continuidade de cuidados. |
| Resultado esperado: Metabolismo, melhorado |
| Resultado obtido: Metabolismo, melhorado |
| Avaliação final: Após as intervenções realizadas a utente apresentava uma glicemia de 98 mg/dl, tendo sido transferida para o puerpério com um soro glicosado devido ao risco de hipoglicemia uma vez que se encontrava em jejum à cerca de 12 horas. |

(Butcher et al.,2018)

DISCUSSÃO

A utente do estudo de caso, sem antecedentes pessoais e obstétricos foi diagnosticada durante a gravidez gemelar com diabetes gestacional e a uma RCF do feto 1. Sabe-se que a gravidez gemelar se encontra associada a complicações como maior risco de ocorrência de alterações metabólicas. Numa gravidez dicorionica e diamniotica, como aqui é apresentada, alguns riscos encontram-se diminuídos, ainda que possíveis, pelo contrário, as alterações metabólicas podem estar aumentadas. No caso aqui enunciado encontra-se presente uma gravidez gemelar, a DG e uma RCF que levaram até ao plano de cuidados enunciado anteriormente.

Face a estas patologias e como apresentada na Tabela 2 e 3 foram identificados os DE Ansiedade e Metabolismo energético alterado, foi possível apurar que com as intervenções de enfermagem nos dois diagnósticos se verificou uma melhoria na ansiedade e um controlo do metabolismo energético. O enfermeiro é fundamental na realização das intervenções e na compreensão e interação do processo saúde doença, no sentido de implementar as intervenções e avaliar posteriormente as mesmas.

É essencial que durante todo o processo da gravidez e especificamente no momento do parto onde a ansiedade é mais visível, que a equipa trabalhe no sentido de ajudar, apoiar e esclarecer relativamente ao que se segue. Tal como referido por Silva, Nogueira, Clapis e Leite (2017), ainda que saibamos que a ansiedade detém um impacto negativo na saúde mental da mulher este tema ainda é alvo de poucas investigações sobre a ocorrência da ansiedade na gestação e os fatores que se encontram associados. Neste mesmo estudo, a ansiedade revelou-se como sendo um transtorno mental entre as grávidas em estudo, encontrando-se a ansiedade associada ao terceiro trimestre de gestação, histórico de abortos, à presença de complicações em gestações anteriores e ao desejo materno em relação à gravidez (Silva et al., 2017). Neste caso em específico existiu uma gestão da ansiedade desde a chegada a sala de partos através das intervenções enumeradas na Tabela 2, com o objetivo de que o resultado obtido fosse ansiedade, reduzida.

Tem vindo a aumentar nas últimas décadas a percentagem de grávidas com diabetes gestacional, o que faz com que seja cada vez mais importante perceber e orientar estas doentes, quanto ao controlo do metabolismo energético (Vicente, 2019). Os problemas que advém de uma diabetes gestacional levam a complicações maternas, tais como: hipoglicémia, aumento excessivo de peso, hemorragia pós-parto, entre outros. Deste modo, é necessário a intervenção no sentido de melhorar e prever possíveis complicações no que respeita ao metabolismo, tais como as indicadas na tabela 3. Onde as mesmas foram realizadas com sucesso, não existindo alterações do metabolismo durante a permanência da utente no Bloco de Partos. Perante uma grávida com diabetes gestacional é necessário que exista essencialmente uma terapêutica nutricional durante toda a gravidez, caso os níveis de glicemia não sejam os desejados, devem ser instituídas medidas farmacológicas (Almeida et al., 2017). Esta utente deverá também ser encaminhada para uma vigilância continua dos valores da glicémia e adoção de estilos de vida saudáveis, pois encontra-se com predisposição para desenvolver uma diabetes mellitus a longo prazo (Almeida et al., 2017).

Todas as situações, aqui presentes detém um fio condutor, no qual é necessário que exista o controlo e vigilância permanente das mesmas para o sucesso da gravidez, sendo o papel do enfermeiro, quer seja especialista ou não, essencial durante o acompanhamento da mulher.

CONCLUSÃO

A vigilância é fulcral ao longo da gravidez. É fundamental definir o momento ideal para o parto e por conseguinte as intervenções neonatais e maternas. Também é de grande importância assegurar que a continuidade, das intervenções sejam realizadas e explicadas à parturiente, nomeadamente, a importância da vigilância da diabetes gestacional após a gravidez.

O Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária facilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem, tendo sido utilizada a taxonomia CIPE e NIC como recurso. Foi também estabelecida a prioridade de diagnósticos e intervenções com o objetivo de dar resposta às necessidades identificadas mediante as características pessoais da utente em estudo.

Os DE Ansiedade atual e Alteração do metabolismo energético, foram os explorados ao longo deste artigo, como prioritários, ou seja, os que estavam a afetar a utente, em todo o processo de saúde/doença e transição para a parentalidade, uma vez intervencionados, permitiu facilitar estes processos e lidar melhor com toda a situação.

A elaboração deste artigo permitiu adquirir competências a nível de raciocínio clínico, existindo um maior estudo e envolvimento para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e posteriores intervenções, que mais se adequassem a situação clínica apresentada.

Este estudo de caso, irá permitir a reflexão da importância de uma vigilância de saúde ativa não só durante a gravidez como após a mesma, reforçando o papel de relevo que o enfermeiro detém quanto à transmissão de informação, podendo assim dar contributos importantes para a prestação de cuidados neste contexto específico, por meio de direcionar a focos de atenção da comunicação e da relação terapêutica, abrangendo todas as dimensões de cuidados aos utentes.

As possíveis limitações deste estudo de caso, referem-se à amostra de artigos utilizados, uma vez que foram incluídos apenas os artigos disponíveis on-line e gratuitamente, o que pode ter levado à não inclusão de alguns estudos relacionados à temática e também o facto da utente ter permanecido no Bloco de Partos durante cerca de 3 horas, o que impossibilitou a avaliação de algumas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. C., Dorés, J. & Ruas, L. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1): 24-38. Retirado de: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>

Araújo, P. H., Gregio, A. C., Scardua, J. L. & Trindade, C. R. (2021). Antidiabéticos orais no diabetes gestacional: revisão de literatura. *Femina*, 49(3):177-82. Retirado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224087/femina-2021-493-p177-182-antidiabeticos-orais-no-diabetes-gest_CJXBSCO.pdf

Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification*. Missouri: Elsevier.

CIPE. Classificação para a Prática de Enfermagem (2019). ICNP Browser. Retirado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Equator Network. (2019a). *CARE guidelines*. retirado de: <https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7bf175f869e5812fd4293/1572323098501/CAREchecklist-English-2013.pdf>

Equator Network. (2019b). Flow Diagram — *Case Reports following the CARE guidelines*. Retirado de: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>

Fagundes, S. (2021). Sobre a gemelaridade e o processo de separação/individuação. *Revista Horizontes Psicanalíticos*, 52, 52-60. Retirado de: <https://clinica horizontes.com.br/wp-content/uploads/Horizontes-Psicanaliticos.pdf#page=53>

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE Group. (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global advances in health and medicine*, 2(5), 38–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008>

Instituto Nacional de Estatística. INE. (2021). *Estatísticas da saúde 2019*. Lisboa: INE. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de enfermagem*. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal. Retirado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Resolução da Assembleia da República n.º 1/01 de 03 de janeiro (2001). Diário da República n.º 2/01, Série I-A. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem: baseado nas atividades de vida diária*. Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, J. M. F. (2018). *Prematuridade na gravidez gemelar*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114076/2/277656.pdf>

Silva, M. M. D. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51. Retirado de: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VksFnnCm69jLxXp3PdVXYHC/?lang=pt>

Silva, N., Oliveira, J., Berenguer, A., Graça, A., Abrantes, M., & Moniz, C. (2018). Morbidade na Prematuridade Associada à Restrição do Crescimento Fetal: Experiência de um Centro de Atenção Terciária. *Acta Médica Portuguesa*, 31(11), 648-655. doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.9599>

Soares, A. M. R., Silva, F. B., Porto, G. C. L., De Almeida, L. C., Justiniano, V. B. & Esteves, A.P.V.S. (2019). Complicações materno-fetais de gestações gemelares. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2(1). Retirado de: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1310>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Restrição do Crescimento Fetal*. Retirado de: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>

Vicente, M. S. (2019). *Diabetes e gravidez: via e timing do parto* (Doctoral dissertation). Universidade de Lisboa. Retirado de: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43289>