

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2: RELATO DE CASO**

**NURSING CARE FOR POSTPARTUM WOMEN WITH TYPE 2
DIABETES MELLITUS: CASE REPORT**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A MUJERES POSPARTO CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2: INFORME DE CASO**

Joana Liu¹ , Susana do Vale² .

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal.

²Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE: Portalegre, Portalegre, Portugal.

Recebido/Received: 20-05-2025 Aceite/Accepted: 09-09-2025 Publicado/Published: 25-09-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(2\).748.35-44](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(2).748.35-44)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 N.º 2 AGOSTO 2025

Resumo

Introdução: De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a Diabetes *Mellitus* tipo 2 representa um desafio de saúde pública à escala global, afetando de forma significativa a saúde da mulher em todas as etapas da vida, incluindo o puerpério. **Objetivo:** Desenvolver um plano de cuidados de enfermagem direcionado à puérpera com Diabetes *Mellitus* tipo 2, valorizando a importância da intervenção da equipa de enfermagem na promoção do autocuidado, na vigilância de possíveis complicações e na manutenção do controlo glicémico, assegurando uma abordagem holística, humanizada e baseada em evidência científica. **Método:** Relato de caso referente a uma puérpera de 35 anos, com diagnóstico prévio de Diabetes *Mellitus* tipo 2, submetida a parto eutócico. Para a avaliação inicial, recorreu-se ao Modelo Teórico de Nancy Roper. Já na elaboração do plano de cuidados de enfermagem, utilizou-se a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a *Nursing Interventions Classification*. **Resultados:** Com base nos dados colhidos, foram identificados cinco Diagnósticos de Enfermagem, Risco de hipoglicémia, Risco de integridade da pele, Edema periférico atual, Risco de Infecção e Risco de Queda. **Conclusão:** O papel do enfermeiro na vigilância e acompanhamento da puérpera com Diabetes *Mellitus* tipo 2 é fundamental para garantir uma transição segura e saudável no período pós-parto. A monitorização contínua, a prevenção de complicações e o reforço ao autocuidado contribuem para a estabilização metabólica e para o bem-estar físico e emocional da mulher.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Metabolismo Energético; Parto Eutócico.

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, Type 2 Diabetes *Mellitus* represents a public health challenge on a global scale, significantly affecting women's health at all stages of life, including the puerperium. **Objective:** To develop a nursing care plan aimed at postpartum women with type 2 Diabetes *Mellitus*, valuing the importance of nursing team intervention in promoting self-care, monitoring possible complications and maintaining glycemic control, ensuring a holistic, humanized approach based on scientific evidence. **Method:** Case report of a 35-year-old postpartum woman, previously diagnosed with type 2 Diabetes *Mellitus*, who underwent vaginal delivery. For the initial evaluation, Nancy Roper's Theoretical Model was used. When preparing the nursing care plan, the taxonomy of the International Classification for Nursing Practice and Nursing Interventions Classification was used. **Results:** Based on the data collected, 5 Nursing Diagnoses were identified: Risk for hypoglycemia, Risk for skin integrity, Current peripheral edema, Risk for infection and Risk for falls. **Conclusion:** The role of the nurse in monitoring and monitoring puerperal women with type 2 Diabetes *Mellitus* is essential to ensure a safe and healthy transition in the postpartum period. Continuous monitoring, prevention of complications and reinforcement of self-care contribute to metabolic stabilization and the woman's physical and emotional well-being.

Keywords: Energy Metabolism; Eutocic Delivery; Type 2 Diabetes *Mellitus*.

Resumen

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, la Diabetes *Mellitus* tipo 2 representa un desafío para la salud pública a nivel mundial, afectando significativamente la salud de las mujeres en todas las etapas de la vida, incluido el puerperio. **Objetivo:** Desarrollar un plan de cuidados de enfermería dirigido a mujeres con Diabetes *Mellitus* tipo 2 en posparto, valorando la importancia de la intervención del equipo de enfermería para promover el autocuidado, monitorear posibles complicaciones y mantener el control glucémico, garantizando un enfoque holístico y humanizado basado en evidencia científica. **Método:** Reporte de caso de una mujer de 35 años en posparto, previamente diagnosticada con Diabetes *Mellitus* tipo 2, que tuvo un parto vaginal. Para la evaluación inicial, se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper. Para la elaboración del plan de cuidados de enfermería, se empleó la taxonomía de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. **Resultados:** Con base en los datos recopilados, se identificaron 5 Diagnósticos de Enfermería (DE): Riesgo de hipoglucemia, Riesgo de integridad cutánea, Edema periférico actual, Riesgo de infección y Riesgo de caídas. **Conclusión:** El rol de la enfermera en el seguimiento y control de las puérperas con Diabetes *Mellitus* tipo 2 es esencial para garantizar una transición segura y saludable en el posparto. El seguimiento continuo, la prevención de complicaciones y el refuerzo del autocuidado contribuyen a la estabilización metabólica y al bienestar físico y emocional de la mujer.

Descriptores: Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Metabolismo Energético; Parto Eutócico.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾, o número de indivíduos diagnosticados com diabetes em todo o mundo aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014. Estima-se que, todos os anos, cerca de 1,5 milhões de óbitos sejam diretamente provocados por esta doença. Entre 2000 e 2019, observou-se ainda um aumento de 3% nas taxas de mortalidade por diabetes, ajustadas à idade.

Em Portugal, no ano de 2022, foram diagnosticados 79 241 novos casos de diabetes, encontrando-se atualmente registadas 879 853 pessoas com esta condição nos centros de saúde. Estima-se que, até 2030, o número de pessoas com diabetes possa atingir os 643 milhões, podendo aumentar para 783 milhões até 2045⁽²⁾.

Na faixa etária dos 20 aos 79 anos (correspondente a 7,8 milhões de pessoas), a prevalência era de 14,1% em 2021, o que representa cerca de 1,1 milhões de portugueses com diabetes. Destaca-se ainda que mais de um quarto das pessoas com idades entre os 60 e os 79 anos vive com esta doença, sendo a maioria do sexo masculino. A diabetes tipo 2 corresponde a cerca de 90% dos casos diagnosticados⁽³⁾.

De acordo com IDF (Federação Internacional de Diabetes), a Diabetes *Mellitus* caracteriza-se pela alteração da secreção de insulina e graus variáveis de resistência periférica à insulina que podem causar hiperglicemia.

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM 2), conhecida igualmente como diabetes não dependente de insulina, define-se pela produção insuficiente de insulina devido à resistência do organismo à sua ação⁽⁴⁾. A resistência hepática à insulina compromete a capacidade do fígado em suprimir a produção de glicose, enquanto a resistência periférica dificulta a captação de glicose pelos tecidos⁽⁵⁾. Esta combinação contribui para o aparecimento de hiperglicemia, tanto em jejum como após as refeições⁽⁶⁾. Esta forma de diabetes desenvolve-se predominantemente em adultos e a sua prevalência tende a aumentar com o avanço da idade.

De acordo com dados dos hospitais CUF, nos doentes diabéticos mal controlados, a hiperglicémia pode manifestar-se através de sintomas como polidipsia, poliúria, polifagia e visão turva. Já a hipoglicémia, que ocorre com maior frequência em diabéticos que fazem uso de antidiabéticos orais, pode resultar de uma administração incorreta da medicação ou da toma excessiva da mesma. Os sintomas associados incluem cansaço inexplicável, tonturas, dificuldade de raciocínio e também visão turva.

Entre os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da DM tipo 2 destacam-se a obesidade, aumento da idade, os hábitos alimentares inadequados, hipertensão arterial, o sedentarismo, a dislipidémia, a história familiar de diabetes, ter tido diabetes gestacional e entre outros⁽⁷⁾.

A manutenção de níveis elevados de glicose no sangue, mesmo na ausência de sintomas evidentes que alertem o indivíduo para a presença ou descompensação da diabetes, pode originar lesões nos tecidos. As principais complicações crónicas da diabetes são: doença cardiovascular, neuropatia e amputação, nefropatia, retinopatia e predisposição a infeções⁽⁸⁾.

O diagnóstico de diabetes é feito por meio da medição de glicémia em jejum, avaliação da hemoglobina glicada e, em alguns casos, do teste oral de tolerância à glicose.

De acordo com a Norma n.º 002/2011 da Direção-Geral da Saúde, os critérios diagnósticos para Diabetes *Mellitus* incluem um ou mais dos seguintes parâmetros:

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- b) Presença dos sintomas típicos de descompensação associada a uma glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) duas horas após a administração de 75 g de glicose durante o teste de tolerância à glicose oral (PTGO).
- d) Hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

O controlo da DM tipo 2 consiste na manutenção dos níveis de glicémia o mais próximos possível dos valores normais, tendo em conta fatores como idade, estilo de vida, comorbilidades e grau de atividade. A monitorização regular da glicémia capilar, antes e após as refeições, permite avaliar o controlo diário da doença. A hemoglobina glicada é o principal indicador laboratorial utilizado para verificar o controlo glicémico nos últimos três meses. Este valor deve ser ajustado individualmente, de acordo com o perfil clínico da pessoa. Além disso, o controlo da tensão arterial e dos níveis de colesterol é fundamental, dada a sua associação com o agravamento das complicações da diabetes⁽⁸⁾.

O tratamento da DM tipo 2 inicia-se, fundamentalmente, com mudanças no estilo de vida, nomeadamente na alimentação e na prática regular de atividade física. A perda de peso, quando necessária, pode contribuir significativamente para o controlo da doença, sendo, em alguns casos, suficiente para manter os níveis de glicémia estáveis por longos períodos.

Quando estas medidas não são eficazes, torna-se necessário recorrer à terapêutica farmacológica com antidiabéticos orais (metformina) e, em certas situações, à insulina. É também frequente o uso de medicamentos para controlo da tensão arterial e dos níveis de colesterol⁽⁸⁾.

Método

Este relato de caso tem como finalidade descrever e analisar uma situação clínica específica relacionada com o acompanhamento de uma puérpera com DM tipo 2, contribuindo para a partilha de conhecimento e para a melhoria da prática profissional. Através deste trabalho, pretendo destacar a importância da observação contínua, da tomada de decisão fundamentada e da prestação de cuidados individualizados e baseados em evidência científica. Para além disso, este relato permite refletir sobre os desafios associados à gestão de uma condição crónica no período pós-parto, bem como identificar oportunidades de melhoria na abordagem terapêutica, educativa e emocional, enriquecendo a experiência dos profissionais de saúde e contribuindo para futuras investigações na área da saúde materna.

O relato foi elaborado através da colheita de dados, informações que foram fornecidas pela própria utente (na entrevista), informações retiradas do processo clínico através do sistema Glintt e Cárdez para o acesso da terapêutica farmacológica da mesma. Para isso, foi fundamental informar e esclarecer a utente sobre a realização do relato de caso, seus objetivos e sua finalidade, garantindo-lhe o direito à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade de todos os dados recolhidos. Assegurando assim o cumprimento dos seis princípios éticos da investigação em Enfermagem, dos quais se destacam a beneficência, a não maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade⁽⁹⁾. Foi obtido o consentimento informado da utente quer em moldes verbais quer sob a forma de documento escrito para efeitos de publicação, garantindo a utilização de suas informações no relato de caso, sempre em conformidade com o princípio do anonimato e da confidencialidade. Para avaliar a funcionalidade instrumental da utente, foi utilizado o Modelo de Atividades de Vida de Nancy Roper. Além disso, recorreu-se também ao fluxograma para a apresentação do caso, seguindo o modelo *CARE Statement & Checklist* (CAse REport) da *Equator Network*⁽¹⁰⁾.

O relato encontra-se redigido em português, ao abrigo do acordo ortográfico da língua portuguesa em vigor. O Modelo das Atividades de vida de Nancy Roper “baseia-se no modelo de vida que tem como núcleo a pessoa, sendo esta definida como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente, compreendendo doze atividades de vida diárias (AVD’s)”⁽¹¹⁾.

“Segundo o referido modelo um enfermeiro deve ser consciente da individualidade vital de cada indivíduo e de que existem fatores que influenciam o conhecimento, as atitudes e a conduta dos mesmos, tais como: os biológicos, os psicológicos, os socioculturais, os ambientais e os socioeconómicos, uma vez que estes estão intimamente relacionados com a duração da vida nas várias fases de desenvolvimento, resultando num *continuum* de dependência/independência”⁽¹¹⁾.

Em seguida, apresenta-se a avaliação da puérpera conforme o Modelo teórico selecionado (Quadro 1).

Quadro 1: Avaliação das Atividades de Vida Diárias.

Atividade de Vida	Observação/Avaliação da utente
Mantenção de ambiente seguro	À entrada, utente estava internada num quarto individual, nesse ambiente as condições de arejamento, da limpeza e da higiene mantidas, sendo também asseguradas as condições de segurança como cama travada, elevação das grades, a manutenção de um nível baixo do plano da cama e campainha ao alcance. A A.D. durante o internamento apresentou um cateter venoso periférico 18G, no membro superior esquerdo. Foi vigiado o local de inserção sem sinais evidentes de inflamação e penso do catéter que esteve sempre seco, limpo externamente e aderente. Apresenta períneo com laceração de grau I, com ligeiro edema e sem sinais inflamatórios. Aplica gelo e cumpre a realização dos cuidados de higiene perineal.
Comunicação	Durante o internamento, não se verificaram alterações ao nível da memória. A A.D. manteve sempre um discurso coerente e calmo, não mostrando quaisquer alterações de personalidade.
Respiração	Respira o ar do ambiente, não tem hábitos tabágicos e etanólicos. Durante o internamento não foi necessário o uso de nenhum tipo de ventilação invasiva ou não invasiva. Tem uma respiração de característica regular, mista, simétrica e sem utilização dos músculos acessórios.
Alimentação: Comer e beber	Após a realização do levante, a puérpera encontra-se autónoma, realizando cinco refeições por dia e cumprindo uma dieta diabética, que tolera bem. Realiza avaliação da glicémia capilar antes do pequeno-almoço, almoço e jantar, apresentando valores dentro dos parâmetros normais. Toma antidiabético oral (metformina 500 mg) ao pequeno-almoço e ao jantar. Mantém ingestão hídrica, aproximadamente 1 litro de água por dia.
Eliminação	A A.D. mantém o controle dos esfíncteres. Sem alterações no padrão intestinal e vesical. A nível do útero, utente apresentou útero bem contraído infra umbilical, lóquios hemáticos em escassa quantidade, sem odor e sem coágulos.
Higiene pessoal e vestuário	Os cuidados de higiene pessoal e conforto são realizados no wc autonomamente pela própria.
Controlo da temperatura corporal	Durante o internamento utente mostrou-se apirética, manteve a temperatura sempre nos valores de padrão normal.
Mobilidade	Independente na realização desta atividade, tem capacidade de se sentar e mobilizar autonomamente, mover-se com marcha eficaz e andar em declives de forma eficaz. Segundo a escala de Braden, utente obteve um <i>score</i> de 21, o que indica ausência de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão.
Trabalho e Lazer	Durante o internamento, A.D. permanece, na maioria do tempo, em repouso no leito, sendo acompanhada pelo marido e pelas filhas durante o horário de visita.
Expressão da Sexualidade	A utente é heterossexual e possui um companheiro, que é o pai das suas filhas. Não há registo de doenças sexualmente transmissíveis em seu histórico clínico. O reinício da atividade sexual é algo que, para já, não demonstra preocupação pois nas gravidezes anteriores for experiências sem complicações ou adversidades.
Sono	A A.D. relata que no internamento acorda várias vezes para oferecer leite materno ao Recém Nascido (RN). Essa prática tem influenciado um pouco na qualidade do sono, resultando em períodos de descanso menos tranquilos e significativamente reduzidos.
Morte	A utente demonstra aceitar a morte como parte integrante do ciclo da vida, referindo que pensar sobre isso não lhe causa medo nem perturbação.

Após a avaliação inicial e considerando as necessidades de cuidados identificadas, elaborou-se um plano de cuidados de enfermagem. Foram destacadas as principais questões de saúde, com base na Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2, 2010)⁽¹²⁾. As intervenções de enfermagem foram orientadas pela Nursing Interventions Classification (NIC, tradução da 5.ª Edição), e os resultados foram monitorizados conforme as con-

figurações estabelecidas pela CIPE. Para facilitar a visualização, a informação foi organizada de forma esquemática em um diagrama de fluxo, conforme ilustrado na Figura 1.



Figura 1: Fluxograma do Relato de Caso.

Resultados

Com base na análise e interpretação dos dados anteriormente apresentados, foram definidos 5 diagnósticos de enfermagem (DE). Entre eles, destacam-se como prioritários: 1. Risco de hipoglicemia; 2. Risco de integridade da pele; 3. Edema periférico atual, considerados pertinentes no contexto de DM tipo 2. A resolução desses diagnósticos é essencial, pois contribui significativamente para a melhoria dos demais. O plano de cuidados elaborado para cada um dos DE encontra-se descrito nos quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2: Plano de cuidados – Risco de hipoglicemia.

DE 1. Risco de hipoglicemia: “Processo do Sistema Regulador Comprometido” (versão 2010).

Foco: Hipoglicemia.

Juízo: Risco. Segundo a CIPE (versão 2010), risco define-se como “Potencialidade: Existir em possibilidade, risco”.

Intervenções de enfermagem:

- Identificar a utente com risco de hipoglicemia;
- Observar alterações da glicemia capilar;
- Vigiar os sinais e sintomas de hipoglicemia (fome e fraqueza, calafrios, tremores, cefaleias, desmaio e taquicardia);
- Providenciar a campanha.

Resultados esperados: Manter níveis de glicemia dentro dos parâmetros normais, prevenindo episódios de hipoglicemia.

Resultados obtidos: Glicemia capilar, sem alterações aparentes.

Avaliação final: Valores da glicemia capilar estáveis. Durante o internamento não foram detetados nenhum dos sintomas de hipoglicemia e o risco de ocorrência da mesma.

Quadro 3: Plano de cuidados – Risco de integridade da pele.

DE 2. Risco de integridade da pele: “Integridade” (versão 2010).

Foco: Integridade da pele.

Juízo: Risco. Segundo a CIPE (versão 2010), risco define-se como “Potencialidade: Existir em possibilidade, risco”.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar a laceração perineal quanto a sinais de inflamação e infeção;
- Ensinar a utente sobre a higiene adequada da região perineal;
- Informar para manter a área limpa e seca;
- Incentivar aplicação de crioterapia no local.

Resultados esperados: Espera-se que a utente mantenha uma boa higiene da região perineal, favorecendo a cicatrização adequada da laceração e prevenindo sinais de infeção.

Resultados obtidos: Integridade da pele, sem sinais de alteração.

Avaliação final: Durante o internamento, a utente manteve uma higiene adequada da região perineal, demonstrando compreensão e adesão às orientações fornecidas. A ferida da laceração perineal de grau I evoluiu favoravelmente, sem sinais de infeção, inflamação ou outras complicações. Observou-se cicatrização adequada e ausência de dor significativa.

Quadro 4: Plano de cuidados – Edema periférico atual.

DE 3. Edema periférico atual: “Retenção de Líquidos: Condição de excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares; retenção de líquidos com tumefação dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, tumefação da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial, alteração do padrão respiratório ou sons respiratórios anormais” (versão 2010).

Foco: Edema periférico

Juízo: Actual. Segundo a CIPE (versão 2010), Actual define-se como “Potencialidade: Presente ou real”.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar a extensão e localização do edema;
- Avaliar sinais de complicações circulatórias (sinal de homans);
- Incentivar a elevação dos membros inferiores quando possível;
- Observar alterações na cor, temperatura e sensibilidade da pele;
- Incentivar a mobilização, respeitando os limites e a tolerância da utente.

Resultados esperados: Redução do edema nos membros inferiores ao longo do internamento.

Resultados obtidos: Edema periférico, melhorado.

Avaliação final: Foi observado uma redução ligeira do edema nos membros inferiores, com melhoria do conforto e mobilidade da utente. Foram implementadas medidas de elevação dos membros e estímulo à mobilização, com resposta negativa. Durante o internamento a utente mostrou-se colaborante com as orientações e não apresentou sinais de complicações circulatórias associadas. Realizado o sinal de Homans, com resultado negativo.

Relato do episódio

Este estudo de caso é referente a uma utente de 35 anos, ateuista, casada e atualmente encontra-se a trabalhar como técnica administrativa. Índice obstétrico: 2012, idade gestacional de 38 semanas e 4 dias e grupo sanguíneo de A Rh positivo, serologias negativas e pesquisa de *streptococcus* β negativo.

A grávida recorreu ao serviço de urgência no dia 09/04/2025, às 10h05, para indução do trabalho de parto. À entrada grávida encontrava-se vígil, orientada e bem disposta. Parâmetros vitais estáveis. Negava dor. Colocado cateter venoso periférico. Realizada Cardiotocografia (CTG), revelando bem-estar fetal e contratilidade regular. Iniciado restante protocolo do internamento. A.D. pretendeu a colocação de epidural, contactou-se anestesista.

Às 22h45, apresentou rutura espontânea da bolsa amniótica, com saída de líquido amniótico claro e dilatação de 3 cm do colo de útero.

Às 23h30 verificou-se dilatação completa, sendo a grávida transferida para o Bloco de Partos.

Às 23h46, ocorreu parto eutócico, do qual nasceu um RN do sexo masculino, com 3950 gramas e Índice de Apgar 10/10/10.

Transferida grávida para internamento de puerpério. À chegada vígil, orientada, calma e hemodinamicamente estável. Mamas moles. Útero bem contraído

e infra-umbilical. Períneo com laceração grau I suturada, que aplica gelo. Perdas vaginais diminuídas (Fonte: Sistema Glintt).

Discussão

No caso estudado, a utente apresentou diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG) na sua primeira gravidez, condição que desapareceu no pós-parto, mas que voltou a manifestar-se na segunda gestação. Posteriormente, manteve valores compatíveis com pré-diabetes, sendo monitorizada e controlada através de dieta e da toma de antidiabéticos orais em contexto domiciliário, nomeadamente, metformina 500 mg por via oral ao pequeno-almoço e ao jantar. Durante a gravidez atual, foi necessário iniciar insulino-terapia com insulina de ação prolongada, administrada à noite, para garantir um controlo glicémico adequado.

A DG corresponde a qualquer alteração no metabolismo da glicose identificada, pela primeira vez, durante a gravidez, independentemente da necessidade ou não de tratamento com insulina⁽¹³⁾. Esta condição representa uma resposta do organismo à sobrecarga metabólica característica da gestação, especialmente nos casos em que já existem fatores de risco associados, como excesso de peso, antecedentes familiares de diabetes ou gravidez anterior com macrosomia fetal.

O diagnóstico é geralmente feito entre as 24 e 28 semanas de gestação, por meio da PTGO com 75 g de glicose. Os critérios definidos para o diagnóstico de DG, segundo a Direção-Geral da Saúde⁽¹⁴⁾, consideram o diagnóstico positivo se for verificado pelo menos um dos seguintes valores:

- a) Glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L);
- b) Glicemia 1 hora após ingestão ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L);
- c) Glicemia 2 horas após ingestão ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L).

O controlo adequado dos níveis de glicose materna é essencial, pois níveis elevados estão associados a um risco aumentado de complicações, tanto maternas como neonatais. Entre os riscos para o RN estão a

macrosomia fetal, fetos Grandes para a Idade Gestacional (GIG), traumatismo obstétrico, hipoglicémia neonatal, icterícia e alterações respiratórias. Além disso, estas crianças apresentam um risco aumentado de desenvolver obesidade e distúrbios no metabolismo da glicose ao longo da vida⁽¹⁵⁾.

Para a mãe, as complicações incluem maior risco de parto por cesariana, pré-eclâmpsia e um risco significativamente aumentado de desenvolver DM tipo 2 nos anos seguintes ao parto. O seguimento clínico, após o nascimento, é fundamental para a prevenção e deteção precoce de futuras alterações metabólicas⁽¹⁶⁾.

No caso observado, a utente, por se tratar da sua terceira gravidez e já possuir experiência prévia com a diabetes, demonstrava conhecimento sobre a patologia e os cuidados necessários, nomeadamente a monitorização glicémica através do glucómetro, com avaliações realizadas antes das principais refeições. No entanto, durante o internamento hospitalar, não foi possível cumprir integralmente o protocolo interno do serviço relativamente à monitorização da glicémia, o qual prevê avaliações rigorosas em horários específicos para garantir a estabilidade glicémica da puérpera e prevenir eventuais complicações.

Por outro lado, devido ao diagnóstico materno de DM tipo 2 e ao facto de o RN ser GIG, foi aplicado o protocolo de vigilância glicémica neonatal. Este protocolo inclui a realização de avaliações da glicémia capilar a cada 6 horas nas primeiras 12 horas de vida, com o intuito de identificar precocemente episódios de hipoglicémia e assegurar uma intervenção oportuna. Durante o internamento, o RN seguiu o protocolo de vigilância, mantendo níveis glicémicos dentro dos valores normais e apropriados.

O tratamento da DG baseia-se, primordialmente, na adoção de uma terapêutica nutricional adequada, a qual deve ser personalizada, considerando o estado nutricional da grávida, os seus hábitos alimentares e os antecedentes clínicos. Caso os objetivos glicémicos não sejam alcançados no prazo de uma a duas semanas após o início desta abordagem, deverá ser considerada a introdução de terapêutica farmacológica⁽¹⁷⁾.

A DG, enquanto condição transitória, mas com potenciais repercussões duradouras, exige uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde. Para além do diagnóstico e tratamento, torna-se essencial compreender o impacto desta condição na saúde da mulher e do recém-nascido, tanto a curto como a longo prazo⁽¹⁸⁾. No contexto clínico observado, foi evidente a importância de uma vigilância próxima e de intervenções personalizadas, capazes de minimizar riscos e promover o bem-estar materno-fetal.

Embora os critérios diagnósticos estejam bem definidos, a abordagem prática exige uma capacidade de adaptação às particularidades de cada caso. Neste sentido, a intervenção da equipa de enfermagem revelou-se fundamental, não só na monitorização dos valores glicémicos, mas também na educação da utente e na promoção de comportamentos saudáveis, aspetos essenciais para o controlo metabólico e prevenção de complicações. No entanto, neste caso específico, apesar da vigilância adequada por parte da equipa de enfermagem, não foi necessária uma intervenção intensiva. A puérpera, na sua terceira gestação e com histórico prévio de Diabetes *Mellitus* tipo 2, revelava conhecimentos adequados sobre a gestão da sua condição de saúde. Evidenciava conhecimento sobre os cuidados necessários, monitorizava corretamente os níveis de glicémia e seguia o plano alimentar de forma autónoma.

Este facto realça a importância da experiência prévia e da capacitação da utente para o autocuidado, reforçando a ideia de que a educação em saúde desempenha um papel duradouro e contínuo, com impacto positivo nas futuras experiências clínicas. Ainda assim, torna-se necessário refletir sobre os riscos acrescidos que esta condição representa no pós-parto e nas gestações futuras, bem como no desenvolvimento de doenças crónicas, como a Diabetes tipo 2. Esta perspetiva reforça a importância de planos de acompanhamento a médio e longo prazo, promovendo a continuidade de cuidados mesmo após a alta hospitalar.

Assim, a gestão da DG vai além do controlo dos valores laboratoriais, trata-se de uma oportunidade para intervir de forma precoce, com uma visão global da saúde materna e neonatal, promovendo melhores resultados a curto, a médio e a longo prazo.

Conclusão

A elaboração do presente Relato de Caso revelou-se uma ferramenta fundamental para a aprendizagem permitindo a articulação da academia com a prática profissional e fortalecendo a prática baseada em evidências com reflexão crítica contínua. Através do raciocínio clínico implícito, foi possível quer a tomada de decisão fundamentada, quer a partilha de experiências da prática diária.

Neste âmbito, conclui-se que a intervenção de enfermagem desempenha um papel fundamental na vigilância e acompanhamento da puérpera com DM tipo 2, contribuindo para a prevenção de complicações e para a promoção de uma recuperação segura e eficaz. O acompanhamento rigoroso dos níveis de glicémia, aliado à monitorização do estado nutricional, do padrão de eliminação e da integridade da pele, permite uma abordagem individualizada e centrada na utente.

No serviço onde decorreu este internamento, existe um protocolo específico para o seguimento de grávidas e puérperas com DM tipo 2, que inclui a articulação entre a equipa de enfermagem e obstetras. Este protocolo contempla a avaliação sistemática da glicémia capilar, a adequação da terapêutica antidiabética conforme a prescrição médica e a promoção da educação para a saúde, com foco no autocuidado e na adesão ao regime terapêutico. As orientações encontram-se organizadas no manual de atuação clínica da unidade, o que favorece a uniformização dos cuidados prestados e reforça a segurança da utente.

Além disso, o papel educativo do enfermeiro revela-se essencial, mesmo quando a utente já possui conhecimento prévio da patologia, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A sensibilização para sinais de alerta, a importância da vigilância metabólica e os cuidados com a alimentação e atividade física são reforçados durante o internamento.

Em suma, a adoção de protocolos bem estruturados, aliados à formação contínua das equipas de saúde, é determinante para assegurar cuidados de qualidade, reduzir complicações associadas à Diabetes tipo 2 e promover a saúde materna no puerpério.

Implicações para a Enfermagem

A DM na gravidez requer vigilância e acompanhamento da mulher de modo a garantir o bem-estar materno-fetal e transições saudáveis no parto e puerpério. Tanto a monitorização contínua como a prevenção de complicações e o reforço ao autocuidado contribuem para a estabilização metabólica e para o bem-estar físico e emocional da mulher.

Emerge assim a necessidade de atentar na vigilância da saúde durante a gravidez, assegurando os rastreios preconizados e individualizando os cuidados prestados de acordo com as necessidades encontradas na mulher com DM 2.

Referências

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
3. Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Sul. Dia Mundial da Diabetes: os números que não podemos ignorar. Nov 2023 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/dia-mundial-da-diabetes-os-n%C3%B3meros-que-n%C3%A3o-podemos-ignorar/>
4. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S19-40.
5. MSD Manuals. Resistência à insulina [Internet]. Kenilworth: Merck Sharp & Dohme LLC; 2023 [citado em 1 de setembro de 2025]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADa/gesta%C3%A7%C3%A3o-complicada-por-doen%C3%A7as-diabetes-mellitus-na-gesta%C3%A7%C3%A3o?query=diabetes%20gestacional>
6. Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo (SPEDM). Diabetes tipo 2. 2025 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.spedm.pt/pt/glandulas-e-doencas-endocrinas/diabetes-tipo-2>
7. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: factos e números – os anos de 2016, 2017 e 2018. Lisboa: Observatório da Diabetes; 2019. p.27-61.
8. Nunes L. Aspectos éticos na investigação de enfermagem. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal. 2020 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
9. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley DS; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. BMJ Case Rep. 2013;2013:bcr2013201554. Disponível em: [10.1136/bcr-2013-201554](https://doi.org/10.1136/bcr-2013-201554).
10. Fonseca C, Coroado R, Pissarro M. A importância do modelo das atividades de vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem. J Aging Innov. 2017;6(3):96-102.
11. International Council of Nurses (ICN). CIPE versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
12. Rocha AF. Diabetes gestacional. Porto: Faculdade de Farmácia; 2018. p.1.
13. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 002/2011 de 14/01/2011 – diagnóstico e classificação da diabetes mellitus. Lisboa: DGS; 2011 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/01/14/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus/>
14. Brandão E. Critérios de diagnóstico da diabetes gestacional. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto; 2011. p.4.
15. Lopes LS. Diabetes gestacional: impacto dos novos critérios de diagnóstico na região de Portugal. Coimbra: Faculdade de Medicina; 2020. p.6.
16. Almeida MC, Soares J, Ruas L. Consenso “Diabetes Gestacional”: atualização 2017. Rev Port Diabetes. 2017 [citado em 6 de outubro de 2025];12(1):25-6. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>
17. Jorge IM, Rodrigues LR. Diabetes mellitus gestacional: implicações para a saúde materno-fetal, riscos intergeracionais e abordagens preventivas. Rev Aracê. 28 jan 2025;3718.
18. Grossi L. Diabetes tipo 2: o que é, sintomas, causas e tratamento. Tua Saúde. Nov 2024 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.tuasauade.com/diabetes-tipo-2/>
19. CUF. Diabetes. 2025 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/diabetes>
20. Carvalhanas J, Andrade C. Consenso: recomendações portuguesas para abordagem multidisciplinar da hemorragia obstétrica. 2017. p.32.
21. Guedes R. Nursing interventions classification. 5th ed. 2010.
22. Pereira G. Portugal registou mais de 70 mil novos casos de diabetes em 2022. News Farma. Nov 2023 [citado em 6 de outubro de 2025]. Disponível em: <https://www.newsfarma.pt/noticias/13593-portugal-registou-mais-de-79-mil-novos-casos-de-diabetes-em-2022.html>
23. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD). Despacho n.º 1057/2022 de 26 de janeiro – Normas de elaboração de trabalhos académicos e científicos escritos. Diário da República 2.ª Série. 2022;12.

Autor Correspondente/Corresponding Author
Susana do Vale – Unidade Local de Saúde do
Norte Alentejano EPE: Portalegre, Portalegre,
Portugal.
susana.delgadinho@uevora.pt

Contributo das Autoras/Authors' contributions
JL: Coordenação do estudo, desenho do estudo,
recolha, armazenamento e análise de dados,
revisão e discussão dos resultados.
SV: Coordenação do estudo, revisão e discussão
dos resultados.
Todas as autoras leram e concordaram com a
versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas/Ethical Disclosures

Conflitos de Interesse: Os autores declararam
não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não
foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não
comissionado; revisão externa por pares.

Conflicts of Interest: The authors have no
conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received
any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not
commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus
artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de
primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
e autorizando reuso por terceiros conforme os
termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles,
granting RIASE 2025 the right of first publication
under the CC BY-NC license, and authorizing
reuse by third parties in accordance with the
terms of this license.