

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

JOICE MOREIRA SCHMALFUSS

**MULHERES COM DIABETE MELITO GESTACIONAL: conhecendo a doença e
convivendo com ela**

Porto Alegre

2011

JOICE MOREIRA SCHMALFUSS

MULHERES COM DIABETE MELITO GESTACIONAL: conhecendo a doença e
convivendo com ela

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha.

Linha de pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Schmalfluss, Joice Moreira
Mulheres com diabetes melito gestacional:
conhecendo a doença e convivendo com ela. / Joice
Moreira Schmalfluss. -- 2011.
64 f.

Orientadora: Ana Lucia de Lourenzi Bonilha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. diabetes gestacional. 2. gravidez de alto
risco. 3. cuidado pré-natal. 4. assistência
perinatal. I. Bonilha, Ana Lucia de Lourenzi,
orient. II. Título.

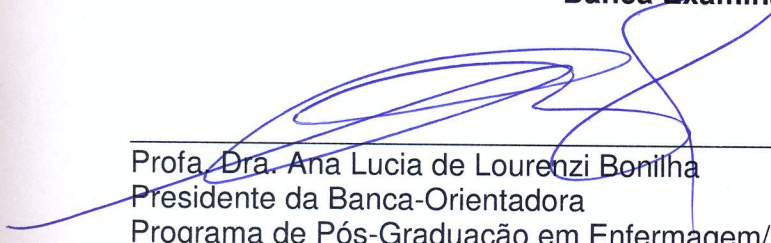
JOICE MOREIRA SCHMALFUSS

MULHERES COM DIABETE MELITO GESTACIONAL: conhecendo a doença e
convivendo com ela

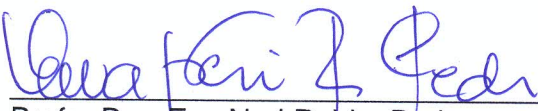
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em Porto Alegre, no dia 28 de abril de 2011.


Banca Examinadora



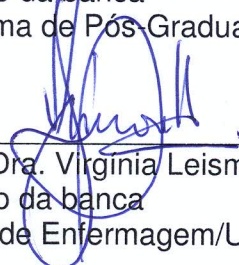
Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha
Presidente da Banca-Orientadora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro
Membro da Banca
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS



Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta
Membro da banca
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS



Profa. Dra. Virginia Leismann Moretto
Membro da banca
Escola de Enfermagem/UFRGS

A todas as mulheres com Diabete Melito Gestacional que participaram deste estudo, por tornarem possível a realização de mais uma etapa da minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a minha orientadora, Ana Bonilha, pela orientação deste trabalho, ensinamentos profissionais, conselhos pessoais, escuta, apoio, paciência, compreensão e confiança depositada em mim desde a vida acadêmica até agora, na vida profissional.

A minha família, Manfredo, Marlene, Francine e Zig, pelo incentivo, apoio e amor incondicional.

Ao meu namorado, Ricardo, pelo apoio e incentivo, principalmente na etapa final deste estudo, bem como pela paciência em ouvir a mesma leitura por diversas vezes, além da compreensão, amor e carinho demonstrados desde sempre.

As minhas grandes e saudosas amigas, Taís Ruckert, Marcele Peretto, Joelza Chisté e Gabriela Andrade, por compartilharem felizes momentos de amizade.

Às novas amigas, Priscila Bolzan e Patrícia Schmidt, pela acolhida em Uruguaiana, diálogos entre o tempo livre de trabalho, amizade, apoio e estímulo para a finalização de mais esta etapa da minha vida.

Às integrantes do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (GEMBE) e às amigas e colegas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI), pelo convívio e momentos de aprendizado e discussão que tanto me fizeram crescer.

Aos colegas do mestrado, pelas trocas durante a realização das disciplinas e conversas que amenizaram os momentos difíceis.

Às queridas amigas Laura Leismann de Oliveira e Melissa de Azevedo, pela troca de experiências profissionais, pessoais, culturais e de turismo compartilhadas desde o início da pós.

À querida Virgínia Moretto, pela escuta, conselhos, estímulos pessoais e profissionais fornecidos desde a trajetória acadêmica.

À Jussara Lipinski e à Jaqueline de Souza, por me receberem em seu lar, fornecendo importante apoio para a conclusão deste estudo.

À equipe de enfermagem da Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pela acolhida, apoio e incentivo para a materialização deste estudo.

Às gestantes diabéticas que muito contribuíram para a realização desta pesquisa, ajudando a compreender como é a com o diabetes gestacional.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) desta Universidade, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao HCPA, por oportunizarem a realização deste trabalho e a concretização do sonho em iniciar na docência.

Às professoras da banca examinadora e do exame de qualificação, Eva Pedro, Maria da Graça Motta, Virgínia Moretto e Anne Marie Weissheimer pela disponibilidade em avaliar este estudo e pelas contribuições que aprimoraram o mesmo.

À secretária do PPGEnf, Tatiane Santos, pela disponibilidade e atenção em ajudar, sempre dispensadas.

À querida aluna Lisie Alende Prates, pela ajuda nas transcrições das entrevistas em um momento de saúde muito delicado que vivenciei.

Finalmente, à Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), pelo incentivo à qualificação profissional.

RESUMO

O diabetes melito gestacional é um grupo de doenças metabólicas que pode afetar qualquer mulher e, quando não controlado, causar consequências graves para o binômio mãe/bebê. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, que analisou o que as mulheres com diabetes melito gestacional conhecem sobre a doença e como elas convivem com essa condição. O estudo foi realizado em um hospital universitário do município de Porto Alegre/RS, por meio de entrevistas com 25 gestantes diabéticas em acompanhamento ambulatorial, entre os meses de julho e novembro de 2010. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do hospital em estudo, sob o número 100230. Os dados encontrados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, evidenciando-se três temas: o conhecimento sobre a doença, as repercussões do diagnóstico e tratamento do diabetes melito gestacional para a grávida e sua família e as implicações da gravidez de risco na vida diária da mulher. Das 25 entrevistadas, 18 possuem história familiar de diabetes melito e manifestaram surpresa com o diagnóstico, indicando a não valorização dos antecedentes familiares e o não reconhecimento do risco, dados que podem estar relacionadas à negação da doença pelas gestantes. As participantes também relataram desinformação sobre a patologia e suas consequências para si e para o bebê. Observou-se que algumas gestantes foram encaminhadas do interior do Estado para a capital e que o atendimento no pré-natal de alto risco aconteceu tardiamente. Algumas participantes manifestaram sentimentos de negação e mágoa, dificuldades em conviver com a situação de risco gestacional, preocupações com as repercussões da doença para o bebê e medo em persistir com diabetes melito após o parto. Quanto às implicações da gravidez de risco na vida diária da mulher, estas abrangeram desde alterações físicas manifestadas pela doença e pela própria gestação, até adaptações e/ou mudanças com: a alimentação diária, as atividades domésticas e profissionais, o lazer, as relações sexuais e os cuidados com a gravidez. Considera-se importante a valorização das informações que os profissionais de saúde repassam às mulheres com diabetes melito gestacional, atentando para a qualidade das mesmas. É fundamental que estes insiram a família no contexto de atendimento da gestante diabética de forma a estimular o apoio e a compreensão fornecido a esta mulher. Finalmente, o diabetes que ocorre na gravidez deve ser discutido em todos os níveis de atenção à saúde visando a prevenção desse agravo gestacional.

Descritores: diabetes gestacional; gravidez de alto risco; cuidado pré-natal; assistência perinatal.

Título - Mulheres com diabetes melito gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela

RESUMEN

El diabetes mellitus gestacional es un grupo de enfermedades metabólicas que puede afectar a cualquier mujer y, cuando no controlado, causar consecuencias graves para el binomio madre-hijo. Se trata de una pesquisa cualitativa, del tipo descriptivo y exploratorio que analizó lo que las mujeres con diabetes mellitus gestacional conocen acerca de la enfermedad y como ellas viven con esa condición. El estudio fue realizado en un hospital universitario de la municipalidad de Porto Alegre/RS, por medio de entrevistas con 25 gestantes diabéticas en acompañamiento ambulatorio, entre los meses de julio y noviembre de 2010. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital del estudio, con el número 100230. Los datos encontrados fueron sometidos al análisis de contenido del tipo temático lo cual evidenció tres temas: el conocimiento acerca de la enfermedad, las repercusiones del diagnóstico y el tratamiento de diabetes mellitus gestacional para la mujer embarazada y su familia y las implicaciones del embarazo de riesgo en la vida diaria de la mujer. De las 25 mujeres entrevistadas, 18 poseen historia familiar de diabetes mellitus y manifestaron sorpresa con el diagnóstico, indicando la no valoración de los antecedentes familiares y el no reconocimiento del riesgo, datos que pueden estar relacionadas a la negación de la enfermedad por las gestantes. Las participantes también relataron desinformación acerca de la patología y sus consecuencias para sí y para el bebé. Se observó que algunas gestantes fueron encaminadas del interior del Estado para la capital y que el atendimento en el pre-natal de alto riesgo aconteció tardíamente. Algunas participantes manifestaron sentimientos de negación y dolor, dificultades de vivir con la situación de riesgo gestacional, preocupaciones con las repercusiones de la enfermedad para el bebé y miedo de continuar con diabetes mellitus tras el parto. En cuanto a las implicaciones del embarazo de riesgo en la vida diaria de la mujer, estas comprendieron desde alteraciones físicas manifestadas por la enfermedad y por la propia gestación hasta adaptaciones y/o cambios con: la alimentación diaria, las actividades domésticas y profesionales, el ocio, las relaciones sexuales y los cuidados con el embarazo. Se considera importante la valoración de las informaciones que los profesionales de salud repasan a las mujeres con diabetes mellitus gestacional, con especial atención a la calidad de las mismas. Es fundamental que ellos insieren la familia en el contexto de atendimento de la gestante diabética de manera a estimular el apoyo y la comprensión dedicados a esta mujer. Finalmente, el diabetes que ocurre en el embarazo debe ser discutido en todos los niveles de la atención a la salud visando la prevención de ese agravio gestacional.

Descriptorios: diabetes gestacional; embarazo de alto riesgo; cuidado pre-natal; asistencia perinatal.

Título - Mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional: conociendo y viviendo con la enfermedad

ABSTRACT

Gestational diabetes mellitus refers to a group of metabolic diseases that can affect any woman and, if not under control, cause severe consequences to both the mother and her child. This is a descriptive-exploratory type qualitative research, which analyzed what women with gestational diabetes mellitus know about the disease and how they live with this condition. The study was carried out at a university hospital in the city of Porto Alegre, in the South of Brazil, by means of interviews with 25 diabetic pregnant women under ambulatory follow-up, from July to November 2010. The study was approved by the Ethics Committee of the study hospital, under the number 100230. Data found were submitted to thematic content analysis, coming up with three themes: knowledge about the disease, repercussion of diagnosis and of gestational diabetes mellitus treatment, and implication of high-risk pregnancy on women's daily life. Out of the 25 women interviewed, 18 have diabetes mellitus on their family history and were surprised with the diagnosis, which indicates they did not give importance to their family history nor did they acknowledge the risk for the disease; this data can be related to patient denial of the disease. Participants also reported misinformation about their pathology and its consequences for both themselves and their baby. Some of the pregnant women were sent from the countryside to the capital, and because of that they received late high-risk pre-natal care. Some participants showed feelings of denial and hurt, difficulty living with high-risk pregnancy, worries about consequences of the disease to their baby and fear that diabetes mellitus will persist after birth. As for high-risk pregnancy implications to these women's daily lives, they refer to physical alterations manifested by the disease and by pregnancy itself and adaptations and/or changes in: daily diet, domestic and professional activities, leisure, sexual relations, and pregnancy cares. Valuing information that health professionals forward to women with gestational diabetes mellitus is of importance. It is imperative that health professionals include families in the context of diabetic pregnancy in order to stimulate support and comprehension to the afflicted woman. Finally, diabetes that occurs during pregnancy must be discussed on all levels of health care so as to prevent this gestational aggravation.

Descriptors: gestational diabetes; high-risk pregnancy; prenatal care; perinatal care.

Title - Women with gestational diabetes mellitus: knowing the disease and living with it

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	American Diabetes Association
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
DF	Distrito Federal
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM	Diabete Melito
DMG	Diabete Melito Gestacional
GEMBE	Grupo de Estudos de Saúde da Mulher e do Bebê
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SEMI	Serviço de Enfermagem Materno-Infantil
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
TTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UIO	Unidade de Internação Obstétrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	Diabete Melito e Gestação	16
3.2	Diabete Melito Gestacional	17
3.3	O Cuidado Prestado à Mulher com Diabete Melito Gestacional	20
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de Estudo	23
4.2	Local do Estudo	24
4.3	Participantes do Estudo	24
4.4	Coleta de Dados	25
4.5	Análise dos Dados	26
4.6	Aspectos Éticos	27
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	29
5.1	O Conhecimento sobre a Doença	30
5.2	As Repercussões do Diagnóstico e Tratamento do Diabete Melito Gestacional para a Grávida e sua Família	36
5.3	As Implicações da Gravidez de Risco na Vida Diária da Mulher	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICE A – Ficha de Identificação das Participantes da Pesquisa	59
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	61
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
	ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	63

1 INTRODUÇÃO

A partir dos estudos realizados na disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher, no sexto semestre, surgiu o interesse e a admiração da autora desta pesquisa – que foram aumentando a cada dia, ao longo da graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – pelas temáticas que abrangem a área dos cuidados relacionados às mulheres. Naquele mesmo semestre, ao ingressar como bolsista de iniciação científica no Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (GEMBE), o envolvimento em projetos relacionados às temáticas de mulheres, gestantes, parto, nascimento, recém-nascidos e puérperas foi consolidando cada vez mais esse interesse.

O estreitamento das relações com a área perinatal e o desejo de prosseguir trabalhando profissionalmente nesse espaço impulsionaram a autora a realizar o estágio curricular do final da graduação em enfermagem no centro obstétrico de um hospital universitário, a fim de complementar a teoria e a prática nessa área. A atuação em campo de estágio proporcionou à autora vivenciar as mais diversas situações, e possibilitou que a mesma constatasse que nem todas as gestações ocorrem da mesma forma. Por diversas vezes, mulheres chegaram ao centro obstétrico para atendimento de uma gestação de alto risco – haja vista que o campo de estágio é considerado um hospital de referência para risco gestacional e atende gestantes com diversas patologias, entre elas, o Diabete Melito¹ (DM).

Interessada em aprender mais sobre essa doença, que pode acometer grávidas, e, tendo a oportunidade de atuar diretamente nesse contexto, a autora prestou atendimento a um grupo de gestantes diabéticas em acompanhamento ambulatorial no mesmo hospital no qual realizou o estágio curricular. No referido grupo, esse acompanhamento é semanal e objetiva manter controlados os níveis glicêmicos das gestantes, assim como prevenir eventuais complicações do DM com elas e com os seus bebês.

Dentre as atividades direcionadas às grávidas com Diabete Melito tipo 1, 2 ou Diabete Melito Gestacional (DMG) estão o suporte fisiológico, psicológico e nutricional; orientações para o autocuidado e tratamento das grávidas, para o uso e

¹ No presente trabalho, a palavra diabete será antecedita de artigo masculino por ser conceituada como um grupo de doenças metabólicas.

aplicação de insulina (quando necessário) e para o controle da glicemia, assim como o esclarecimento de dúvidas em relação às mudanças causadas pela gravidez. Além disso, esse grupo conta com uma equipe multiprofissional – composta por enfermeiras, médicas obstetras e endocrinologista, nutricionista, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional –, que ainda necessita atuar de forma integrada em relação às necessidades dessas mulheres.

Considera-se, portanto, esse grupo de atendimento às gestantes diabéticas como um momento propício para realizar atividades que visem a esclarecer dúvidas em relação à situação que as grávidas se encontram, controlar os sintomas provocados pelo DM, trabalhar com os medos que podem ser causados pela patologia na gestação, objetivando, assim, contribuir para a redução de possíveis danos ao binômio mãe/bebê.

No decorrer dos encontros, mais informada sobre a doença, mais próxima às mulheres e familiarizada com a dinâmica do grupo, a autora percebeu que as inquietações das grávidas frequentadoras desse espaço versavam não só sobre questões relacionadas ao DM, aos cuidados com a patologia, aos sintomas apresentados, como também sobre as consequências da doença para a gravidez e para o bebê. Mesmo com a participação semanal no grupo, muitas das mulheres não pareciam preparadas para lidar com as descompensações glicêmicas, com as possíveis intonações, com o risco de ocorrer o parto antes do termo e de malformações do bebê e com outras situações ou complicações geradas por uma gestação de risco.

Com a experiência de acompanhar alunos em estágios da graduação em enfermagem, a autora percebeu, de forma empírica, que, muitas vezes, as gestantes eram hospitalizadas por complicações relacionadas ao DM, principalmente pelo diabetes que é desenvolvido no decorrer da gestação.

Aproximadamente 7% de todas as gestações no mundo são complicadas pelo DMG, resultando em mais de 200.000 casos por ano e representando 90% dos casos dessa patologia. A prevalência pode variar entre um e 14%, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados⁽¹⁾. Na Espanha, a prevalência de DMG em mulheres acompanhadas em serviço de endocrinologia e nutrição e nas consultas obstétricas de alto risco realizadas no Complexo Hospitalario de Ourense foi de 4,2%⁽²⁾.

No Brasil, a prevalência de DMG em mulheres com mais de 20 anos de idade atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 7,6%⁽³⁾. Um estudo para determinar a prevalência de DMG em grávidas em um Centro de Saúde da cidade de Brasília/DF concluiu que essa taxa foi de 6,6% em uma amostra de 290 gestantes⁽⁴⁾. Outro estudo realizado em Pelotas/RS, que investigou os fatores associados à ocorrência de DMG em 4.243 puérperas concluiu que a prevalência dessa patologia foi de 2,95%⁽⁵⁾.

Uma pesquisa que avaliou o desempenho do nível plasmático de glicose em jejum como teste de triagem para DMG apresentou uma frequência de 7,6% desta patologia entre 5.010 gestantes brasileiras acompanhadas em serviços de pré-natal de baixo-risco pelo SUS⁽⁶⁾. Em outro estudo que também avaliou as frequências de DM tipo 1, tipo 2 e gestacional constatou que, das 261 gestantes avaliadas, 143 (53,2%) possuíam DMG⁽⁷⁾.

Um estudo realizado em Minas Gerais avaliou as implicações do DM na morbimortalidade materna e fetal através da revisão de prontuários de gestantes com esta patologia; o mesmo concluiu que, das 93 gestantes diagnosticadas com a doença, 38 (40,86%) apresentaram o diagnóstico de DMG na gravidez atual⁽⁸⁾. Outra pesquisa que caracterizou gestantes portadoras de DM atendidas em um hospital universitário do município de Porto Alegre/RS identificou que, das 105 mulheres atendidas, 20% (21 mulheres) apresentaram diabetes prévio à gestação e 80% (84 mulheres) apresentaram o diagnóstico de DMG⁽⁹⁾.

De acordo com dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)², houve um total de 19.471 internações na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), entre os anos de 2005 e 2009. Esta unidade atende puérperas com seus recém-nascidos estáveis e gestantes de alto-risco que apresentam patologias prévias à gestação (cardiopatias, DM tipo 1 ou 2, epilepsia, entre outras), patologias que se desenvolvem durante a gestação (pré-eclâmpsia, DMG e outras) ou intercorrências obstétricas (trabalho de parto prematuro – TPP –, bolsa rota, entre outras). As gestações de alto-risco foram responsáveis por 725 ocorrências no mesmo período citado; 40,8% (296) das internações foram relacionadas aos diagnósticos de DM ou DMG, sendo que, quando considerado somente o diagnóstico de DMG, este esteve presente em 32,3% (234) das internações.

² Os dados apresentados nesta parte do trabalho foram fornecidos pelo Serviço Administrativo de Atenção Materno Infantil do HCPA, por correio eletrônico, em outubro de 2009.

Os dados anteriormente citados indicaram que o diagnóstico de DMG foi responsável por grande parte das internações das gestações de alto-risco no HCPA. Este dado demonstra a relevância do DMG, como uma intercorrência adquirida no decorrer da gravidez, e um problema de saúde pública. Essa constatação, ao contrário do que acontece com as gestantes portadoras de DM tipo 1 ou 2, é o acréscimo de uma outra condição além da gestação, como outras que a grávida precisa desvendar, entender e aprender a conviver.

A mulher com DMG tem que conviver com uma patologia que ocorre concomitante aos outros eventos que envolvem a gravidez e aqueles relacionados a uma gravidez de risco. Por isso, acredita-se que a mulher que enfrenta essa situação, pode apresentar diversos tipos de emoções com sentimentos exacerbados de insegurança, medo, angústia e, muitas vezes, negação, causados pela condição em que se encontra⁽¹⁰⁾.

Os altos índices de DMG indicam que há mulheres acometidas por esta patologia, sugerindo que existem lacunas na atenção prestada a esta parcela da população. Assim, interroga-se o conhecimento, entendimento e adaptação das gestantes a uma situação de risco que ocorre no desenvolvimento da gravidez.

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos: o que as mulheres com o diagnóstico de diabetes melito gestacional conhecem sobre a doença?; como elas convivem com uma situação de risco desenvolvida durante a gestação?

Pressupõe-se que o conhecimento e entendimento dessa patologia pela mulher podem possibilitar um cuidado adequado do diabetes na gravidez. Para tanto, faz-se necessário que o profissional que atende a mulher com DMG tenha um olhar atento para identificar suas necessidades e dificuldades. Essa atenção possibilitará que sejam esclarecidos à gestante aspectos importantes relacionados a sua doença, para que possa ser participante ativa no próprio cuidado, visando a diminuir os riscos e complicações relacionados a uma gravidez de risco.

2 OBJETIVOS

Os objetivos da presente pesquisa foram analisar o que as mulheres com diabetes melito gestacional conhecem sobre a doença e como elas convivem com essa condição.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura, serão abordados os seguintes temas: diabetes melito e gestação, diabetes melito gestacional e o cuidado prestado à mulher com diabetes melito gestacional.

3.1 Diabetes Melito e Gestação

A gravidez é um fenômeno fisiológico que acontece, na maioria das vezes, sem intercorrências. Um estudo indica que 90% das gestações desenvolvem-se do início ao fim sem complicações⁽¹¹⁾.

No entanto, em decorrência de alguma característica específica ou de algum agravo apresentado pela mulher desde o início da gravidez ou durante o seu percurso, algumas gravidezes podem ser denominadas de gestação de alto risco, por apresentarem uma maior chance de evoluírem de forma desfavorável – tanto para a mãe, quanto para o feto^(3, 11-13).

Segundo o Ministério da Saúde, existem quatro grupos de fatores de risco na gravidez, e eles são influenciados por características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas⁽³⁾. Vale ressaltar que as circunstâncias ou características de prováveis eventos desfavoráveis na gravidez podem estar presentes no indivíduo, na família, no grupo, na comunidade ou no ambiente⁽¹¹⁾.

O fator de risco DM é classificado no grupo das doenças obstétricas na gravidez, sendo uma das causas clínicas da gestação de alto risco⁽¹⁴⁾. Conceitua-se o DM como um grupo de doenças metabólicas de etiologia múltipla caracterizado por hiperglicemia decorrente de efeitos na secreção e/ou ação da insulina^(15, 16) que, com maior frequência, coincide com a gravidez⁽²⁾. Esta patologia é classificada em diabetes melito tipo I, diabetes melito tipo II, outros tipos específicos e diabetes melito gestacional^(15, 17).

Um estudo que revisou a epidemiologia, a classificação clínica, o diagnóstico e o tratamento do diabetes pré-gestacional e gestacional concluiu que, em 0,2-0,3%

de todas as gestações, o DM ocorreu previamente à gravidez; em 80% dos casos, o DMG foi causado por uma resposta pancreática deficiente e, em quase 20% dos casos, a patologia foi causada por um aumento da resistência à insulina⁽¹⁸⁾. Assim, nas situações que envolvem o DMG, de um modo geral, as células beta-pancreáticas apresentaram um mau funcionamento quando comparadas à resistência à insulina⁽¹⁶⁾.

No DM tipo I, ocorre a destruição das células beta, geralmente levando à deficiência completa de insulina. Esse tipo de diabetes pode ser auto-imune, quando causado por predisposições genéticas e/ou fatores ambientais ou idiopáticos, ou seja, sem causa conhecida. Representa 5 a 10% do total de casos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

O DM tipo II pode variar de resistência à insulina predominante, com relativa deficiência de insulina, a defeito na secreção de insulina predominante com resistência à insulina. Esse tipo de diabetes é causado por diversos fatores, sendo fortemente associado à predisposição genética. Representa 90 a 95% do total de casos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Os outros tipos específicos de DM podem apresentar-se por defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia), endocrinopatias (hipertireoidismo), indução de drogas ou produtos químicos, infecções (citomegalovírus), formas incomuns de diabetes imunomediado ou outras síndromes genéticas associadas com diabetes (síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner)^(15, 17).

O DMG é classificado de duas formas, sendo conhecido como diabetes pré-gestacional, quando o diabetes melito tipo I ou II estão presentes antes da gestação, e diabetes gestacional, quando a intolerância à glicose, de qualquer grau, inicia ou é reconhecida, pela primeira vez, na gestação^(15, 17). No presente estudo, será abordado o diabetes gestacional.

3.2 Diabetes Melito Gestacional

Durante a gravidez, ocorrem várias modificações no organismo da mulher, dentre as quais se incluem mudanças metabólicas, a fim de dar suporte ao bebê

para que este cresça e se desenvolva de forma saudável⁽¹⁹⁾. As mudanças do metabolismo materno incluem a hipoglicemia de jejum, o catabolismo exagerado dos lipídios com conseqüente formação de corpos cetônicos e o aumento da resistência à insulina⁽¹⁶⁾.

A resistência à insulina torna-se aumentada à medida que a placenta cresce e aumenta a produção dos hormônios progesterona, cortisol, lactogênio placentário humano, prolactina, hormônio do crescimento e somatotrofina^(2, 16, 19).

A elevação da produção hormonal placentária acontece em torno da 20ª semana de gestação e progride até o final da mesma. É a maior responsável pela resistência do organismo materno à produção de insulina. Em decorrência disso, mais insulina é secretada para superar essa resistência, o que acaba por causar uma descompensação glicêmica que pode afetar a mãe e o bebê^(16, 19). Por esse motivo, o DMG costuma ser diagnosticado no final do segundo ou início do terceiro trimestre da gravidez, quando a resistência à insulina torna-se aumentada⁽²⁰⁾.

São fatores de risco para o desenvolvimento do DMG: idade superior a 25 anos; obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação atual; deposição central excessiva de gordura no corpo; síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam a um hiperinsulinismo, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; baixa estatura (menor ou igual a 1,51 cm); crescimento fetal excessivo, polidrâmio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação atual e antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia fetal ou de diabetes gestacional^(21, 22).

Ressalta-se que, independentemente da gestante apresentar algum dos fatores de risco, é recomendado que todas realizem os testes de rastreamento do DMG na primeira consulta de pré-natal. O primeiro teste consiste no exame de glicemia de jejum, que identifica o nível de glicose presente no sangue após jejum de 8 a 12 horas. Quando feito antes da 20ª semana gestacional e o valor resultante for menor que 85 mg/dl, o rastreamento é negativo, e, nesses casos, indica-se a repetição do exame após a 20ª semana. Um valor maior ou igual a 85 mg/dl indica um rastreamento positivo e necessita de outros testes diagnósticos para a confirmação da doença⁽²¹⁾.

Quando o valor do teste de glicemia de jejum for igual ou maior a 110 mg/dl, sugere-se repetir o exame ou realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TTG 75g), que consiste na sobrecarga oral de 75g de glicose, em jejum, com medida da

glicemia antes e após 120 minutos da ingestão da glicose. Valores abaixo de 140 mg/dl indicam um resultado dentro da normalidade; valores entre 140 e 199 mg/dl indicam tolerância à glicose diminuída e valores maiores ou iguais a 200 mg/dl resultam no diagnóstico de DM^(21, 22).

Salienta-se que o DMG não exclui a possibilidade de que a intolerância à glicose apresentada pela mulher já estivesse presente antes da sua gravidez. Esse fato determina que, transcorridas seis semanas ou mais do nascimento do bebê, a mulher deve se submeter a novos exames (glicemia de jejum ou teste oral de tolerância à glicose), a fim de confirmar se ela é portadora de DM tipo I, II ou DMG (no caso em que os exames realizados forem negativos)⁽²⁰⁾.

Porém, mesmo que a maioria das mulheres apresente tolerância normal à glicose após o parto, 40 a 60% podem desenvolver DM tipo II dentro de 15 a 20 anos⁽⁴⁾. Em função desse dado, é primordial que a equipe de saúde responsável pelo atendimento dessa mulher se envolva no seu aconselhamento, seja encorajando a puérpera a adotar e manter hábitos de vida saudáveis, seja cobrando o seu retorno para a realização do TTG 75g⁽¹⁶⁾ após o parto.

Nesse âmbito, também é indicado que a puérpera seja contra-referenciada para a atenção básica, tendo a garantia de atendimento e acompanhamento puerperal e a longo prazo no seu posto de referência. O objetivo, nestes casos, é preparar a mulher para uma próxima gravidez, orientá-la quanto à possibilidade de repetição do diagnóstico neste evento gestacional e melhor prepará-la para um possível resultado positivo para a doença.

O diabetes na gestação frequentemente está associado a complicações como hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose, retinopatia, nefropatia, doença hipertensiva da gestação, polidrâmnio, trabalho de parto pré-termo, parto cesáreo por distocia de ombros, anomalias congênitas (cardíacas, renais, neurológicas e gastrointestinais), diminuição do crescimento cerebral, macrossomia fetal (peso maior que 4000g), fratura de clavícula, lesão do plexo braquial, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatal, doença da membrana hialina e corticoterapia antenatal^(16, 17, 23, 24).

De acordo com recomendações da American Diabetes Association (ADA), as gestantes com diagnóstico de DMG confirmado e que apresentarem valores de glicemia de jejum superiores a 105mg/dl devem receber maior atenção em função do risco para morte fetal⁽¹⁵⁾. Na 4th International Workshop Conference on Gestacional Diabetes Mellitus, os valores de controle recomendados devem ser

inferiores a 95mg/dl no jejum, inferiores a 140mg/dl uma hora pós-prandial e inferiores a 120mg/dl duas horas pós-prandial⁽²⁵⁾ a fim de evitar algumas das complicações citadas anteriormente.

Um estudo realizado na Colômbia concluiu que o DMG é uma importante causa de morbimortalidade materna e perinatal, com elevados custos para o sistema de saúde. A porcentagem de fetos macrossômicos varia muito e oscila entre 25 e 42% em gestantes diabéticas, sendo que 50% dos recém nascidos podem apresentar hipoglicemia. As taxas de aborto espontâneo atingem cerca de 14-15%, podendo chegar em até 32%, e um maior controle das taxas de glicemia durante a gestação está associado a um maior bem-estar fetal⁽¹⁸⁾.

As complicações podem tornar a gestação de alto risco mais difícil ainda, uma vez que o mau controle metabólico, associado a outras dificuldades, pode favorecer o parto antes do termo. Além disso, o diagnóstico de DMG eleva o índice de cesárea em mais de duas vezes, ficando em torno de 45%^(20, 26).

Além das mudanças frequentemente enfrentadas pelas grávidas durante o período gestacional, por vezes, é necessário que elas se adaptem a uma situação de risco, que pode gerar insegurança e medo, pois é uma ocorrência inesperada na gravidez. Dessa forma, as informações fornecidas pelos profissionais de saúde atuantes nesse contexto podem facilitar a compreensão do processo vivenciado pelas mulheres.

Finalmente, enfatiza-se a importância do cuidado prestado a esta importante parcela da população, de forma a suprir suas necessidades. Nesse sentido, ressalta-se que essa mulher necessita de atendimento adequado durante o pré-natal, a fim de que as complicações sejam controladas e os danos minimizados, para preservar a sua saúde, bem como a saúde do seu filho.

3.3 O Cuidado Prestado à Mulher com Diabete Melito Gestacional

A gravidez é um momento único, representando uma ocasião de grandes transformações na vida de uma mulher. Este evento é vivenciado por cada grávida de uma maneira diferente, o que requer cuidados direcionados à necessidade de cada uma.

Porém, além dos cuidados que ocorrem na gravidez, uma gestação de alto risco determina a atenção de uma equipe multiprofissional que exercite a comunicação permanente entre os profissionais envolvidos nesses cuidados⁽¹³⁾.

A grávida com DM precisa ser orientada sobre as possíveis complicações que poderá enfrentar, pois é parte fundamental para o sucesso da sua gravidez, sendo que esta deveria participar de forma ativa do seu processo de cuidado. Um exemplo disso é a possibilidade de interrupção da gestação antes do termo, devido a alguma situação que coloque a saúde materna ou fetal em risco.

O DMG é uma doença que pode causar muita preocupação à grávida e a seus familiares, pois suas principais consequências estão associadas a altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, a macrossomias e a malformações do feto⁽²⁷⁾. Essa constatação preocupa os profissionais de saúde, bem como governos, gestores, entre outros, porque as gestantes podem desconsiderar a sua importância no contexto do cuidado e no sucesso da gravidez, seja por falta de informações recebidas, por dificuldade de compreensão dessas informações ou por negligência.

Nesse âmbito, valorizar a interação entre profissional e paciente é um aspecto primordial do cuidado, e configura-se como um passo importante para o sucesso da relação entre os dois, pois é instrumento fundamental para estabelecer uma relação de cuidado e de ajuda condizente com as necessidades de cada paciente. Perceber essa gestante como um ser único, com experiência de vida particular, temores, ansiedades e sonhos pode ser uma forma de estabelecer essa interação, facilitando, assim, o processo de comunicação⁽²⁸⁾.

Sabe-se que o aparecimento de incertezas, medos e inseguranças podem contribuir positiva ou negativamente na evolução da gravidez⁽²⁹⁾. Diante disso, trabalhar com as expectativas e com os aspectos emocionais que envolvem esse momento pode possibilitar que as mulheres sintam-se seguras e passem a exercer um papel ativo nos cuidados com a doença. Assim, acredita-se que os profissionais de saúde, por meio das informações transmitidas de forma simples e clara, com linguagem acessível e certificação do entendimento destas informações, possam contribuir para que as mulheres com DMG convivam melhor com a condição em que se encontram.

Outro ponto que merece destaque são as consequências relacionadas ao diagnóstico tardio do DMG que, devido aos vários níveis do seu desenvolvimento,

podem progredir para estágios avançados da doença. Dessa forma, o diagnóstico precoce favorece um melhor prognóstico da patologia⁽²²⁾.

O cuidado à gestante com DMG deve começar já na primeira consulta de pré-natal, sendo obrigatório o rastreamento para a detecção da doença. Avaliações frequentes e rigorosas do profissional pré-natalista objetivam a identificação de qualquer alteração e devem se estender durante toda a gravidez, só finalizando após o parto. Para isso, é importante que a equipe de saúde que atende essa mulher ofereça suporte e apoio emocional, juntamente com orientações que a ajude nesse momento tão importante de sua vida que é a gravidez.

Vale ressaltar que, quando a confirmação do diagnóstico de DMG ocorrer por meio do atendimento prestado na atenção básica (nível primário), uma das ações preconizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde visa ao estabelecimento de referência de pacientes para os serviços de maior complexidade⁽³⁰⁾.

O encaminhamento da gestante para um local que preste cuidado e suporte de maior complexidade, no nível terciário, refletirá em um atendimento de pré-natal adequado que realiza “detecção e intervenção precoce das situações de risco, e um sistema ágil de referência hospitalar [...]”^(31:4). Essa conduta tem como objetivo reduzir as principais causas de morbimortalidade materna e neonatal⁽³¹⁾. Nesse sentido, é fundamental que exista uma aproximação entre os níveis primário e terciário de saúde a fim de que o atendimento e orientação prestada à gestante prossiga de forma adequada e seja eficaz.

Portanto, além das orientações sobre a dieta alimentar, o controle glicêmico, os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, a utilização da insulina de forma correta, a importância da monitorização frequente do feto, a realização de exercícios físicos, entre outros cuidados, é essencial que a gestante portadora de DMG receba atenção em todos os aspectos referentes à situação de risco gestacional. Esses aspectos abrangem desde dúvidas sobre as mudanças emocionais e fisiológicas causadas pela gestação até descompensações glicêmicas que podem causar o óbito fetal. Enfim, manter a patologia controlada e chegar ao final da gestação sem intercorrências e de maneira tranquila é o modo de garantir o nascimento de um bebê saudável e sem complicações neonatais.

4 METODOLOGIA

A seguir, será apresentada a metodologia utilizada na pesquisa incluindo informações sobre o tipo de estudo, o local do estudo, as participantes do estudo, a coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório⁽³²⁾. Optou-se pelo delineamento qualitativo pelo fato deste buscar a compreensão do todo, possibilitar o envolvimento intenso do pesquisador e exigir análise contínua dos dados⁽³³⁾. Seu principal objetivo é:

compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto: *(a)* a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; *(b)* relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; *(c)* processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais^(34:23).

O principal objetivo da pesquisa descritiva é explicar um fato ou fenômeno de determinada realidade por meio de métodos aprofundados que descrevam as dimensões, as variações, a importância e o seu significado. Já a pesquisa exploratória, além de observar e descrever o fato ou fenômeno, também investiga como este se manifesta, além de investigar outros fatores relacionados^(33, 35).

Ressalta-se que os métodos qualitativos citados são particularmente necessários para a exploração de fenômenos pouco entendidos⁽³³⁾, permitindo a tomada de decisão na prática do cuidado, o que favorece a adequação desse cuidado a cada situação apresentada no cotidiano⁽³⁶⁾. Por essa razão, a opção metodológica buscou entender o DMG segundo a ótica das mulheres que a vivenciam.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no HCPA, na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), no município de Porto Alegre/RS. A referida unidade localiza-se no 11º andar (ala sul), sala 1132, local onde ocorre o encontro das gestantes diabéticas em atendimento para perfil glicêmico semanal.

A UIO é uma unidade vinculada ao Serviço de Enfermagem Materno-Infantil (SEMI). Atende mulheres em gestação de risco e puérperas com seus recém-nascidos estáveis, dispondo de 44 leitos distribuídos em cinco enfermarias com seis leitos, seis enfermarias com dois leitos (semiprivativos) e dois quartos privativos com um leito cada (pacientes com convênio ou particulares). A área física da Unidade ainda possui posto de enfermagem, sala para passagem de plantão, sala de procedimentos, sala de utilidades, sala de prescrição médica e de enfermagem, sala para realização de grupos, copa, rouparia, dois expurgos, depósito de equipamentos, sala de materiais, consultório de fonoaudiologia, banheiro para uso dos funcionários, sala de higienização e sala de lanches.

4.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram mulheres com Diabetes Mellito Gestacional em acompanhamento ambulatorial. Inicialmente, participaram da pesquisa 26 gestantes, porém uma delas foi excluída, pois, após a realização da entrevista, houve uma revisão do seu diagnóstico e este foi modificado para diabetes prévio à gestação. Então, foram incluídas no estudo 25 participantes.

Foram critérios de inclusão no estudo:

- gestantes que apresentavam 18 anos de idade ou mais;
- gestantes que apresentavam o diagnóstico de diabetes mellito gestacional e
- gestantes que estavam com idade gestacional acima de 20 semanas.

Optou-se por só incluir no estudo as grávidas com DMG, pois ao contrário do que acontece com as mulheres que possuem diabetes prévio à gestação (DM tipo 1 ou 2), aquelas que se identificam diabéticas no decorrer da gravidez atual, têm o

acréscimo de uma condição de risco que extrapola as peculiaridades inerentes a qualquer gestação de baixo risco, além de configurar-se como um evento inesperado.

A idade gestacional acima de 20 semanas foi considerada critério de inclusão porque o diabetes melito gestacional costuma ser diagnosticado a partir da 20ª semana de gestação, quando a resistência à insulina torna-se aumentada em decorrência de hormônios produzidos pela placenta.

Foram critérios de exclusão do estudo:

- gestantes que apresentavam o diagnóstico de diabetes pré-gestacional e
- gestantes que tiveram a gestação interrompida ou perda fetal.

A fim de preservar a identidade das participantes incluídas no estudo, as mesmas foram identificadas, no decorrer do trabalho, com a letra “G” para grávidas, seguidas pela numeração de 1 a 25. Sendo assim, a identificação seguiu o seguinte exemplo: G1, G2, G3, G4, sucessivamente.

Salienta-se que não houve nenhuma gestante com idade inferior ou igual a 18 anos de idade frequentadora do grupo em questão.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e novembro de 2010, nas segundas-feiras – dia em que ocorre o grupo –, quando foram identificadas e selecionadas as gestantes que preenchessem os critérios de inclusão. A abordagem e convite foram feitos pela pesquisadora, no próprio local de atendimento das gestantes, a partir de contato verbal com as possíveis participantes.

A partir do aceite da mulher, foi realizada uma busca em seu prontuário eletrônico e na sua carteira de pré-natal para a coleta de dados necessários para o preenchimento parcial da Ficha de Identificação das Participantes da Pesquisa (APÊNDICE A). Os dados restantes foram coletados antes da realização da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Tanto o preenchimento da ficha, quanto a realização da entrevista foram feitas pela pesquisadora do estudo.

As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos e foram realizadas nas dependências da UIO, geralmente em quartos que se encontravam vagos, para

evitar interrupções e barulhos, bem como para garantir a privacidade da mulher entrevistada.

Ressalta-se que a entrevista foi a técnica escolhida para a coleta de dados, pois “[...] ela é uma interação, uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas”^(37:73).

A entrevista do tipo semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas e conceitua-se como:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante^(35:146).

As entrevistas foram registradas em um gravador digital do tipo MP₃ Player e transcritas pela autora do estudo e por uma estudante de enfermagem, por intermédio da execução das falas no programa Windows Media Player®. As transcrições foram digitadas no programa Microsoft Office Word® versão 2007.

Ressalta-se que todas as transcrições foram revisadas detalhadamente pela pesquisadora e serão guardadas por cinco anos, sendo destruídas após esse período.

4.5 Análise dos Dados

O objetivo da análise dos dados qualitativos é organizar, fornecer estrutura e fazer a extração de significados dos dados da pesquisa.

Os dados da presente pesquisa foram analisados conforme referencial de análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin⁽³⁸⁾. Este modelo de análise compreende três etapas, sendo as mesmas apresentadas conforme segue:

- pré-análise: é a fase de organização do material coletado que visa a escolher os documentos que serão submetidos à análise. Nesta etapa, realiza-se a leitura flutuante e a escolha dos documentos que serão analisados, respeitando questões como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Após, segue-se para os objetivos iniciais do estudo, para a

referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, e, finalmente, para a preparação do material.

- exploração do material: esta é a fase mais longa, que consiste, basicamente, de operações de codificação em virtude de regras previamente formuladas. A organização da codificação compreende o recorte (escolha das unidades de registro), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias). Vale ressaltar que as categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico⁽³⁸⁾.

- tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: permite classificar as informações obtidas. É a etapa em que se realizam inferências e interpretações, relacionando-as mutuamente com a questão teórica do estudo.

A etapa da pré-análise consistiu-se de uma leitura das transcrições de todas as 25 entrevistas realizadas, para posterior escolha do material que seria analisado. Foram respeitadas as regras indicadas para esta parte, para, então, passar-se à fase seguinte.

A etapa de exploração do material resultou na formação de unidades de registro que, por sua vez, resultaram nas seguintes categorias intermediárias: gestações anteriores, antecedentes familiares, informação, desinformação, bebê/recém-nascido, exames, encaminhamento para o hospital, negação/revolta, convivência com a gestação, tratamento/medicação, família, expectativas em relação à doença, aspectos físicos, aspectos emocionais, dieta/alimentação, cuidados, atividades diárias/domésticas e lazer. A partir da composição das categorias com as suas devidas unidades de registro, partiu-se para a formação dos temas com seus respectivos subtemas.

Finalmente, seguiu-se para a última etapa preconizada por Bardin referente à interpretação dos dados.

4.6 Aspectos Éticos

Os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/1996 foram respeitados nesta pesquisa⁽³⁹⁾, sendo que todas as gestantes que obedeceram aos critérios de inclusão foram convidadas a participar

da pesquisa e receberam informações sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos que seriam utilizados para a coleta dos dados. Além disso, foram informadas sobre a liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarretasse prejuízos ao seu atendimento. A garantia de confidencialidade foi reforçada, visando à privacidade das gestantes, e feito o esclarecimento sobre a ausência de custos⁽³⁹⁾.

Salienta-se que este estudo não previu riscos às participantes e que foi previsto que, se houvesse mobilização de sentimentos durante a realização da entrevista, a gestante, após o seu consentimento, seria imediatamente encaminhada para atendimento com a psicóloga responsável pelo grupo. Apenas uma entrevistada obteve encaminhamento para o serviço de psicologia, por se perceber que as perguntas realizadas na entrevista poderiam ocasionar a mobilização dos seus sentimentos.

Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para, após esse ato, ser iniciada a entrevista. O projeto de pesquisa foi aprovado para a sua execução pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS e, igualmente, pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA (ANEXO) sob o número 100230/2010.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

As 25 gestantes entrevistadas tinham, em média, 29,8 anos, com idades variando entre 21 e 39 anos. Os achados da presente pesquisa estão próximos aos dados de um estudo realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro/RJ, que revelou que a média de idade das 21 grávidas com DMG que estavam em acompanhamento ambulatorial era de 29,6 anos⁽⁴⁰⁾.

Em relação à profissão das gestantes, identificou-se que 12 delas são donas de casa, 12 trabalham com prestação de serviço em atividades como diarista, cozinheira, manicure, cabelereira, secretária, entre outras, e uma é autônoma. Dados similares foram encontrados em um estudo realizado em Porto Alegre/RS, no mesmo hospital objeto da presente pesquisa, em 2001, que concluiu que, das 105 gestantes incluídas na amostra, 51,4% se dedicavam a atividades do lar e apenas 1,9% desenvolvia atividades de forma autônoma⁽²⁷⁾.

Quanto à escolaridade das participantes, dez possuíam ensino fundamental incompleto; duas, o ensino fundamental completo; três não concluíram o ensino médio e seis concluíram, e quatro cursaram cursos técnicos, sendo que nenhuma das participantes havia cursado ensino superior. Estes dados indicam que aproximadamente um terço das gestantes entrevistadas não completou o ensino fundamental.

Em relação à situação conjugal, 21 entrevistadas convivem com o companheiro, enquanto quatro não possuem companheiro, caracterizando-se como solteiras ou separadas. Houve semelhança com os dados encontrados em outro estudo realizado no mesmo local da pesquisa, que concluiu que a maioria da sua amostra (70,5%, ou 74 gestantes) era casada e/ou tinha companheiro⁽²⁷⁾.

A análise dos dados coletados resultou em três temas, sendo denominados: o conhecimento sobre a doença, as repercussões do diagnóstico e tratamento do diabetes melito gestacional para a grávida e sua família e as implicações da gravidez de risco na vida diária da mulher.

5.1 O Conhecimento sobre a Doença

Para muitas mulheres, estar grávida pode ser um momento vivenciado com prazer e alegria, enquanto para outras essa condição pode gerar angústia e sofrimento motivados por alguma alteração diagnosticada no desenrolar da gestação, como, por exemplo, o DMG⁽¹⁰⁾.

Um importante fator de risco para o desenvolvimento dessa doença está diretamente relacionado à história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau. Com esta informação, é possível antever o risco de desenvolvimento de DMG, por meio do conhecimento dos casos na família da gestante.

Quando questionadas sobre a existência de diabetes na família, das 25 entrevistadas, 18 delas afirmaram possuir parentes (bisavôs, avôs, pais, tios e/ou irmãos) com DM, enquanto seis disseram não possuir história desta doença no âmbito familiar. Somente uma participante apresentou dúvida quanto a esta informação.

Este dado indica que mais de dois terços das participantes do estudo possuem história familiar de DM. Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto/SP com gestantes portadoras de DMG atendidas no ambulatório de pré-natal, foi observado que 55,2% delas apresentaram história familiar de DM⁽⁷⁾. Pesquisa recente realizada no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro também apresentou semelhança com os dados anteriores, ao concluir que, das 38 gestantes com DMG incluídas na sua amostra, 63,2% apresentavam antecedentes familiares de DM⁽⁸⁾.

Outro estudo que fortaleceu os dados relacionados aos antecedentes familiares de mulheres com DMG foi realizado em um hospital na Espanha, que verificou que 53% das gestantes possuía antecedentes familiares de DM⁽²⁾.

Embora o conhecimento da história familiar seja forte aliado para auxiliar na prevenção do aparecimento deste agravo gestacional e a literatura indique a associação existente entre estes dois fatores, algumas grávidas não reconhecem o diabetes na família como um risco importante para o seu desenvolvimento, e parecem considerar esta possibilidade distante, como se observa no relato:

como eu tenho a mãe e a avó, talvez, mais adiante, futuramente, possa ter (G6).

Outras participantes, apesar de terem conhecimento da história familiar prévia para o diabetes, se surpreenderam quando identificaram estar com DMG, conforme se percebe nos trechos que seguem:

foi um susto bem grande assim porque a minha vó, ela tem diabetes... (G1).

Apesar da minha mãe ter eu não convivo muito com essa coisa do diabetes assim. Então pra mim foi uma coisa nova (G2).

A princípio eu me apavorei porque eu já tinha caso na minha família. Eu já fiquei preocupada (G24).

A surpresa manifestada pelas entrevistadas quando do conhecimento do diagnóstico parece indicar a não valorização dos antecedentes familiares e o não reconhecimento do risco. Talvez isto aconteça pelo fato das participantes se despreocuparem com a gestação atual por não terem desenvolvido nenhuma complicação em uma gravidez anterior.

Isso pôde ser observado na fala de duas participantes:

pra mim é diferente porque quando eu fiquei grávida dos outros dois eu nunca tive essas coisas (G8).

Nessa gravidez foi bem complicada desde o início, foi bem diferente da outra (G17).

Sabe-se que as mulheres realizam comparações entre as gestações. Porém, cada gestação se desenvolve de forma diferente da outra e com suas peculiaridades. Por isso, é importante ressaltar que, mesmo quando a mulher já vivenciou uma gestação anterior de forma tranquila, não pode ser assegurado que a próxima gravidez seguirá da mesma forma.

Das 25 participantes deste estudo, duas afirmaram ter história de TPP em suas gestações anteriores e três, de alteração da pressão arterial, incluindo-se história de pressão arterial elevada no final da gestação e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Até o momento da realização da entrevista, nenhuma gestante esteve em ameaça de TPP ou de alteração da pressão arterial. Ainda, duas gestantes tinham o diagnóstico de soropositividade para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A maioria das entrevistadas está vivenciando a gravidez pela segunda vez ou mais, sendo que a análise dos dados obstétricos anteriores à gestação atual mostrou que apenas cinco entrevistadas eram primigestas, nove eram

secundigestas e 11 eram multigestas, ou seja, mulheres que já tiveram duas ou mais gestações⁽⁴¹⁾. Estes dados indicam que mesmo com maior número de gestações anteriores, a mulher não está isenta de desenvolver quaisquer complicações, inclusive DMG, na gravidez atual.

A possibilidade de apresentar complicações na gravidez foi relatada como sendo esperada para uma das participantes devido ao número de exames solicitados no pré-natal:

[...] a gente já espera, porque quando tu tá grávida, te pedem alguma coisa... Todo exame que tu faz ou te dá negativo ou te dá positivo [...]. Ou detecta ou não detecta alguma coisa, né (G19).

Os exames laboratoriais realizados pelas mulheres serviram para fins de confirmação do diagnóstico da doença, segundo relatos que seguem:

[...] como tive que fazer duas... Tomar glicose duas vezes que eles me disseram que eu tava com diabete (G12).

Não imaginei que tivesse tão alto. Tava 196 (G19).

Observa-se, ainda, que os exames foram considerados um meio de confirmação do diagnóstico de DMG e de controle e acompanhamento da doença, conforme relata uma participante:

me orientaram pra fazer o perfil glicêmico (G3).

Neste caso, o resultado de um exame serviu como base para a indicação da realização de outro exame mais específico, a fim de se obter maior controle da doença. Observa-se que, em alguns casos, as próprias gestantes se envolveram com o controle do diabete, através da verificação da sua glicemia capilar no domicílio, conforme verbalizado por uma participante:

[...] expliquei pro médico [...] que eu tinha o aparelho em casa, que eu podia fazer o teste em casa [...] Aí ele pediu que eu fizesse na semana seguinte e um dia antes de eu vim pra consulta. E aí deu bem alterado (G20).

Há mulheres que são participantes ativas do seu processo de cuidado e outras, no entanto, iniciaram o tratamento da doença no grupo de gestantes diabéticas alegando desconhecer qualquer informação relacionada ao diabete, inclusive desconhecendo o diabete que ocorre na gravidez. Constata-se isto nos relatos:

Eu não sabia que existia esse negócio, diabete gestacional (G8).

Na verdade, eu não sei como ele aparece. Na verdade, não entendi ainda, gostaria de saber também o porquê (G17).

O desconhecimento do DMG pode ser atribuído ao fato da gestante de alto risco vivenciar um estado de choque quando se percebe em situação de perigo, fazendo com que não entenda ou não consiga lembrar o que lhe foi dito, e tendo uma reação negativa como forma de se proteger contra o que está ouvindo⁽¹⁰⁾. As entrevistadas relataram a desinformação sobre as consequências do diabetes para a gravidez e para a criança:

[...] eu fiquei assustada porque eu nunca tinha ouvido falar disso, nem sabia que existia isso aí (diabete) (G8).

Pra começar, eu não vou mentir pra ti, eu não me assustei porque eu não sabia direito do que se relacionava, né. O quê que podia me prejudicar ou prejudicar a criança. Então, eu não sabia... Era absolutamente leiga (G20).

Entretanto, observou-se que houve repasse de informações sobre o DMG, tanto por parte dos profissionais que atendem essas mulheres, quanto por parte das outras grávidas que frequentam o grupo, conforme as falas de algumas participantes:

a doutora me falou que daí a gravidez era bem complicada... Que eu tinha que tentar manter ela pra ter uma gravidez normal [...] (G24).

Ela me disse, assim, que tinha dado alterado. Que era diabete gestacional (G13).

Outras gestantes indicaram ter recebido informações sobre a doença de forma mais detalhada:

eu sei que é uma insuficiência do pâncreas que não consegue produzir a insulina necessária porque é muito hormônio. E aí, por isso que daí manda o açúcar todo que eu tô comendo praticamente pro bebê [...] (G6).

É problema do pâncreas, né, que não tá funcionando direitinho. Que ele tá meio preguiçoso (risos) (G13).

Em relação à fonte das informações sobre o DMG, percebeu-se que, muitas vezes, elas foram complementadas com buscas realizadas na internet e em livros distribuídos no grupo, conforme explicitado a seguir:

eu tô lendo tudo o que eu posso na internet [...] (G13).

Eu comecei a perguntar e comecei a ver na internet. Aí eu comecei a olhar e tudo (G6).

[...] eu recebi um livrinho, também, que eu tô lendo (G20)

O uso de materiais impressos como apoio às informações prestadas pelos profissionais é recomendação de alguns autores que afirmam que o oferecimento desses materiais pode reforçar a compreensão das informações recebidas pelas gestantes⁽¹⁰⁾. Todavia, mesmo que as informações sobre o diabetes tenham sido compartilhadas com as gestantes, as mesmas ainda apresentam muitas dúvidas sobre as causas relacionadas a essa condição de risco, fato que faz com que elas busquem uma explicação mais lógica para o seu desenvolvimento. Isto foi observado nas falas das participantes do estudo:

são vários fatores que pra mim ficam ainda ficam sem explicação (G3).

Tentam nos passar o quê que é o diabetes gestacional, mas ninguém sabe me dizer a causa do diabetes gestacional [...] Mas gostaria de saber as respostas [...] (G17).

Só queria saber por quê que dá essa diabetes. O que ajudou (G21).

O que eu queria saber é por que a diabetes na gestação. O quê que leva (G24).

Observou-se nos relatos apresentados anteriormente, que, embora as informações sobre a doença sejam fornecidas às gestantes, parece que não estão respondendo as dúvidas das mulheres com essa condição. Muito se discute sobre o acesso a informações e sobre a linguagem adotada pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, é indicado que o profissional de saúde esteja alerta a toda e qualquer dificuldade manifestada verbalmente ou não pela sua paciente. É necessário ainda que este profissional esteja preparado para repetir a informação tantas vezes quanto for necessário, até que haja o entendimento por parte da gestante sobre o assunto exposto⁽¹⁰⁾ de modo que a mesma possa demonstrar o que aprendeu sobre a doença e o seu tratamento, já que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional⁽⁴²⁾.

Diante disso, observa-se que, mesmo que as mulheres não se julguem informadas sobre o DMG, as informações recebidas sobre as repercussões da doença para os seus bebês são apreendidas e valorizadas, conforme diversas entrevistas ilustram:

o nenê cresce demais, ele já tá grande demais por causa da diabetes [...] (G2).

Tem algumas coisas que vão ficar alteradas que é o peso, a glicose, até o coraçãozinho, alguma formação do coração (G3).

[...] o bebê pode correr o risco de nascer muito gordinho e corre o risco de ter diabetes depois que nasce [...] (G18).

[...] podia dá negócio de questão de malformação e que o nenê podia nascer... Com o tempo, no decorrer da vida dele, mais tarde, no futuro, ele vir a ter diabetes [...] (G20).

[...] é capaz do bebê nascer com um monte de coisinha, né, devido a isso (diabete) (G24).

As informações recebidas por algumas mulheres sobre o DMG permitiram a elas reconhecer que é necessário adotar alguns cuidados, a fim de evitar prejuízos para o seu bebê, conforme segue:

[...] eu tenho que controlar a quantidade e o quê eu como pra criança não absorver quantidade demais. Senão a criança desenvolve mais, mais rápido, cresce mais (G4).

Pelos relatos, percebe-se que a preocupação das entrevistadas com a própria gravidez e com as consequências desta para consigo são pouco relevantes, quando comparadas às preocupações com o bebê que está sendo gerado, como manifestado nas falas de algumas participantes:

pensando em mim eu sei que vai dar tudo certo. Mas a gente não sabe como é que tá o bebê, né (G3).

Eu tenho que cuidar não tanto mais de mim, mas do bebê [...] (G4).

Não é mais só eu. Tem outra vida, né (G18).

[...] não é só a gente, é o bebê também. Mas aí eu não me importo. Às vezes eu fico pensando, tem grávida que diz assim: "Ai, que eu não me importo que..." Mas não é só a gente, tem o bebê, né. A gente não pode ser egoísta. Tem uma vida que depende de tu [...] (G22).

A preocupação de algumas gestantes com a saúde de seu bebê ocorre mesmo em gestações sem complicações diagnosticadas, sendo que pode ser manifestada das mais diversas formas. Entretanto, para evitar que estas mulheres apresentem sofrimento perante a possibilidade de algo acontecer com o seu filho, é muito importante que elas tenham acesso às informações e conheçam os riscos que a doença, no caso o DMG, pode causar ao mesmo. A prática de saber orientar e de se comunicar, quando adotada pelos profissionais de saúde que realizam o pré-

natal, pode ajudar as gestantes a intervirem neste processo, diminuindo as possíveis complicações e riscos relacionados à doença⁽⁴³⁾ e, dessa forma, tranquilizá-las quanto ao estado de saúde dos seus filhos.

A valorização dos eventos da gravidez e da maternidade, em nossa sociedade, muitas vezes contribui para que haja uma cobrança da mulher no sentido de gerar um bebê saudável, sendo que, quando acontece alguma intercorrência na gestação, a mulher pode ser culpada pela sua família ou pelos seus amigos⁽⁴⁴⁾. Com isso, além de ter que conviver com uma situação delicada, que gera ansiedade e medo, a gestante de alto risco ainda passa a sofrer em razão de outros aspectos. Em tais casos, observa-se frequentemente uma cobrança por parte da própria mulher, que pode pensar que falhou no seu papel de mãe, em virtude das complicações manifestadas na gravidez⁽¹⁰⁾.

5.2 As Repercussões do Diagnóstico e Tratamento do Diabete Melito Gestacional para a Grávida e sua Família

Antes do encaminhamento para o pré-natal de alto risco, das 25 mulheres entrevistadas, 18 estavam realizando seu acompanhamento gestacional no município de Porto Alegre/RS. Destas, dez mulheres estavam em acompanhamento na rede básica de saúde, seis no HCPA e duas em clínicas particulares, o que significa que a maioria desses encaminhamentos teve procedência da capital. Outras seis gestantes estavam em acompanhamento em UBSs localizadas na Região Metropolitana de Porto Alegre, em cidades como: Alvorada, Campo Bom, Esteio, Gravataí e Ivoti e, apenas uma gestante estava realizando o pré-natal em uma cidade do interior do Estado.

Os dados citados anteriormente apresentaram divergência da pesquisa realizada no ano de 2001, no mesmo hospital deste estudo, no qual a maioria das gestantes diabéticas (55,2%) era procedente da Grande Porto Alegre ou do interior do Estado⁽²⁷⁾. Mesmo observando-se que houve alteração em relação à procedência das gestantes, infere-se que algumas cidades da Região Metropolitana de Porto Alegre, bem como do interior do Estado, ainda não estão conseguindo prestar o tratamento adequado e necessário às gestantes de alto risco, tornando

indispensável o encaminhamento dessas mulheres para hospitais de outras cidades e que sejam referência para o atendimento.

O encaminhamento das gestantes de alto risco para outro estabelecimento de saúde foi pouco esclarecido para as participantes, conforme relatos que seguem:

ela (a médica) só disse que era de alto risco e que ia me encaminhar pra outra instituição pra fazer tratamento [...] (G4).

A gente (equipe da UBS) vai te encaminhar pra um hospital de Porto Alegre porque a tua gravidez é de alto risco (G15).

[...] tu precisa fazer teu pré-natal no hospital. Tu tá com diabete que é uma coisa que tem que controlar (G20).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde preconiza que estados e municípios realizem a captação precoce das gestantes (em até 120 dias da gestação) para o início do pré-natal⁽²²⁾. Além disso, é recomendado que a classificação de risco gestacional seja realizada desde a primeira consulta de pré-natal, incluindo-se esta avaliação nas consultas posteriores a fim de identificar e encaminhar as gestantes de alto risco para a referência mais adequada⁽⁴⁵⁾. Ao serem analisados os dados em relação à idade gestacional das entrevistadas, identificou-se que estas realizaram a primeira consulta de pré-natal entre 5 e 23 semanas de gestação, sendo que a maioria iniciou este acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez, ou seja, até as 13 semanas.

O DMG costuma ser diagnosticado no final do segundo ou no início do terceiro trimestre de gravidez⁽²⁰⁾, dado que também foi observado neste estudo. Em relação a este quesito, as participantes tiveram conhecimento sobre o diagnóstico de DMG com uma média de 26 semanas de gestação – final do segundo e início do terceiro trimestre de gravidez. Dado semelhante foi encontrado em um estudo espanhol que identificou que no momento do diagnóstico de DMG, a idade gestacional média das mulheres contabilizava 27,41 semanas⁽²⁾.

Considerando que das 25 entrevistadas, 11 delas estavam frequentando o grupo de gestantes pela primeira vez e que, no momento da entrevista, elas apresentavam uma média de idade gestacional de 32 semanas, considera-se que o início do acompanhamento da gestação de risco iniciou no terceiro trimestre de gravidez, ou seja, a partir das 27 semanas de gestação. Estudo realizado com gestantes diabéticas obteve dado similar ao da presente pesquisa ao concluir que o grupo com DMG iniciou o tratamento para a doença na 27ª semana de gestação⁽⁴⁶⁾.

Ressalta-se que mesmo que as mulheres do presente estudo, na maioria das vezes, tenham iniciado o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, o encaminhamento das mesmas para o pré-natal de alto risco aconteceu tardiamente. Segundo pesquisa recente, o início do acompanhamento tardio no pré-natal de alto risco está associado a um maior risco de macrosomia fetal, bem como a uma maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares para o feto⁽⁸⁾.

Um estudo que avaliou gestantes com DMG em atendimento em um hospital de Ribeirão Preto/SP, indicou que 65,7% das mulheres com este diagnóstico iniciaram o acompanhamento no ambulatório de pré-natal patológico somente no terceiro trimestre de gravidez⁽⁷⁾, com dados que também se assemelham aos encontrados na presente pesquisa.

É importante salientar que, muitas vezes, a identificação de um diagnóstico como o do DMG pode causar várias repercussões, tanto na vida da mulher como na de sua família. Comprova-se isso pelos depoimentos de algumas participantes do estudo:

não assimilei muito essa coisa da diabetes ainda (G2).

É um diabetes, mas não é um diabetes muito grande (G6).

Tá sendo complicado, na verdade, ainda. Não aceitei, não aceito. Mesmo trabalhando na área eu não aceito [...] Eu não consigo falar a palavra diabetes, eu digo a bete porque me bloqueiei no meu intelecto. Não consigo falar (G17).

As falas das entrevistadas revelaram a evidência da negação em relação à aceitação da doença, o que gera grande dificuldade de adaptação da gestante com o tratamento necessário para evitar as complicações da mesma. Em função disso e “como um sintoma da necessidade de negar a existência das complicações, as pacientes podem faltar às consultas marcadas, abandonar o hospital sem alta clínica ou evitar falar sobre sua complicação clínica”^(10:206). Vários aspectos desta afirmação se confirmaram na fala das participantes do estudo:

eu não queria ir nas consultas mais. Mas depois eu fui me relevando [...] (G9).

Não quero muito entrar em detalhes dessa doença (G18).

Outra questão observada nos dados coletados refere-se ao fato de as gestantes de alto risco utilizarem a negação frequentemente, inclusive como forma

de amenizar a sua própria condição. Uma participante ilustra esta colocação de forma clara ao dizer:

[...] acho que a diabetes gestacional não é bem uma doença. É uma coisa que dá e que trata e passa (G3).

Juntamente com a negação perante o diagnóstico de diabetes, outros sentimentos como a raiva e a tristeza prevaleceram e resultaram em reações de contestação e depressão, respectivamente⁽⁴⁷⁾. Além dessas manifestações, a mágoa também pode estar presente na vida das gestantes em função da descoberta do diagnóstico. Presencia-se isto na fala de uma entrevistada que disse:

parece uma coisa que me trancou, sabe. Me deixou muito magoada. Uma coisa, assim, estranha. Não sei como explicar (G9).

Nesse contexto, percebe-se que muitas mulheres com DMG apresentam dificuldades em conviver com a situação de risco gestacional, o que torna a gravidez repleta de repercussões emocionais, inclusive, manifestando na mulher o descontentamento com a própria gravidez:

é a minha primeira gravidez. Então não tô curtindo do jeito que eu esperava. Sabe aquela coisa de tantos anos que eu sonhei pra chegar esse momento e quando tá chegando eu tô vendo que eu não tô curtindo nada (G4).

Estas repercussões afetam o sonho de ser mãe das gestantes⁽⁴⁸⁾, segundo relato da participante:

eu tô na fase de realizar um sonho meu, mas ao mesmo tempo eu não consigo me ver com a criança [...] eu não sei se é normal isso [...]. Antes eu tinha mais admiração, ficava babando quando via uma criança porque eu não podia ter aquilo [...] (G4).

Outro fator que demonstra a dificuldade das mulheres em conviver com a gravidez de alto risco pode ser causada pelo não planejamento da gravidez atual, visto que este é um aspecto importante para o seu bom andamento, bem como para um desfecho favorável da gravidez para o binômio mãe/bebê. A gravidez não planejada foi manifestada por uma participante quando esta referiu que:

[...] foi uma gravidez, assim, que não foi planejada. Não foi. Aconteceu, assim, meio quando a gente viu já tava com 10 semanas (G13).

Nesse âmbito, um estudo que trabalhou com gestantes de alto risco concluiu que a aceitação do filho pela gestante apresentou relação direta com a forma pela

qual a família desta mulher considerava a gravidez, aceitando-a ou não. Por isso, é importante inserir a família no contexto do atendimento da mulher com DMG, já que a vivência da gravidez de alto risco retrata-se de forma extremamente complexa, dinâmica, subjetiva e diversificada, se estendendo para a família, companheiro e sociedade⁽⁴⁹⁾.

A dificuldade que a mulher com DMG possui em conviver com a doença também manifesta-se no seu núcleo familiar. Pode-se verificar isto pela privação que alguns membros da família sofrem em relação à alimentação, conforme verificado na fala de uma participante:

todo mundo vai no embalô, porque seu eu não posso comer, eu não vou fazer pra eles comerem também (G2).

Porém, para outras participantes do estudo, a questão da alimentação é considerada individualmente, de forma a não afetar a sua família:

as pessoas têm que comer. Não têm culpa que eu tenho diabetes (G6).

Também verifica-se que algumas mulheres são bastante cobradas pelos seus familiares para que cumpram o tratamento para o DMG rigorosamente:

a minha filha que tá toda hora: “Mãe, tu tem diabetes”. Não pode isso, não pode aquilo (G18).

Percebe-se que, mesmo com as dificuldades demonstradas por algumas participantes do estudo em lidar com a alimentação, o apoio da família é muito importante para que as gestantes consigam cumprir a dieta prescrita, conforme relatos que seguem:

minha mãe ajuda bastante, não faz nada de bom prá não ficar com vontade. [...] a minha filha também me ajuda bastante, ela fica em cima. Ontem de tarde eu fui fazer um suco de maracujá no liquidificador, natural, e daí ela viu eu com o açúcar na mão e ela disse: “Mãe, tu vai botar açúcar”? Daí eu disse: “Não é pra mim”. Ela fica cuidando pra ver se eu vou tomar, sabe (G7).

O meu marido, até, ele evita de comer certas coisas na minha frente (G18).

O amparo que algumas mulheres receberam de seus familiares foi outro ponto positivo ressaltado por elas:

meu marido me ajuda bastante (G1).

Às vezes, quando eu tô em crise... Parece que eu vou cair, parece que eu vou desanimar. Choro primeiro pra botar pra fora, depois converso com a minha mãe, com o meu esposo pra não me afundar, porque é muito difícil, é muito complicado (G17).

Considerando que quando a mulher está grávida ocorrem mudanças importantes no seu contexto familiar, é interessante que a família da gestante de alto risco receba apoio e orientação a fim de lidar melhor com a condição dessa mulher, além de favorecer o apoio fornecido a mesma⁽⁵⁰⁾.

Em relação ao tratamento para o DMG, verificou-se que muitas participantes estavam cientes de algumas peculiaridades do mesmo, como o acompanhamento contínuo por meio das consultas ambulatoriais:

teriam as consultas aí mais seguidas do normal (G3).

Outras gestantes demonstraram conhecimento em relação aos valores considerados normais para a doença, alegando que, mesmo após a inclusão de medicação oral ao tratamento do diabetes, os valores glicêmicos continuavam alterados.

depois com a medicação, fazendo em casa, deu baixo (glicemia capilar). Mas nenhuma delas chegou a cem, nem antes, nem depois. Só aqui que tá dando de novo, que deu cento e nove, depois cem, oitenta e três e agora cento e sete, se eu não me engano (G20).

A necessidade de incluir alguma medicação oral ou insulina ao tratamento do DMG não foi descartada pelas participantes do estudo, sendo que estas referiram estar informadas desta possibilidade caso a dieta ou os exercícios físicos não fossem suficientes para manter estáveis seus níveis glicêmicos:

que se for pela alimentação, que se der muito alterado (hemoglicoteste) toma remédio. No meu caso não receitaram ainda metformina, algum remédio assim, insulina (G11).

Se tu te cuidar, a dieta, caminhada, fazer direitinho o que eles dizem, que remédio é em último caso [...] (G22).

Porém, mesmo que as participantes tenham aderido ao tratamento para o DMG e estejam frequentando o grupo de gestantes de alto risco regularmente, o fato de elas saberem da possibilidade em permanecer com diabetes após o parto causa preocupação para algumas mulheres, conforme observado na fala de algumas delas:

hoje eu não sei como é que eu me comportaria se eu continuasse com a diabetes, porque eu sei que eu... Eu boto na cabeça que vai desaparecer, entendeu, depois que eu ganhar (G15).

[...] diabetes sempre deixa a gente preocupada. Porque a gente não sabe se é gestacional ou não [...]. Eu espero que não seja grave, que passe conforme... Depois que eu ganhar. Porque eu sei que diabetes é uma coisa muito séria. Então, não quero ficar com ele. Quero ganhar e quero já ver se eu não tenho mais (G23).

Juntamente com a preocupação, muitas gestantes associaram a importância dos cuidados atuais com a diminuição do risco em persistir com diabetes após o parto, conforme observa-se a seguir:

eu só espero que eu não fique com diabetes depois. Tentar controlar pra não ficar com diabetes depois (G2).

[...] quando tu ganhar, pode ela (diabetes) prosseguir ou não. Por isso que a gente tem que vim com essa alimentação aí. Pra quando ganhar, já cessar (G8).

[...] é uma coisa bem relativa de cada um, de tu ter ou de tu não ter. Mas é que nem eu, eu acho, se eu tô me cuidando não tem risco de eu ter [...] (G18).

O que eu sei é que, hoje, se eu não me cuidar ela (diabetes) pode permanecer. Em mim, como tanto na criança. E se eu me cuidar ela pode sair também. Como ela veio, ela pode desaparecer depois. Depois do parto ou da cesárea (G19).

Mesmo com as dificuldades encontradas a partir do diagnóstico de DMG, algumas gestantes percebem a doença e tudo que envolve a mesma de forma positiva e como um processo passageiro em suas vidas:

[...] eu acho que vai dar tudo certo. Vai terminar, eu vou ganhar e vou embora. Vai terminar tudo isso (G3).

[...] não vai continuar, vai sair. Eu não tava com isso (diabetes). Vai sair (G10).

Finalmente, observou-se que existem repercussões do diagnóstico e do tratamento do DMG, tanto para a mulher com esta patologia quanto para a sua família. Por isso, é importante conhecer e compreender estas repercussões a fim de facilitar o cuidado prestado a esta população específica. Dessa forma, pode-se minimizar as implicações dessa gravidez de risco na vida diária das mulheres, possibilitando um melhor convívio com esta condição.

5.3 As Implicações da Gravidez de Risco na Vida Diária da Mulher

Além das alterações emocionais que o DMG pode causar à mulher que possui esta patologia, deve-se considerar a possibilidade de algumas implicações físicas se manifestarem na vida diária desta mulher em função de sua gravidez de risco.

A manifestação de hipoglicemia é uma das ocorrências mais comuns na gestante diabética⁽⁵¹⁾, sendo que este sintoma pode ser evitado por meio da educação dietética que, muitas vezes, é terapêutica suficiente para proporcionar o controle glicêmico da mulher com DMG⁽⁵²⁾. No presente estudo, algumas participantes relataram manifestar este sintoma:

só sinto uma vertigem assim... Que eu sinto que eu vou cair às vezes (G2).

[...] eu fico um pouco tonta, tremendo a mão. [...] de vez em quando passo mal, dá hipoglicemia (G11).

No início, tive muita hipoglicemia (G17).

Porém, ao mesmo tempo que a hipoglicemia foi manifestada por algumas participantes, uma delas demonstrou entendimento sobre o que fazer para evitar esse sintoma do DMG:

às vezes se eu não como seguido, eu sinto vertigem, tontura. Então tem que comer mais vezes. Pequenas... Poucas coisas, mas mais vezes (G2).

A dieta é um dos principais pontos do tratamento da grávida com diabete, sendo que orientação nutricional deve ser fornecida por uma nutricionista a fim de esta indicar os valores calóricos adequados para o consumo alimentar da grávida. Em geral, a necessidade calórica estimada situa-se entre 1.800 e 2.220 calorias diárias totais⁽⁵²⁾, sendo que os valores calóricos ingeridos pelas participantes do estudo variaram entre 1.600 para o consumo mínimo e 2.300 para o consumo máximo, com uma média de 2.000 calorias diárias totais.

Quando questionadas sobre o tipo de dieta seguida, 19 participantes relataram seguir a dieta prescrita pela nutricionista que realiza o acompanhamento ambulatorial do pré-natal de alto risco, no hospital do presente estudo. Esta afirmação foi observada nos relatos que seguem:

eu sigo aquela dieta que ela (nutricionista) deu pra mim. Eu como o que tá marcado lá naquela... A quantidade (G5).

Cortei completamente o açúcar e diminuí as porções de comida, porque comia bem mais do que isso (G16).

Só faço a dieta, não como coisa fora de hora (G21).

Eu cortei o açúcar, eu cortei os carboidratos (G26).

Porém, mesmo que a maioria das participantes tenha afirmado realizar a dieta conforme orientado no ambulatório de pré-natal de alto risco, muitas afirmaram ter dificuldades em respeitar rigorosamente as orientações nutricionais:

[...] eu não faço corretamente seis refeições por dia não (G4).

[...] pra mim, mais dificuldade é as seis refeições por dia, porque eu não tenho o costume de comer seis refeições por dia (G8).

Outras dificuldades com a restrição alimentar foram relacionadas ao ambiente de trabalho das gestantes:

o problema é quando eu tô no serviço, que bem dizer, eu fico o dia inteiro. Aí, lá não tem pão integral, não tem bolachinha integral, não tem leite, não tem quase nada assim (G2).

[...] é obrigada a sair um pouco da dieta por causa do horário do trabalho. Tá atendendo alguém, não pode parar naquele horário ou tá fazendo alguma outra coisa (G3).

É difícil no meu serviço. Em casa até controlo melhor, mas no serviço não tem (G6).

As dificuldades manifestadas pelas gestantes em relação à dieta estiveram presentes das mais diversas formas, mas na maioria das vezes observou-se que as mesmas apresentaram sentimentos negativos perante a impossibilidade de comer algo que gostariam. A privação de comer alguns alimentos, às vezes, pode causar sentimentos de descontentamento nas grávidas⁽⁵³⁾, conforme observado nas falas de algumas das participantes:

eu não posso comer o que eu quero comer. É uma tortura tu não comer o que tu quer comer. Sempre fui acostumada a comer e agora não pode comer. É muito ruim (G10).

Eu tô achando muito ruim porque antes eu não me travava de comer nada e agora tem que ir lá olhar na porta da geladeira tal hora se pode comer tal coisa. Não pode comer doce... (G18).

Antes eu era acostumada a comer de tudo, não tinha limites pra nada [...]. E agora não... Tem dias que me dá um mal estar, uma vontade de comer alguma coisa. E aí não pode. A parte mais difícil é essa (G24).

A possibilidade da gestante fracassar na adaptação ao plano alimentar é um temor comum manifestado por elas⁽⁵⁴⁾, sendo que o desejo de ingerir um alimento proibido foi relatado pelas participantes como uma vontade muito difícil de ser controlada, até mesmo por não estar presente antes da gravidez. Isto foi observado nos seguintes relatos:

é mais complicado porque agora a gente sente vontade de comer coisas que a gente olhava antes e nem dava bola (G6).

[...] eu sei que eu tô com a diabete. Daí eu sei que eu não posso comer, daí que me dá vontade de comer. É uma coisa que parece que te chama (risos) (G9).

Em função da restrição alimentar, há participantes que alegaram não conseguir deixar de comer algum alimento desejado, desrespeitando a orientação nutricional prescrita:

eu como um chocolatizinho de vez em quando. Quando eu tô com muita vontade eu como (G1).

Eu não vou negar que eu comi. Alguma coisinha sempre acaba escapando (G6).

Às vezes dá aquela loucura de comer um doce. Eu pego, eu me sento com um pote de mumu, pego a colher e como (G9).

Entretanto, mesmo que algumas participantes tenham manifestado dificuldades em seguir a dieta, outras referiram não comer nada além da mesma, conforme observa-se em algumas falas:

fico com vontade mas não como (G13).

Às vezes eu posso comer uma coisinha a mais, eu não consigo comer. Até quero comer uma bolachinha, mas não consigo, eu travo. Então, a maneira que eu tô me cuidando é seguindo direitinho a dieta (G17).

Dessa forma, para facilitar o seguimento da grávida ao plano alimentar, ressalta-se que a dieta indicada pela nutricionista deve ser flexível e respeitar a condição social apresentada pela mesma⁽⁵²⁾. Este cuidado destina-se a favorecer

que a grávida não tenha impedimentos de seguir a orientação nutricional por estar impossibilitada financeiramente de adquirir os alimentos prescritos na dieta.

Algumas participantes do estudo mencionaram que além dos sintomas de hipoglicemia manifestados pelo DMG, outras alterações físicas como dor, cansaço, azia e enjôo, também se manifestaram em função da própria gravidez, como nos casos a seguir:

eu sinto dor aqui, dor ali. Tudo um pouquinho dói [...] (G2).

O corpo cansa. Cansaço, dá muito cansaço (G3).

Eu só me sinto muito cansada (G21).

Tive muita azia. Parou duas semanas atrás. Horrível. Enjôo também, tive muito enjôo (G22).

Sabe-se que a gravidez, por si só, pode causar inúmeras transformações no organismo da mulher. Em função disso, e considerando a condição de risco que as gestantes do presente estudo se encontram, observou-se que o evento gestacional atual causou alterações nas atividades domésticas realizadas por algumas mulheres:

só porque eu tô grávida, tem que ser um pouquinho mais lento, mais devagar (G8).

Eu faço um pouquinho, descanso um pouquinho (G13).

As minhas tarefas do dia a dia, em relação à casa, mudou um pouco, porque eu tenho muita dor (G20).

Algumas participantes, inclusive, afirmaram contar com o apoio de pessoas próximas para a realização de determinadas atividades:

eu faço o que eu posso e, às vezes, eu conto com uma vizinha minha que me ajuda uma vez por semana lá a fazer essas atividades (domésticas) (G4).

No entanto, observou-se que outras participantes negaram qualquer mudança relacionada às atividades domésticas, afirmando realizá-las normalmente:

as tarefas de casa é tranquilo, assim. Faço normal (G1).

Não mudou nada. Faço tudo normal. Limpo a casa, faço faxina, lavo roupa, tudo normal. Não tô doente. A diabetes não te impede de tu não fazer nada [...] (G19).

Faço as mesmas coisas que eu fazia antes. Faço tudo. Tudo igual (G26).

Em relação à interação social, atenção especial deve ser dispensada à gestante diabética, pois um dos fatores que pode fazer com que a mesma se afaste das atividades sociais é o impedimento em comer alimentos que são desaconselhados na dieta. Desta forma, o prejuízo nos momentos de lazer foi outra importante implicação relatada pelas participantes, sendo associada à restrição alimentar:

esses dias eu fui numa festa. [...] fui embora antes de cortarem o bolo (G4).

Tem as festas, a gente tem que ir e tem que olhar, não pode comer (G11).

Eu evito sair em certos lugares porque eu sei que se eu for lá eu vou ficar com vontade de comer. [...] daí eu já evito, sabe, fico em casa [...] (G13).

[...] tu vai sair, jantar fora ou na casa de outra pessoa... A tua alimentação é complicada, é mais difícil (G15).

Festa, por exemplo, vai pros aniversários, só olha. Eu não como (risos) (G16).

Quando consideram-se as implicações da gravidez de risco na vida diária da mulher, outro dado que se destaca neste contexto é o cuidado com a própria gestação. Este configura-se como um aspecto terapêutico fundamental para a mulher com DMG, visto que por meio da motivação do protagonismo desta com o seu próprio tratamento é possível modificar aspectos importantes da gravidez, tais como a evolução clínica, os fatores de risco, o custo social, entre outros⁽⁵⁵⁾. Dessa forma, algumas participantes do estudo demonstraram adotar alguns cuidados com a gravidez somente em função do DMG:

só mesmo a diabete eu cuido, né (G1).

Quando eu tô em casa eu tento descansar por causa do diabete [...] (G2).

Tô lutando por causa da diabete, faço as coisas conforme tem que ser [...] (G4).

Não tô tendo cuidados. Só depois que eu fiquei sabendo que eu tô com diabete eu manero os doce. Mas no mais tá tudo normal (G23).

Porém, para outras participantes, os cuidados consistem em mudanças e/ou adaptações em relação a aspectos gerais da gravidez e da vida diária:

agora eu tô mais light, eu não tô mais saindo. Paro mais em casa, mais caseira. Vou pro serviço, do serviço pra casa, volto pro serviço [...] (G8).

Tô fazendo o pré-natal, tô cuidando da alimentação, não pego peso, tomo os remédios que me falam direitinho, mantenho repouso, a minha alimentação é bem mais saudável [...] (G11).

Eu não pego peso, eu não me estresso, eu não me incomodo. Como coisas nos horários, fruta, bastante fruta [...] (G12).

Eu não faço esforço físico. Eu espero quase tudo nas mãos [...] (G16).

Além disso, outros cuidados com a gestação se manifestaram por meio da privação de relações sexuais, conforme observa-se nos relatos de algumas participantes:

medo de ficar mexendo ali e de repente romper. Não sei se isso... Mas eu tenho medo. Então tá bem racionado, é lá de vez em quando. Pra isso aí tem tempo depois (G22).

Eu tenho todos os cuidados. Até a relação... Quase cortada também. É praticamente prá tudo. Tudo que tu imaginar assim... (G24).

Salienta-se que a atividade sexual deve ser evitada em casos de ameaça de aborto e de parto prematuro. Porém, nas gestações consideradas normais, a sua prática dependerá do casal e do conforto e desejo dos mesmos em realizá-la⁽¹⁶⁾.

Um importante cuidado que não foi relatado pelas participantes da pesquisa refere-se à prática de exercícios físicos durante a gestação. As mulheres diabéticas podem se beneficiar com a realização de atividades físicas, principalmente quando a euglicemia não é atingida por meio de dieta alimentar. Nesses casos, a prática de exercícios físicos funcionará como terapia coadjuvante do tratamento para o DMG⁽¹⁶⁾. Por isso, é importante que os profissionais de saúde estimulem a gestante a iniciá-la e mantê-la regularmente, pois além de auxiliar no seu bem estar e no bem estar do bebê, é uma atividade que pode ser mantida após a gestação⁽⁵⁶⁾.

Outro dado interessante relacionado aos cuidados da mulher refere-se ao apoio espiritual oferecido a mesma⁽⁵⁴⁾. Esta prática configura-se como um meio importante para facilitar que esta conviva melhor com as implicações da gravidez de risco. A crença e o conhecimento foram adotadas por uma participante de forma a auxiliar nos cuidados necessários:

meditando, rezando [...]. Eu tenho outros cuidados, além da diabete, eu tenho outros cuidados com o meu psicológico [...] (G4).

Assim, é fundamental estimular o autocuidado das mulheres com DMG de forma a facilitar que estas alcancem o melhor estado de saúde e bem-estar⁽⁵⁷⁾, pois “independente da doença, é fundamental sentir-se bem e ter as condições necessárias para alcançá-lo”^(54:78).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolveu-se com o intuito de analisar o que as mulheres com DMG conhecem sobre a doença e como elas convivem com essa condição. A partir desse propósito, e por meio do aprofundamento da temática com gestantes diabéticas, foi possível identificar diversos fatores que influenciaram no conhecimento das gestantes sobre a patologia, assim como no convívio destas com a condição de risco.

As 25 participantes deste estudo tinham, em média, 29,8 anos; 12 delas são donas de casa, 12 trabalham com prestação de serviço e uma é autônoma; aproximadamente um terço destas participantes não completou o ensino fundamental e 21 convivem com o companheiro.

Considerando-se o primeiro tema deste estudo, relacionado ao conhecimento sobre a doença, das 25 entrevistadas, 18 delas afirmaram possuir parentes com DM. Porém, apesar de terem conhecimento da história familiar prévia para o diabetes, as gestantes reagiram com surpresa perante a identificação do diagnóstico de DMG, indicando a não valorização dos antecedentes familiares e o não reconhecimento do risco para o desenvolvimento da doença. Desta forma, estes dados podem estar relacionados à negação das entrevistadas com a sua condição atual na gravidez e ao maior número de eventos gestacionais, considerando que a maioria das entrevistadas era multigesta.

As participantes também alegaram iniciar o tratamento da doença, no grupo de gestantes diabéticas, desconhecendo qualquer informação relacionada ao diabetes, como o tipo que ocorre na gravidez e, inclusive as consequências da doença para ela e para o seu bebê. Porém, mesmo com o compartilhamento de informações sobre o DMG, tanto por parte dos profissionais que atendem essas mulheres, quanto por parte das outras grávidas que frequentam o grupo, observou-se que o desconhecimento sobre a doença pode ter sido causado pela negação manifestada pelas participantes do estudo.

Percebeu-se que mesmo que as informações sobre a doença tenham sido fornecidas às gestantes, estas apreenderam e valorizaram mais as repercussões da doença para os seus bebês do que para a própria gravidez. Perante este fato, é fundamental que, desde a assistência pré-natal até a alta hospitalar, os profissionais

de saúde preocupem-se com a qualidade das informações transmitidas a essas mulheres de forma a possibilitar o entendimento da patologia em questão, além de diminuir as possíveis complicações e riscos relacionados ao DMG.

Nesse âmbito, pensa-se que uma forma de facilitar a compreensão da gestante acerca da sua situação patológica possa ser a adoção da educação em saúde de abordagem radical pelos profissionais que atendem esta população. Este modelo de educação em saúde utiliza os pressupostos da nova saúde pública e considera a autonomia do indivíduo como base do trabalho educativo. Desta forma, ao contrário do que acontece com a educação em saúde preventiva ou tradicional, a educação em saúde radical objetiva aumentar a consciência crítica dos sujeitos envolvidos devido à troca de ideias praticada entre os mesmos durante os grupos⁽⁵⁸⁾.

Outro dado a ser destacado refere-se aos encaminhamentos das gestantes procedentes do interior do Estado para a capital. Observou-se que, mesmo que a maioria das entrevistadas deste estudo tenha procedência do município de Porto Alegre/RS, o interior do Estado ainda necessita regionalizar o atendimento pré-natal de alto risco a fim de implantar este tipo de assistência no nível terciário de saúde.

O atendimento das gestantes no pré-natal de alto risco aconteceu tardiamente, podendo estar associado a consequências graves para o binômio mãe/bebê. Além disso, foram repercussões observadas nos relatos das participantes do estudo: manifestações de sentimentos de negação e mágoa, dificuldades em conviver com a situação de risco gestacional, preocupações com as consequências da doença para o bebê e medo em persistir com diabetes melito após o parto.

Salienta-se que a possível negação da gestante com relação ao DMG pode gerar desde inadequações com o tratamento, que é necessário para evitar as complicações decorrentes da patologia, até dificuldades de convivência com a doença. Assim, é fundamental inserir a família da gestante no contexto do seu cuidado, pois o envolvimento de familiares poderá favorecer uma melhor adaptação dessa gestante ao tratamento, além de proporcionar uma maior segurança para o convívio com a sua condição.

É importante destacar que além das alterações emocionais que o DMG pode causar à mulher que possui esta patologia, deve-se considerar a possibilidade de algumas implicações físicas se manifestarem na vida diária desta. A hipoglicemia é um dos sintomas mais comuns manifestados pelo DMG, podendo ser controlada por meio de orientação dietética. Porém, mesmo que a maioria das participantes deste

estudo tenha afirmado realizar a dieta prescrita pela nutricionista que as atendeu ambulatorialmente, muitas delas manifestaram dificuldades com a restrição alimentar.

Visando manter controlados os sintomas do DMG e evitar possíveis danos para a gestante e para o seu feto, perceberam-se algumas adaptações e/ou mudanças que foram necessárias e envolveram questões relacionadas à alimentação diária das gestantes diabéticas, às atividades domésticas e profissionais das mesmas, ao lazer, às relações sexuais e aos cuidados destas com a gravidez.

No que tange aos cuidados com a própria gestação, ressalta-se que estes devem ser o foco dos profissionais de saúde desde o início do acompanhamento pré-natal da grávida. Para a inserção da gestante diabética no seu contexto de cuidado, é imprescindível considerar os aspectos físicos, emocionais, culturais, sociais e espirituais da mulher com DMG.

Nesse sentido, destaca-se a relevância da implementação de estratégias de cuidado que auxiliem as gestantes diabéticas a compreenderem a importância do autocuidado por meio de ações cotidianas adotadas pelos profissionais de saúde que atendem estas mulheres para a obtenção do controle da doença, bem como para a evolução favorável da gravidez e do nascimento do feto.

Para isso, o diabetes que ocorre na gravidez deve ser um tema trabalhado no ensino das graduações das ciências da saúde, com a inclusão deste assunto em projetos de pesquisa e de extensão das universidades, de forma a enfatizar a importância deste assunto em todos os níveis de atenção da saúde.

Também deve ser valorizado o atendimento prestado pelos profissionais que exercem as suas atividades na atenção primária, local onde as mulheres com DMG geralmente iniciam e finalizam o acompanhamento da evolução deste tipo de gestação patológica. Uma estratégia que pode ser adotada compreende a capacitação dos profissionais para o atendimento em pré-natal de alto risco, visando facilitar a identificação dos casos que necessitam de encaminhamento para um nível de cuidado de maior complexidade.

Além disso, ressalta-se que foi possível observar que o serviço que presta atenção a estas mulheres precisa estar bem estruturado a fim de oferecer atendimento de qualidade e efetivo às portadoras deste agravo gestacional. Uma das formas de vislumbrar o exposto pode ser o uso de materiais impressos que

complementem as informações utilizadas pelos profissionais que trabalham neste contexto. No entanto, é necessário que estes profissionais se certifiquem de que os materiais utilizados foram compreendidos, sendo necessário que os mesmos aprendam meios que possibilitem essa certificação, como a escuta empática e, assim, garantam o entendimento das gestantes.

Em função do exposto anteriormente, acredita-se que este estudo contribuiu para o aprofundamento da temática em questão, gerando um conhecimento importante sobre os sentimentos, as expectativas, as dúvidas e as incertezas que as mulheres com DMG enfrentam.

Finalmente, sugere-se que sejam realizadas pesquisas quantitativas e qualitativas, a nível regional e nacional, sobre as repercussões do DMG para a mãe e para o seu bebê. Estas podem ser pesquisas de seguimento que possibilitem o acompanhamento das mulheres com DMG, bem como dos seus filhos, seja a médio ou a longo prazo. Dessa forma, os programas poderão ser focados nas necessidades desta importante parcela da população.

REFERÊNCIAS

- 01-American Diabetes Association (ADA). Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2004;27 Suppl 1:88-90.
- 02-Varillas C, Blanco S, Couso B, Gastelu-Iturri J, Reboredo R. Diabetes gestacional: su complejidad y repercusión en la evolución del embarazo y salud del recién nacido. *Progr Obst Ginecol*. 2005;48(6):289-96.
- 03-Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010. 302 p.
- 04-Valladares CG, Komka SB. Prevalência de diabetes mellitus gestacional em gestantes de um centro de saúde de Brasília-DF. *Comun Ciênc Saúde*. 2008;19(1):11-7.
- 05-Dode MASO, Santos IS. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1141-52.
- 06-Reichelt AJ, Spichler ER, Branchtein L, Nucci LB, Franco LJ, Schmidt MI. Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestational diabetes. *Diabetes Care*. 1998;21(8):1246-9.
- 07-Montenegro Jr RM, Paccola GMFG, Faria CM, Sales APM, Montenegro APDR, Jorge SM, et al. Evolução materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas no HC-FMRP-USP no período de 1992-1999. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2001;45(5):467-74.
- 08-Chaves EGS, Franciscon PM, Nascentes GAN, Paschoini MC, Silva AP, Borges MF. Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2010;54(7):620-9.
- 09-Moretto VL, Lautert L. Características de gestantes portadoras de diabete melito. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004;25(3):334-45.
- 10-Murphy JM, Robbins D. Implicações psicossociais da gestação de alto risco. In: Knuppel RA, Drukker JE. *Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 203-16.
- 11-Buchabqui JA et al. Assistência pré-natal. In: Freitas F et al. *Rotinas em Obstetria*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 25-41.
- 12-Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. *Gestante de alto risco*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 32 p.

- 13-Schirmer J, Sumita SLN, Fustinoni SM, Melo PS. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto-risco. In: Barros SMO. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 163-76.
- 14-Burroughs A. Uma introdução à enfermagem materna. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 456 p.
- 15-American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004;27 Suppl 1:5-10.
- 16-Montenegro CAB. Rezende, Obstetrícia Fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 607 p.
- 17-Oppermann MLR, Reichelt AJ. Diabetes melito e gestação. In: Freitas F et al. Rotinas em Obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 424-39.
- 18-Zúñiga EC, Arango LG, Martínez SXZ, Ocampo V. Diabetes y embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2008;59(1):38-45.
- 19-Ryan EA. Hormones and insulin resistance during pregnancy. The Lancet. 2003; 362(9398): 1777-78.
- 20-Cashion K, Durham CF. Gestação de risco: condições preexistentes. In: Lowdermilk DL. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 606-47.
- 21-Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2005. 140 p.
- 22-Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 163 p.
- 23-Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 712 p.
- 24-Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 261 p.
- 25-Jovanovic L. American Diabetes Association's Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus: summary and discussion. Therapeutic interventions. Diabetes Care. 1998;21 Suppl 2:131-7.
- 26-Oppermann MLR, Reichelt AJ, Schmidt MI. Diabetes e gestação. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 357-67.

- 27-Moretto VL. Gestantes portadoras de diabete: características e vivências durante a gestação [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. 119 p.
- 28-Silva KL, Cruz DSM, Oliveira ICC, Nóbrega MML. Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem. In: Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; 2008/2009, p. 97-115.
- 29-Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Camposi PHF. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2008 [citado 2010 out 14];10(2):337-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>
- 30-Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília (DF): CONASS; 2003. 604 p.
- 31-Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; 2006. 33 p.
- 32-Parse RR, Coyne BA, Smith MJ. Nursing research. Baltimore (USA): Brady Communications Company; 1985. 207 p.
- 33-Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487 p.
- 34-Minayo MCS. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
- 35-Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 175 p.
- 36-Cioffi JM, Swain J. The decision to suture after childbirth: cues, related factors, knowledge and experience used by midwives. Midwifery. 2010;26(2):246-55.
- 37-Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som. Um manual prático. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p. 64-89.
- 38-Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 224 p.
- 39-Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> Acesso em 15 nov. 2008.
- 40-Corrêa FHS, Gomes MB. Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2004;48(4):499-504.

- 41-Lowdermilk DL. Anatomia e fisiologia da gestação. In: Lowdermilk DL. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 199-218.
- 42-Moura ERF, Rodrigues MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. Interface-Comun, Saúde, Educ. 2003;7(13):109-18
- 43-Moreira MEL, Bomfim OL, Llerena Júnior J. Esperando um bebê de risco. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadoras. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 15-21.
- 44-Bonilha ALL. Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar [doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
- 45-Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. 22 p.
- 46-Basso NAS, Costa RAA, Magalhães CG, Rudge MVC, Calderon AMP. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal – diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(5):253-9.
- 47-Oliveira NL, Souza MCBM, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. Rev Bras Enferm. 2011;64(2):301-7.
- 48-Costa IG. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. Rev Gaúcha Enferm. 2002;23(1):30-46.
- 49-Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Rev Gaúcha Enferm. 2001;22(1):140-66.
- 50-Aumann GME, Baird MM. Avaliação do risco em gestantes. In: Knuppel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 13-36.
- 51-Rotondo L, Coustan DR. Diabete melito na gestação. In: Knuppel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 424-39.
- 52-Zugaib M. Obstetrícia. Barueri (SP): Manole; 2008. 1230 p.
- 53-Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. Rev Latino Am Enfermagem. 2004;12(6):899-904.
- 54-Castillo CAG, Vásquez ML. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. Texto e Cont Enferm. 2006;15(1):74-81.

55-Guerra CA, Evies A, Rivas A, García L. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. *Texto e Cont Enferm.* 2005;14(2):159-66.

56-Gouveia R, Martins S, Sandes AR, Nascimento C, Figueira J, Valente S et al. Gravidez e exercício físico: mitos, evidências e recomendações. *Acta Med Port.* 2007;20:209-14.

57-Evies A, Molano ML, Guerra A, Rivas A, Granados M, Guevara B. Efectos de la educación para el autocuidado en el control metabólico de pacientes diabéticas embarazadas. *Educación Diabetes Mellitus.* 2007;11(2):6-14.

58-Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2005;13(3):423-31.

APÊNDICE A – Ficha de Identificação das Participantes da Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Gestante número: _____

Data: ____ / ____ / 2010

DADOS PESSOAIS DA GESTANTE

- Iniciais do nome: _____
- Idade: ____ anos Data de nascimento: ____ / ____ / _____
- Profissão: _____
- Escolaridade: _____
- Situação conjugal: _____

DADOS OBSTÉTRICOS PASSADOS

- Gesta ____ Para ____ Cesárea ____ Aborto ____

• Diagnósticos: _____

• Intercorrências: _____

• Tipo de parto: () vaginal () cesárea

• Condições após o parto (materna e neonatal): _____

DADOS OBSTÉTRICOS ATUAIS

- **Idade gestacional:** ____ semanas ____ dias
- **Diagnóstico (CID):** _____

- **Descoberta do diagnóstico:** ____ semanas de idade gestacional
- **Em acompanhamento na rede básica de saúde:**
() sim **Local:** _____ **Desde:** ____ / ____ / ____
() não
- **Em acompanhamento no Grupo desde:** ____ / ____ / ____
- **Intercorrências:** _____

- **Medicações em uso:** _____

- **Orientação nutricional:**
() segue () não segue
- **Tipo de dieta seguida:**
() nenhuma () por conta própria () orientada no Grupo
() orientada no ambulatório () orientada por outras pessoas
- **Exercício físico realizado:**
() nenhum () caminhada () musculação () aeróbico

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Gestante número: _____ Data: ___ / ___ / 2010 Horário: _____ h

PERGUNTAS

1. Como foi para você saber que está com diabetes? O que lhe foi dito?
2. O que você sabe sobre o diabetes que ocorre na gravidez?
3. Como é conviver com o diabetes no seu dia a dia (tarefas, cuidado, alimentação, lazer, facilidades, dificuldades)?
4. Como você está se cuidando nesta gravidez?
5. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

Grávidas com Diabete Melito Gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela

- **Objetivo:** analisar o que as grávidas com diabete melito gestacional conhecem sobre a doença e como elas convivem com essa gestação.
- **Pesquisadora:** enfermeira mestranda Joice Moreira Schmalfluss (fone: 51-8118.83.34).
- **Orientadora:** professora doutora Ana Lucia de Lourenzi Bonilha (fone: 51-3308.54.28).
- **Comitê de ética em pesquisa do HCPA:** 51-3359.83.04.

Estamos realizando este estudo sobre Diabete Melito Gestacional que objetiva proporcionar o entendimento da pesquisadora sobre questões relacionadas ao seu conhecimento sobre a doença, bem como sobre a sua convivência com a atual gestação. Por isso, viemos por meio deste documento convidá-la a participar de forma voluntária, por meio de dados que serão coletados em dois momentos, sendo eles: preenchimento de uma ficha de identificação e entrevista. Esta terá duração de 30 a 45 minutos, será registrada em gravador digital do tipo MP₃ Player e realizada pela pesquisadora do estudo, em ambiente privado, na Unidade de Alojamento Conjunto, no 11º andar-ala sul, do HCPA.

Ressaltamos que todas as informações obtidas na entrevista serão utilizadas unicamente para fins científicos, que seu anonimato será garantido na divulgação das informações e que a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem que isso cause nenhum prejuízo no seu atendimento neste hospital.

Desde já agradecemos a sua participação e colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Eu _____, declaro que fui informada dos objetivos, justificativas, riscos e benefícios desta pesquisa. Recebi uma cópia desse documento e concordo em participar do estudo.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Porto Alegre, ____ de _____ de 2010.

ANEXO – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100230

Versão do Projeto: 07/07/2010

Versão do TCLE: 09/07/2010

Pesquisadores:

JOICE MOREIRA SCHMALFUSS

ANA LUCIA DE LORENZI BONILHA

Título: Grávidas com Diabetes Melito Gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela.

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 15 de julho de 2010.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA