

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

SONEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO EM MULHERES COM
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

VITÓRIA
2013

SONEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

**CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO EM MULHERES COM
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo para obtenção de título de Mestre de Enfermagem na área de concentração de Cuidado e Administração de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo.

VITÓRIA
2013

SONEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

Conhecimento e Autocuidado em mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 06 de dezembro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Sheilla Diniz Silveira Bicudo
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profª Drª Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Membro Externo

Profª Drª Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Profª Drª Rosana Alves
Universidade Federal do Espírito Santo
Departamento de Pediatria do Curso de
Medicina
Suplente Externo

Profª Drª Denise Silveira de Castro
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

A meu filho, **Gabriel**, razão do meu viver,
que apesar da sua pequenez conseguiu
superar os momentos de ausência
da mãe em sua formação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Ser Supremo, conhecedor de todas as coisas, que nos proporciona as melhores promessas no tempo oportuno.

A Nossa Senhora – mãe de Jesus, criatura sublime, imaculada. Exemplo a ser seguido.

A minha mãe, pelo amor incondicional. Por estar sempre presente, em todos os momentos, apoiando-me.

Aos meus irmãos, pelo incentivo e companheirismo. Especialmente, a minha irmã, Sônia, que me apoiou, contribuiu com suas críticas e transcrições dos depoimentos.

Ao meu companheiro, Warlen, por compreender os momentos de ausência dedicados aos estudos, pela colaboração e ajuda na educação do nosso filho.

Às minhas colegas de mestrado pelos momentos que passamos juntos, trocando experiências e informações para nossa formação. Especialmente, a Wanda, minha parceira nas atividades disciplinares.

Às gestantes que fizeram parte desse estudo, permitindo o alcance dos resultados desse trabalho.

Aos professores do PPGENF que, por meio dos seus conhecimentos, conseguiram transmitir suas experiências e vivências profissionais.

À professora Leila que conseguiu realizar o seu sonho de implantação do mestrado profissional, tornando possível a nossa qualificação.

À professora Maria Helena pela sua competência, assumindo a coordenação do programa e desenvolve com afinco essa missão.

Às professoras Denise e Edla pelo seu rico conhecimento de enfermagem que, desde a época da faculdade, nos impulsionaram a prosseguir.

À professora Maria Lúcia Zanetti, que foi mais que uma avaliadora, pelo seu vasto domínio em diabetes, contribuiu de maneira inigualável a estruturação deste trabalho.

À professora Rosana Alves, que aceitou participar da banca de defesa, contribuindo com sua experiência e prática profissional.

À minha orientadora, Sheilla, pessoa doce, paciente, parceira, que com seu carisma e competência conduziu de forma tranquila e organizada a construção desta dissertação.

*“Todo conhecimento inicia-se na imaginação,
no sonho; só depois desce à realidade material
e terrena por meio da lógica”*

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
voltará ao seu tamanho original”*

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: O diagnóstico precoce e o tratamento do diabetes gestacional visam reduzir a morbimortalidade materna e fetal. O conhecimento das medidas terapêuticas permite o alcance da normoglicemia, reduzindo a incidência de complicações. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento sobre a condição de saúde e as ações de autocuidado em mulheres com diabetes gestacional, acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória-ES. **Metodologia:** Estudo exploratório e descritivo, realizado com mulheres que atendiam os critérios de inclusão: maiores de 18 anos e registro de diabetes gestacional no prontuário de saúde. Utilizou-se formulário de entrevista contendo dados sociodemográficos e clínicos e roteiro com duas perguntas abertas. Os depoimentos foram gravados e após transcrição deletados. A análise está embasada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Participaram 36 mulheres com o predomínio da cor parda e idade entre 29 a 39 anos, casadas, trabalhadoras do lar, nível de escolaridade entre ensino médio completo e incompleto e renda familiar entre um a menos de três salários mínimos. Dos discursos relacionados ao conhecimento sobre diabetes gestacional obteve-se oito categorias: alimentação inadequada, antecedentes para DMG, complicações para o recém-nascido, repercussões do diabetes gestacional para a mãe, alteração de glicemia, necessidade de medicamento, desconhecimento da DMG e permanecer com DM. Cinco categorias emergiram na questão sobre autocuidado: mudança da alimentação, monitoramento da glicemia capilar, uso de medicamento, adaptação à doença, mitos relacionados ao controle da glicemia. As entrevistadas mostraram possuir lacunas em relação ao conhecimento sobre diabetes gestacional, mas reconhecem as complicações para o binômio mãe-filho, referiram dificuldade em seguir o plano alimentar proposto, mas mesmo assim tentaram adotá-lo, apesar da resistência em mudar os hábitos de vida. **Considerações Finais:** É necessária, a implantação de ferramentas e estratégias educativas para dar suporte de autocuidado a essa clientela específica. Os resultados desse estudo proporcionaram a elaboração de uma cartilha educativa direcionada à clientela acompanhada no cenário da pesquisa.

Descritores: Conhecimento. Diabetes Gestacional. Autocuidado. Gravidez de Alto Risco. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Early diagnosis and gestational diabetes treatment aim to reduce maternal and fetal morbidity and mortality. Knowledge of the therapeutic measures enables achieving normoglycemia, reducing the incidence of complications.

Objectives: To evaluate the knowledge of the health condition and self-care actions in women with gestational diabetes followed at Hospital Universitario Cassiano Antonio de Moraes in Vitória - ES.

Methodology: Exploratory and descriptive study, conducted with women who met the inclusion criteria: 18 years and recording of gestational diabetes in the medical record health. We used forms containing demographic and clinical data and script with two open questions. The interviews were recorded and deleted after transcription. The analysis is based on the Collective Subject Discourse technique.

Results: Participants were 36 women of mixed race mixed predominance and age between 29-39 years old, married, housewife, education level between complete and incomplete secondary education and family income one to less than three minimum wages. From the discourses related to knowledge about gestational diabetes were obtained eight categories: inadequate diet, GDM background, the newborn's complication, mother's gestational effects, altered glucose, medication need, DMG lack and remain with DM. Five categories emerged on the question of self-care: changing diet, monitoring glucose's blood, medication and coping with diabetes and myths related to glucose's blood control. The interviewees showed that they have gaps in relation to knowledge about gestational diabetes, but recognize the complications for mother and child, reported difficulty following the diet plan proposed, but it still tried to adopt it, despite resistance to change lifestyle habits.

Final Thoughts: It is necessary to implement educational strategies and tools to support self-care in this specific population. The results of this study provided the elaboration of an educational booklet targeted to customers accompanied on the research scenario.

Descriptors: Knowledge. Gestational Diabetes. Self-Care. High- Pregnancy 's risk. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

INTRODUÇÃO	Quadro 1. Publicações disponíveis nas bases de dados LILACS e MEDLINE sobre conhecimento e autocuidado do DMG referentes aos últimos dez anos.....	31
	Figura 1. A metodologia dos cinco As no autocuidado apoiado.....	39
METODOLOGIA	Figura 2. Esquema de internações da Maternidade.....	46
	Figura 3. Esquema de atendimento do Ambulatório Alto Risco.....	47
	Quadro 2. Variáveis do estudo.....	51
ARTIGO 1	Quadro 1. Categorias relacionadas ao conhecimento sobre a doença de mulheres com DMG.....	94
	Quadro 2. Categorias relacionadas às ações de autocuidado para o controle de doenças de mulheres com DMG.....	99
	Quadro 3. Análise comparativa dos discursos e metodologia do cinco As.....	105
ARTIGO 2	Figura 1. Descrição das características sociodemográficas das gestantes com DMG.....	118
	Figura 2. Descrição das características clínicas e antecedentes obstétricos das gestantes com DMG.....	119
APÊNDICE G	Quadro 5. Categorização das Ideias Centrais encontradas nos depoimentos das mulheres sobre a pergunta 1.....	154
	Quadro 6. Categorização das Ideias Centrais encontradas nos depoimentos das mulheres sobre a questão 2.....	158

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2	Tabela 1. Resultados da correlação entre IMC anterior e IMC atual com as variáveis: idade, renda familiar, número de gestações, número de abortos, idade gestacional atual, descoberta diagnóstica e tempo de diagnóstico.....	120
ARTIGO 2	Tabela 2. Resultado do teste t pareado para comparação entre as variáveis IMC anterior e atual.....	121
ARTIGO 2	Tabela 3. Resultados dos testes de comparação segundo o IMC e a história familiar de Diabetes.....	121
APÊNDICE K	Tabela 4. Resultados do teste de normalidade (p-valores)....	172
	Tabela 5. Número e porcentagem de mulheres com DMG segundo as variáveis sociodemográficas.....	173
	Tabela 6. Número e porcentagem de mulheres com DMG segundo as variáveis clínicas e obstétricas.....	174

LISTA DE SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

ADA - Associação Americana de Diabetes

AR – Alto Risco

CCM – *Chronic Care Model*

CE - Ceará

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF – Distrito Federal

DG - Diabetes Gestacional

DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil

DM - Diabetes Mellitus

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

DUM - Data da Última Menstruação

EBDG - Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional

ECH – Expressões Chave

EF - Ensino Fundamental

EM – Entrevista Motivacional

ES – Espírito Santo

GIG - Grande para Idade Gestacional

GO – Grupo Operativo

HAPO - Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IAD – Instrumento de Análise de Discurso

IADPSG - International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Ideias Centrais

ICN – International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

IMO – *Institute of Medicine*

IP – *Internet Protocol*

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MMEG – Morbidade Materna Extremamente Grave

MS – Ministério da Saúde

MTT – Modelo Transteórico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PB – Paraíba

PE - Pernambuco

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal

PN – Pré-Natal

PSF – Programa de Saúde da Família

RN – Recém-Nascido

RS – Rio Grande do Sul

SAME – Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SC – Santa Catarina

SISPRENATAL – Sistema de Informação em Saúde de Pré-Natal

SM – salário mínimo

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

USP – Universidade de São Paulo

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	21
1.2 PRÉ NATAL DE ALTO RISCO.....	23
1.3 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.....	25
2 AUTOCUIDADO.....	35
2.1 AUTOCUIDADO APOIADO.....	36
3 OBJETIVOS.....	42
3.1 GERAL.....	42
3.2 ESPECÍFICOS.....	42
3.3 OBJETIVO DO ARTIGO 1.....	42
3.4 OBJETIVO DO ARTIGO 2.....	42
4 METODOLOGIA.....	44
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	44
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	45
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	46
4.4 PERÍODO DO ESTUDO.....	48
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	48
4.5.1 Descrição das Variáveis.....	48
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	53
4.7 RECRUTAMENTO DAS MULHERES COM DMG E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	53
4.8 DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	53
4.9 ANÁLISE DE DADOS.....	54
4.10 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	55
4.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
5 RESULTADOS	57
5.1 PRODUÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – ABC do Diabetes Gestacional: Conhecer para Cuidar.....	58
5.2 PROPOSTA DE ARTIGO 1: Conhecimento e Autocuidado em mulheres com DMG.....	89

5.2.1	Resumo.....	90
5.2.2	Abstract.....	91
5.2.3	Introdução.....	92
5.2.4	Método.....	93
5.2.5	Resultados e Discussão.....	94
5.2.6	Considerações Finais.....	106
5.2.7	Referências.....	106
5.3	PROPOSTA DE ARTIGO 2: Obesidade e Diabetes Gestacional.....	113
5.3.1	Resumo.....	114
5.3.2	Abstract.....	115
5.3.3	Introdução.....	116
5.3.4	Métodos.....	117
5.3.5	Resultados.....	118
5.3.6	Discussão.....	122
5.3.7	Conclusão.....	126
5.3.8	Referências.....	126
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
7	REFERÊNCIAS.....	136
	APÊNDICES	144
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	145
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	148
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	149
	APÊNDICE D – Expressões Chave de Questão 1.....	150
	APÊNDICE E – Expressões Chave da Questão 2.....	151
	APÊNDICE F – Relatório da Síntese das Ideias Centrais.....	152
	APÊNDICE G – Categorização das Ideias Centrais encontradas nos depoimentos.....	154
	APÊNDICE H – Discurso do Sujeito Coletivo.....	161
	APÊNDICE I – Resultado Quantitativo da Ideia Central.....	169
	APÊNDICE J – Lista de Entrevistados.....	171
	APÊNDICE K – Tabelas Estatísticas.....	172
	ANEXOS	176
	ANEXO A – Termo de Consentimento Institucional.....	177

ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética.....	178
ANEXO C – Modelo do instrumento do software – Ficha IAD1.....	181

Introdução

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado,
mas faz parte do processo de busca. E ensinar e aprender
não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da*

alegria”

Paulo Freire

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) pode causar transtornos à grávida e a seus familiares, pois suas principais consequências estão relacionadas aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, as macrosomias e malformações do feto. Essa constatação preocupa os profissionais de saúde, bem como governos, gestores, entre outros, pois 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 ou por negligência (SCHMALFUSS, 2011).

A prevalência global de DMG é em média de 10%, podendo variar de 1 a 14% (BENER; SALEH; AL-HAMAQ, 2011). Ocorre em 90% de todas as gestações acometidas pela intolerância à glicose (COUTINHO et al, 2010).

É condição frequente nas gestações, alcançando 7,2% em estimativas nacionais e até 18% quando é empregado o novo critério diagnóstico sugerido pela *International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups* – IADPSG e referendado pela Associação Americana de Diabetes – ADA (WEINERT et al, 2011; ADA, 2013).

No Brasil, a taxa de prevalência de mulheres acometidas de DMG, variou de 2,4% a 7,2%, dependendo dos critérios diagnósticos (SCHMIDT, 2001). Já outro estudo desenvolvido em um Centro de Saúde de Brasília/DF determinou a taxa de prevalência de DMG em grávidas em 6,6% em uma amostra de 290 mulheres gestantes (VALLADARES; KOMKA, 2008). Outra pesquisa realizada em São Joaquim/SC com 482 gestantes mostrou uma taxa de prevalência de 5,6% (SCHMITT et al, 2009). Em Vitória/ES, se encontrou 5,8% em uma investigação de prevalência com 396 gestantes (MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012).

A prevalência do diabetes gestacional está diretamente relacionada ao valor da glicemia de jejum, sendo de 12,0% nas pacientes com glicemia de jejum em 90 mg/dl e de 0,8% naquelas com jejum inferior a 90 mg/dl (AYACH et al, 2005).

O interesse por essa temática advém da minha vivência hospitalar, onde atuei durante nove anos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital

Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) em Vitória-ES, no qual frequentemente observava a admissão de recém-nascidos macrossômicos, hipoglicêmicos e com outras complicações decorrentes do DMG.

Atualmente, na função de supervisora da área materno infantil a observação empírica mostra que há um número expressivo de mulheres internadas com diagnóstico de DMG, exclusivamente para controle glicêmico. Essa constatação me impulsionou a estudar o assunto, pois, ao longo dos anos algumas perguntas me inquietaram: As mulheres com DMG conhecem sua condição de saúde? Quais são as ações de autocuidado que elas realizam?

Por outro lado, a falta de intervenções de enfermagem voltadas a essa clientela em relação a sua condição de saúde e autocuidado está relacionada à qualificação da assistência e redução da hospitalização a mulheres com DMG? A falta da assistência de enfermagem sistematizada a mulheres com DMG tanto no hospital quanto no ambulatório de alto risco, corrobora para a não efetivação do atendimento e acompanhamento por um profissional capacitado para estimular a prática do autocuidado?

Ao considerar que: o DMG vem aumentando a sua incidência em decorrência da obesidade; as mulheres engravidam cada vez mais tarde aumentando a prevalência da doença e os custos em saúde; o aumento das taxas de internações para controle glicêmico; a doença interfere no curso da gravidez, trazendo custos diretos e indiretos as instituições de saúde, famílias e a mulher grávida, e que intervenções que visem à aquisição de conhecimento e habilidades de autocuidado favorecem o controle glicêmico, nos propomos a presente investigação. Assim, constitui objeto de investigação o conhecimento de mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG) sobre a sua condição de saúde e seu autocuidado.

Diante do exposto espera-se que este estudo possa contribuir para a qualificação da assistência em enfermagem, ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as condições de saúde e autocuidado de mulheres com DMG em seu campo de atuação, favorecer o aprimoramento de cuidados às pacientes com DMG e recém-nascidos, bem como a reorganização do atendimento no pré-natal de alto risco. Para a Instituição, HUCAM, favorecerá a reestruturação ou remodelação do

serviço de assistência pré-natal oferecida e poderá impulsionar a implantação da sistematização da assistência de enfermagem.

1.1 POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

No Brasil, na década de 80, o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais e Municipais, com apoio de entidades internacionais e filantrópicas elaboraram programas direcionados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, enfatizando as ações de tecnologias de baixo custo e fácil acesso, como os Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e da Criança – PAISC, (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

Em 1983, a Divisão Nacional Materno Infantil – DINSAMI elaborou o Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança (PAISM e PAISC) com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutive da rede pública de serviço de saúde do país, com implantação em 1984. O PAISM busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com preocupação em melhorar a atenção obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, à atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual. O PAISC foi implantando como estratégia de saúde vivenciada pela população infantil, decorrentes das altas taxas de mortalidade da época. Esse Programa visa promover a saúde de forma integral, priorizando as crianças de grupo de risco procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. Em 1991, houve a separação do PAISC do PAISM (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2008).

Em setembro de 2000, a Cúpula do Milênio se reuniu na Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova York, 189 representantes de países membros da ONU e estabeleceram oito grandes objetivos de desenvolvimento do milênio, entre os quais se destacam a garantia do acesso universal de crianças e adolescentes a, pelo menos, o ensino fundamental, a redução de mortalidade de crianças menores de cinco anos e a melhoria da saúde materna, dentre outros (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2008; UNICEF, 2012).

Nesta direção, o MS vem propondo ações para incrementar a qualidade da atenção do Pré-Natal, ao parto e puerpério e melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. No ano de 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento que além da meta do atendimento humanizado, incluía a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como uma maneira de diminuir a mortalidade materna e perinatal. O Programa estabeleceu critérios para melhoria da qualidade, estipulando um incentivo financeiro para os municípios, que cumprissem as recomendações do acompanhamento às gestantes: início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotinas em duas ocasiões, exames de HIV e VDRL, imunização contra tétano e consulta puerperal até 42 dias pós-parto. Esses dados são repassados ao MS através do Sistema de Informação SISPRENATAL (BRASIL, 2002; XIMENES et al, 2008; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; ANVERSA et al, 2012;).

Em 2004, o MS ao reconhecer a gravidade da situação relacionada à mortalidade materna e neonatal, as desigualdades heterogêneas apresentadas no território brasileiro, configurando violações dos direitos humanos de mulheres e crianças, propôs o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal na busca de soluções sustentáveis e garantia de co-responsabilização governamental e da sociedade (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2008).

Objetivando a uniformização de condutas na Gestação de Alto Risco, o MS, procurou direcionar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que afligem a mulher durante a gravidez, através do manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2010).

1.2 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

A gestação é um processo fisiológico, porém em alguns casos, pequena parcela de gestantes por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Este grupo é denominado gestante de alto risco (BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal é fundamental para o acompanhamento das gestantes, principalmente para aquelas de alto risco e permite identificar situações que necessitam de cuidados em diferentes níveis de atenção da saúde. O nível de assistência dependerá do problema apresentado e da intervenção a ser implementada (BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal adequada e a interação com os serviços de assistência ao parto são fundamentais para obtenção de bons resultados da gestação. Um estudo realizado com 24 enfermeiros do Programa da Saúde da Família (PSF) de Campina Grande-PB identificou as ações realizadas durante a assistência pré-natal apontou a importância da atenção pré-natal, porém encontrou insatisfações por parte dos profissionais pela dificuldade de assegurar a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, do atendimento de intercorrências comuns da gravidez e organização dos níveis de atenção à saúde (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

A pesquisa cujo objeto de estudo foi à Morbidade Materna Extremamente Grave (MMEG) mostrou que o uso do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) para captação dos casos de MMEG permite identificação rápida e oportuna dos casos. A utilização deste Sistema, se adotado pelos gestores como é realizado para as doenças de notificação compulsória, poderia gerar informações para os serviços de vigilância da morbimortalidade materna e avaliação de cuidados obstétricos automaticamente e em tempo hábil. Isso poderia contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal (MAGALHÃES; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2012).

O MS considera que: “A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido” (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde devem estar atentos à existência de fatores de riscos e devem ser capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar a situação em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (BRASIL, 2010).

Estudo com 16 gestantes de alto risco da Policlínica de Alto Risco de Divinópolis-MG que investigou a interação entre a equipe multiprofissional e a gestante durante o pré-natal constatou que os profissionais percebem as reais necessidades das mulheres ao vivenciarem uma gestação de alto risco, apontando a importância da assistência humanizada. Desse modo, pode-se supor que o princípio da integralidade estaria norteando a qualidade da assistência prestada, tanto a nível hospitalar quanto na atenção básica (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Uma pesquisa com cinco enfermeiros da Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP avaliou a compreensão do processo de trabalho a fim de identificar as ações desenvolvidas às gestantes. Apontou que a apropriação do pré-natal pela enfermeira por meio de um protocolo sinalizou uma nova construção e concepção na assistência, aspectos que não eram contemplados na oferta do serviço de saúde e aproximação com princípios norteadores de integralidade, vinculação e centralidade do usuário (BRIENZA, 2005).

Outra investigação sobre avaliação da assistência pré-natal no SUS com 1035 puérperas internadas em hospitais ou maternidades da Região Metropolitana da Grande Vitória-ES com o propósito de fornecer um diagnóstico da assistência pré-natal evidenciou que a assistência está muito distante das diretrizes preconizadas pelas políticas nacionais de saúde. Apontou que estratégias para melhoria do acesso e aprimoramento da prática avaliativa devem ser implementadas (SANTOS NETO, 2012).

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro com os objetivos de avaliar os serviços de assistência ao parto na rede pública, verificar a percepção dos dirigentes locais e a

satisfação da clientela em relação ao acesso as práticas de pré-natal, trouxe como resultado que a assistência pré-natal teve elevada cobertura e adesão dos profissionais aos protocolos. Na assistência hospitalar observou-se elevado nível de orientação quanto aleitamento materno e baixa taxa em relação à realização de enema, amniotomia precoce e uso de ocitócitos. Notou-se ainda a introdução ao parto realizado por enfermeiros obstétricos e presença de acompanhante no parto foi parcial (BOARETTO, 2003).

Em dois hospitais do Recife investigou-se a adequação da assistência pré-natal, com 612 mulheres atendidas por ocasião do parto e mostrou que a cobertura foi de 96,1%, sendo que 38% iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação e realizaram seis ou mais consultas. Segundo os autores apesar da elevada cobertura há necessidade de avaliar a assistência pré-natal na perspectiva da abordagem qualitativa (CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Investigação semelhante realizada no Rio de Janeiro constatou inúmeras falhas na assistência pré-natal o que resultou em baixa adequação da assistência, apesar do aumento da cobertura pré-natal na cidade (DOMINGUES et al, 2012).

1.3 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma alteração caracterizada pela intolerância à glicose de grau variado de intensidade detectado no segundo ou terceiro trimestre da gestação (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008; COUTINHO et al, 2010; PADILHA et al, 2010; WEINERT et al, 2011; WENDLAND et al, 2012; GOLBIDI; LAHER, 2013).

A gravidez traz grandes modificações físicas e metabólicas para a mulher. No início da gestação há uma elevação do estrogênio e progesterona, aumentando a resposta da insulina à carga de glicose. Na segunda metade da gestação, o hormônio lactogênio placentário acarreta maior secreção de insulina, apesar de diminuir a sua sensibilidade ocorrendo o catabolismo. Nessa fase inicia-se a atuação de fatores hiperglicemiantes e contra insulínicos elevando-se rapidamente a glicemia e a

insulina. No terceiro trimestre ocorre maior alteração da glicemia, na qual desenvolvem o quadro de DM, devido às reservas pancreáticas limitadas de insulina. Ocorre também a senescência placentária e a redução da produção de fatores hiperglicemiantes (PADILHA et al, 2010).

Em torno da 20ª semana de gestação, há uma elevação da produção hormonal placentária que progride até o final da gestação. 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. Por esse motivo, o DMG pode ser diagnosticado no final do segundo ou início do terceiro trimestre da gravidez, quando a resistência à insulina torna-se aumentada (SCHMALFUSS, 2011).

A gravidez pode constituir uma situação de estresse fisiológico, é o período mais precoce na vida da mulher para detectar o risco de desenvolver o diabetes mellitus. Portanto, o rastreamento cuidadoso na gestação é uma importante oportunidade de identificar mulheres em maior risco do diabetes gestacional. Ações preventivas, não somente em relação a uma gravidez subsequente, mas também em relação à saúde da mulher ao longo da idade adulta e da velhice devem ser observadas (DODE; SANTOS, 2009).

As mulheres suscetíveis para o desenvolvimento do DMG são as que enquadram na ocorrência de um ou mais dos seguintes critérios: idade acima de 35 anos; sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; deposição central excessiva de gordura corporal; história familiar de DM em parentes de primeiro grau; crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou DMG; síndrome de ovários policísticos e baixa estatura (menos de 1,5m)(Diretrizes da SBD, 2013).

Outros estudos também descrevem os critérios para o desenvolvimento do DMG, porém diferem em relação à idade. (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008; DODE; SANTOS, 2009; DETSCH et al, 2011; MOURA; EVANGELISTA; DAMASCENO, 2012; HOLANDA et al, 2012). Esses estudos apontam que a variável idade é superior a 25 anos.

A Associação Americana de Diabetes (ADA) em conjunto aos pesquisadores de grupos internacionais com o intuito de estabelecer uma classificação para o DMG e reduzir a inclusão de casos de DM prévio não identificado adotou o seguinte critério: mulheres que confirmarem o diagnóstico de DM na primeira visita de pré-natal serão classificadas como diabetes mellitus prévio e não gestacional. Ou seja, as mulheres com diagnóstico muito precoce de DM na gestação serão excluídas do conceito de DMG (ADA, 2011).

O *International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups – IADPSG* em seu painel de consenso realizado na Califórnia, em 2008, no *International Workshop – Conference on Gestational Diabetes Diagnosis and Classification in Pasadena* definiu os seguintes pontos de corte (glicemia plasmática de jejum: 92 mg/dL; 1h: 180 mg/dL e 2h: 153 mg/dL) para sobrecarga com 75g de glicose. Segundo os novos critérios, um valor alterado já leva ao diagnóstico de DMG (METZGER, 2009 - DIABETES CARE, 2010).

Após confirmação do diagnóstico de DMG, as mulheres devem ser encorajadas quanto às práticas de autocuidado que se fazem necessárias para o tratamento. Informações apropriadas podem ajudá-las a conviver com a doença e superar as complicações advindas em longo prazo por meio da adesão ao regime terapêutico (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

O controle do DMG consiste em uma tríade que é a dieta, monitoramento glicêmico e atividade física. Esta deve ser respeitada às contra-indicações obstétricas. O tratamento inicial começa com a orientação alimentar assegurando ganho adequado de peso e controle glicêmico. Para o controle glicêmico é indicada a realização de uma glicemia capilar de jejum e duas pós-prandiais por semana, quando não for possível o controle no domicílio. Em algumas situações, após duas semanas de dieta, se os níveis glicêmicos permanecerem elevados (acima de 95 mg/dL em jejum, 140 mg/dL após uma hora pós-prandial e 120 mg/dL após duas horas pós-prandial) deve-se iniciar o tratamento farmacológico com uso de insulina (Diretrizes da SBD, 2013).

O conhecimento das medidas terapêuticas no DMG permite-nos alcançar a normoglicemia materna, quebrando o ciclo maléfico dessa entidade e,

consequentemente, reduzindo a incidência de efeitos lesivos ao binômio materno-fetal (MAGANHA et al, 2003).

Estudo investigou a relação entre o controle glicêmico e a morbimortalidade materno-fetal mostrou que mulheres com DM evoluíram favoravelmente e o bom controle glicêmico poderá reduzir ainda mais a frequência de hipoglicemia neonatal e outras complicações (CHAVES et al, 2010).

O enfermeiro poderá ser um elemento que favorece a aquisição de conhecimentos por meio da promoção em saúde às mulheres com DMG, motivando o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida que possibilitem maior segurança na mudança e melhor aceitação da doença (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

O enfermeiro possui habilidade de promover o engajamento das mulheres com DMG nas atividades de autocuidado. As atividades poderiam ajudá-las a compreender, tomar decisão e realizar as atividades autocuidado no dia a dia, o que poderia refletir na melhoria de sua qualidade de vida. Considera-se que o cuidado de enfermagem é insubstituível no planejamento e na orientação das ações de autocuidado para a promoção da saúde e na recuperação da doença (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

Em relação aos recém-nascidos de mães com DMG, na fase adulta, pode ocorrer aumento da incidência de obesidade, hipertensão arterial sistêmica, síndrome metabólica e DM (SILVA et al, 2009). Quanto às mulheres que desenvolveram DMG é preciso considerar o risco de desenvolverem o DM tipo 2 ao longo da vida. Por outro lado, reconhece-se que o risco pode ser minimizado ou postergado com orientações de mudança do estilo de vida. Portanto, atualmente considera-se de grande relevância a identificação de mulheres com DMG (FRANCISCO; TRINDADE; ZUGAIB, 2011).

Estudo desenvolvido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com gestantes que apresentava história de DM apontou que a consulta de enfermagem tem contribuído para sensibilizar e esclarecer as mulheres quanto à necessidade de mudança de comportamento. O propósito da consulta de enfermagem é propor ações preventivas a fim de reduzir danos decorrentes do DM para o binômio mãe e filho. As ações relacionadas ao incremento do exercício físico,

ações de autocuidado que levam a manutenção dos níveis glicêmicos dentro dos padrões de normalidade, o uso correto de medicamentos e a adoção de hábitos saudáveis podem reduzir as internações hospitalares (SOARES; SALOMON; CIRILIO, 2009).

Outra pesquisa realizada em Fortaleza-CE com 12 gestantes hospitalizadas que investigou o significado do diagnóstico e da internação hospitalar para as mulheres com DMG mostrou que sentimentos relacionados ao medo do nascimento precoce, de não conseguir ter um bebê saudável, além da preocupação com os filhos que ficaram em casa (PESSOA, 2008).

Outro estudo similar com mulheres em gestação de alto risco sobre experiências, percepções e significados da maternidade, apontou que as mulheres tinham medo que os filhos nascessem com algum problema em decorrência do diabetes ou nascessem com má formação (QUEVEDO, 2010).

Estudo realizado, em Porto Alegre-RS, com mulheres que tinham DMG sobre o conhecimento e como elas convivem com a sua condição, mostrou que a falta de informação sobre o diagnóstico e as suas consequências. Também apontou que as mulheres tinham dificuldades em conviver com o DMG, preocupações com as repercussões das complicações para o bebê e medo de permanecer com o DM após o parto (SCHMALFUSS, 2011).

Um estudo semelhante realizado, em Recife - PE, que identificou o conhecimento das gestantes com DMG sobre a doença e automonitoramento da glicemia capilar, evidenciou que as mulheres têm um conhecimento superficial a respeito do DMG e dificuldades para o seguimento da dieta e da atividade física (HOLANDA et al, 2012).

Em Campinas-SP, investigação realizada com 20 gestantes sobre ansiedade e depressão relacionadas ao diagnóstico de DMG constatou que 35% apresentaram depressão, 30% ansiedade e 20% apresentaram os dois diagnósticos. Esses dados mostram que a gestação de alto risco é um fator que traz alterações psicológicas para a mulher na gravidez (SANTOS, 2003).

As gestantes com DMG são mulheres que necessitam de apoio para seguir os cuidados dispensados durante a gestação e apresentam fragilidade psicológica

decorrente da gravidez. A sua condição de gestante de alto risco requer orientação de profissionais com abordagens diversificadas para mudança de comportamento em relação ao estilo de vida. As abordagens requerem estratégias que dependem do nível de conhecimento das pessoas em relação à sua saúde, às suas crenças, nível de confiança, a força das redes de suporte social, níveis de motivação e aos fatores do ambiente (RIJKEN; JONES; HEIDJMANS; DIXON, 2008).

É preciso compreender que o conhecimento do paciente com DM, acerca de sua doença é a base do cuidado para se conseguir o automanejo, mas a aquisição do conhecimento, necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Há poucos estudos sobre conhecimento e autocuidado em DMG (Quadro 1), a maioria são referentes ao diagnóstico, tratamento, fisiopatologia, o que mostra que as pesquisas são incipientes no sentido das experiências das mulheres no tocante ao conhecimento e autocuidado dispensados (ARAÚJO; PESSOA; DAMASCENO; ZANETTI, 2013), portanto existe a necessidade de mais estudos nessa área para melhor manejo dos profissionais em lidar com o assunto e assim transmitir, trocar vivências com sua clientela.

Quadro 1. Publicações disponíveis nas bases de dados LILACS e MEDLINE sobre conhecimento e autocuidado do DMG referente aos últimos dez anos (continua)

Periódico/ Ano/Local	Título	Autoria/Tipo de estudo/ População/ Método de análise	Objetivos	Resultados	Conclusões
Revista Brasileira de Enfermagem 2013 Fortaleza-CE	Diabetes Gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas	Márcio Flávio Moura Araújo; Sarah Maria Fraxe Pessoa; Marta Maria Coelho Damasceno; Maria Lúcia Zanetti Estudo fenomenológico População: 12 mulheres	Compreender o significado das experiências vivenciadas por mulheres com DMG	Encontrou-se dois temas dicotômicos que as mulheres abordaram: Vivenciando experiências que trazem felicidade e bem-estar; vivenciando experiências que trazem provocam sofrimento.	O estudo permitiu explorar e entender as ideias e sentimentos das mulheres. Favorecer a redução da ansiedade e a melhoria da qualidade de vida delas. Humanizar os espaços de saúde. Desvelar a complexidade do ser gestante com DMG.
Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200011&script=sci_arttext					
Revista Salud Publica y Nutricion 2012 México	Autocuidado em Diabetes Gestacional: Asociación com factores clínicos y socioeconómicos	Bernarda Sánchez-Jiménez; Alejandra Hernández-Galván; Chelsea Erin Graham; Mayra Chávez Courtois; Otilia Perichart-Pereira Estudo transversal, descritivo e analítico População: 30 mulheres	Descrever através de três variáveis, o autocuidado de um grupo de mulheres com DMG que recebem tratamento médico e dietoterápico, assim como identificar alguns fatores demográficos, socioeconômicos e antropométricos que afetam o autocuidado.	Características das mulheres estudadas: observou-se uma alta porcentagem de sobrepeso e obesidade. Quanto ao autocuidado, observou que as mulheres realizam atividades físicas, alimentação adequada, automonitoramento da glicemia capilar e acompanhamento pré-natal.	Em relação às características obstétricas as mulheres que tinham mais de um filho obtiveram um percentual maior no autocuidado. Houve uma alta porcentagem de participantes com controle pré-natal adequado, porém o automonitoramento glicêmico ainda não é uma prática frequente nessas mulheres. É importante estabelecer estratégias para promover um melhor autocuidado em gestantes com obesidade e diabetes.
Fonte: http://www.respyn.uanl.mx/xiii/2/articulos/AUTOCUIDADO_Y_DM_GESTACIONAL_RESPYN.htm					

Quadro 1. Publicações disponíveis nas bases de dados LILACS e MEDLINE sobre conhecimento e autocuidado do DMG referente aos últimos dez anos (continuação)

Periódico/ Ano /Local	Título	Autoria/Tipo de estudo/População/Método de análise	Objetivos	Resultados	Conclusões
Journal of Nursing UFPE on line 2012 Recife-PE	Knowledge of Pregnant women about Gestational Diabetes Mellitus	Viviane Rolim de Holanda; Maria Amélia de Souza; Maria Cecília Paulino dos Santos Rodrigues; Ana Karina Bezerra Pinheiro; Marta Maria Coelho Damasceno Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa com 10 gestantes. Método de análise: Discurso Sujeito Coletivo	Identificar o conhecimento de gestantes com DMG sobre a doença e as medidas de autocuidado para o seguimento terapêutico	Pouco conhecimento das gestantes sobre o assunto: quanto ao conhecimento sobre as medidas de autocuidado foi superficial. Mais centrado na dieta em decorrência da preocupação com a saúde da criança e não com as repercussões da doença	Implementar ações de educação em saúde abordando o autocuidado as mulheres. Planejar estratégias voltadas à educação dessas mulheres com respostas na qualidade do atendimento.
Fonte: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2956					
Revista Gaúcha de Enfermagem 2008 Porto Alegre-RS	Déficit de autocuidado em clientes com DMG: uma contribuição para a enfermagem	Camila Aparecida Pinheiro Landim; Kallyne Moreira Pequeno Milomens; Maria Albertina Rocha Diógenes População	Identificar déficits de autocuidado em gestantes diabéticas e propor subsídios para o apoio-educativo a essas gestantes.	Déficit de autocuidado relacionados à: dieta, repouso, sono, atividade física e interação social.	Melhorar o desenvolvimento de educação em saúde em atividades grupais em relação ao autocuidado; Propor ações para sensibilizar os familiares a dar suporte emocional a gestantes; Atuação do enfermeiro como educador.
Fonte: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6757					

Quadro 1. Publicações disponíveis nas bases de dados LILACS e MEDLINE sobre conhecimento e autocuidado do DMG referente aos últimos dez anos (continuação)

Periódico/ Ano /Local	Título	Autoria/Tipo de estudo/População/ Método de análise	Objetivos	Resultados	Conclusões
Texto e Contexto Enfermagem 2005 Valencia- Venezuela	Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas	Carmen Amarilis Guerra; AnyEvies; Aleida Rivas; Lilia Garcia Estudo semi experimental, correlacional e prospectivo. Análise descritiva e estatística. 64 pacientes diabéticas	Comparar as informações que as gestantes diabéticas possuem antes e depois de receber o Programa Educativo para o autocuidado do DM direcionado aos fatores: conhecimentos teóricos, capacitação prática e atitudes em relação a diabetes	Encontrou aumento considerável das variáveis após aplicação do Programa Educativo para o autocuidado do DM e seus fatores: conhecimentos teóricos, treinamento prático e atitudes. Isto reflete o impacto da intervenção educativa.	É necessário executar programas educativos nas instituições de saúde a gestantes diabéticas acerca do autocuidado; Observou-se a efetividade do programa educativo aplicado; Percebeu-se ainda, que as pacientes que receberam educação melhoraram significativamente e o controle glicêmico.
Fonte: http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a02v14n2.pdf ou http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414204					

Quadro 1. Publicações disponíveis nas bases de dados LILACS e MEDLINE sobre conhecimento e autocuidado do DMG referente aos últimos dez anos (conclusão)

Periódico/Ano/Local	Título	Autoria/Tipo de estudo/População/Método de análise	Objetivos	Resultados	Conclusões
Dissertação da UFRS online 2011 Porto Alegre-RS	Mulheres com Diabete Melito Gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela	Joice Moreira Schmalfluss Pesquisa qualitativa do tipo descritiva-exploratória. Participantes: 25 gestantes Análise de conteúdo de Bardin	Analisar o que as mulheres com DMG conhecem sobre a doença e como elas convivem com essa condição	Desinformação sobre a patologia e as consequências para mãe e o bebê; manifestaram surpresa com o diagnóstico, o que relaciona à negação da doença pelas gestantes; revelaram sentimentos de negação e mágoa, dificuldades de conviver com a situação de risco gestacional, preocupações com as repercussões da doença ao bebê e medo de persistir com DM após o parto. Quanto às implicações da gravidez de risco à vida diária; declararam alterações físicas, adaptações e mudanças da alimentação, atividades domésticas e profissionais, lazer, as relações sociais e os cuidados com a gravidez.	Importância da valorização das informações do profissional de saúde repassadas às mulheres com DMG de maneira qualitativa. Inclusão da família no atendimento da gestante a fim de estimular o apoio. Discutir o DMG em todos os níveis de atenção à saúde. Sugestão de pesquisas quantitativas e qualitativas sobre o assunto.

Fonte: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31311/000783051.pdf?sequence=1>

2 AUTOUIDADO

Recentemente o autocuidado vem ganhando espaço nas agendas de saúde. O governo federal ao considerar a importância do controle das doenças crônicas criou o site autocuidado diabetes para disponibilizar a população informações sobre a doença e as ações para o seu controle. Em fevereiro de 2013, elaborou um curso “Autocuidado: como apoiar a pessoa com diabetes” aos profissionais de saúde visando à qualificação e sensibilização dos profissionais para apoiar o cliente nas ações de autocuidado.

Na enfermagem, temos a teoria do autocuidado de Orem, que tem um enfoque no autocuidado. Essa teoria é constituída por três construtos teóricos – autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem. Em relação ao autocuidado descreve e explica as ações que podem ser realizadas pela pessoa com necessidade para manter a saúde e o bem-estar. Quanto ao déficit de autocuidado, este constitui a essência da Teoria Geral do Déficit de Autocuidado por delinear a necessidade da assistência de enfermagem. E, por último, o sistema de enfermagem descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem (BUB et al, 2006).

Em um estudo de revisão sistemática sobre a aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem observou-se que o enfermeiro precisa interagir com o cliente visando avaliar adequadamente as demandas de autocuidado e traçar planos de intervenção coerentes com as expectativas e suas possibilidades (SANTOS; SARAT, 2008).

A análise crítica da utilidade da Teoria do Autocuidado apontou que o trabalho de Orem tem contribuído para o aprendizado do autocuidado na prática de enfermagem. Entretanto, a enfermeira deve refletir em conjunto com a cliente qual o seu papel no processo do autocuidado para não direcionar a prática, ao considerar o ser humano com capacidade criativa e reflexiva que pode optar e decidir o que é melhor para si (DIOGENES; PAGLIUCA, 2003).

O autocuidado está relacionado à saúde humana, embora conceda ao exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Esse fato também concede ao autocuidado uma dimensão ética, vinculado a

um dos aspectos do viver saudável. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar (BUB et al, 2006).

O autocuidado não está implicado apenas no autogerenciamento, mas necessita de um apoio profissional para direcionar a integralidade da ação (Quevedo, 2006). Desta maneira, a pessoa terá um suporte para alcançar um resultado satisfatório, este método é conhecido como o autocuidado apoiado.

2.1 AUTOCUIDADO APOIADO

O autocuidado apoiado é uma técnica que auxilia o profissional na mudança de comportamento. Ele faz parte do Modelo de Atenção Crônica, proposto por Edward H. Wagner e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), readaptação do *Chronic Care Model* (CCM) ao SUS, proposto por Eugênio Vilaça Mendes. Este modelo vem sendo utilizado em alguns serviços do Brasil, como na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, na Secretaria Municipal de Diadema e pelo projeto Qualidia do Ministério da Saúde (MS) em alguns municípios. O CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado nas intervenções individuais e grupais promove o empoderamento das pessoas capacitando-as para o autocuidado, sendo muito efetivas no manejo das condições crônicas (MENDES, 2012). Consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2013).

O autocuidado apoiado é diferente de dizer às pessoas o que fazer. Os usuários desempenham um papel central no tocante a atenção à saúde, responsabilizando pela sua própria saúde. Na prática esse enfoque implica uma colaboração entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir o problema, estabelecer as metas, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que

apareçam ao longo do processo de manejo da condição crônica (MENDES, 2012). As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras caracterizam o autocuidado. Já as intervenções da equipe de saúde para auxiliar as pessoas a qualificarem este processo caracterizam o apoio ao autocuidado (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2013).

Há duas dimensões que as intervenções educacionais englobam: no âmbito da condição crônica, o conhecimento e o saber das pessoas quanto às metas do cuidado e as possibilidades de tratamento. No âmbito do cuidado, compreensão que a mudança de comportamento é processual e que existem estratégias efetivas para a concretização da mesma. Reconhecer e lidar com a ambivalência, elaborar um plano de ação, resolver problemas do cotidiano, enfrentar situações de risco e manter o foco na mudança são algumas das habilidades que as pessoas precisam treinar com o apoio dos profissionais de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2012).

Para a efetivação do autocuidado, utiliza-se a metodologia dos cinco As que consiste nas fases de: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. Esta metodologia inicialmente foi desenvolvida para o *National Cancer Institute*, em 1989, para tabagistas, porém ao longo do tempo, sofreu modificações até chegar a formato atual.

A fase da avaliação consiste no entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos e dos comportamentos das pessoas usuárias nas áreas sanitárias e motivacionais. A área sanitária trata da gravidade da condição, a capacidade de autocuidar e do conhecimento sobre sua condição. O comprometimento emocional envolve a compreensão do desejo de mudar de comportamentos e as barreiras para atingir o objetivo.

O aconselhamento consiste na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e de treinamento de habilidades. As informações ajudam as pessoas a valorizar a importância da mudança de comportamento e a aumentar a motivação, já que os adultos só aprendem o que lhes é significativo. Uma maneira correta de informar é utilizar a técnica de perguntar-informar-perguntar.

O acordo consiste na elaboração conjunta do plano de autocuidado baseado nas prioridades, convicções e confiança para mudança das pessoas. Estas decisões devem ser feitas pelas pessoas, porque só farão uma coisa se realmente desejarem.

O acordo está sustentado pelo grau de confiança da pessoa em cumprir as ações. O conceito básico que leva à definição de metas e ao plano de ações é o de autoeficácia que expressa o grau de confiança de uma pessoa mudar comportamentos para atingir os objetivos desejados. Uma questão-chave nessa fase, que permite à pessoa escolher a alternativa de mudança a qual se sente motivada e constitui a base de um acordo sobre o autocuidado: “Há alguma coisa que você gostaria de fazer essa semana para melhorar sua saúde?”

Os objetivos do plano de autocuidado apoiado são: identificar as mudanças que devem ser realizadas: descrever o quê, onde, quando, quanto e com que frequência às mudanças ocorrerão; identificar e listar as barreiras a essas mudanças e identificar e listar as estratégias de superação dessas barreiras; avaliar o grau de confiança das pessoas em cumprir as metas; e documentar e monitorar essas metas.

A assistência consiste em ações dos profissionais de saúde que permitam identificar as barreiras à mudança, aumentar a motivação das pessoas, aperfeiçoar as habilidades de auto-ajuda e assegurar às pessoas o suporte necessário para as mudanças comportamentais.

A assistência envolve: ensinar habilidades de automonitoramento; realizar entrevista motivacional para encorajar o envolvimento e a ativação das pessoas; rever as metas e elaborar conjuntamente o plano de ações; ensinar habilidades de solução de problemas e oferecer habilidades de conviver com as dificuldades.

Os profissionais de saúde não devem tentar convencer as pessoas a assumirem comportamentos saudáveis, visto que elas são ambivalentes entre mudar e não mudar. A pessoa deve mencionar qual o comportamento deseja mudar.

O acompanhamento consiste na elaboração e execução conjunta de um sistema de monitoramento.

O autocuidado apoiado não é uma atividade de curto prazo; ao contrário, exige um acompanhamento regular e sistemático por muito tempo. O acompanhamento pode

ser feito de várias formas: visitas regulares aos serviços, telefone, correio eletrônico, grupos de pares ou recursos comunitários.

O plano de cuidado deve ser revisto semanalmente e adequá-lo às possibilidades reais da pessoa. O método de solução de problemas deve ser utilizado: identificar o problema, listar as alternativas para solucioná-lo, escolher as alternativas mais viáveis, monitorar os resultados e, em algumas circunstâncias, aceitar a ideia de que o problema não pode ser solucionado (MENDES, 2012).

É imprescindível reconhecer o contexto pessoal, cultural e político na dinâmica de mudança de comportamento, estabelecendo uma relação ética de valorização do outro, da sua história de vida e da sua capacidade em resolver seus problemas. Com o apoio dos profissionais de saúde, o usuário decide quais comportamentos quer adotar, pactua e elabora um plano de ação. A equipe de saúde auxilia, acompanha e monitora este processo para atingir os resultados alcançados (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2012).

Figura 1. A metodologia dos cinco As no autocuidado apoiado



Fonte: Witlock, Orleans, Pender, Allan (2010)

O autocuidado é uma técnica utilizada para empoderar o sujeito para se cuidar, assim como sujeito ativo do processo pode modificar suas atitudes e assumir novos comportamentos. Neste sentido, as mulheres com DMG atuam como agentes de transformação para manter o controle glicêmico e prevenir as complicações perinatais. A metodologia dos cinco As poderá ser uma ferramenta de trabalho na assistência a este grupo, porém neste estudo utilizou-a para analisar em qual momento as gestantes estavam em relação aos seus discursos.

Diante do exposto, foram elaboradas as seguintes questões: as mulheres com DMG conhecem sua condição de saúde? Quais as ações de autocuidado realizadas pelas mulheres com DMG?

3 Objetivos

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”*

Paulo Freire

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Avaliar o conhecimento sobre a condição de saúde e as ações de autocuidado em mulheres com diabetes gestacional, acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória-ES.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres com DMG segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas aos antecedentes obstétricos;
- Descrever o conhecimento sobre diabetes gestacional das mulheres investigadas;
- Descrever as ações de autocuidado em relação ao tratamento durante a gravidez;
- Elaborar uma ferramenta educativa em forma de cartilha ilustrativa com informações em desenho para facilitar o empoderamento das gestantes para se autocuidarem.

3.3. OBJETIVO DO ARTIGO 1

- Identificar o conhecimento de mulheres com diabetes gestacional e as ações de autocuidado ao tratamento durante a gravidez.

3.4. OBJETIVO DO ARTIGO 2

- Identificar a correlação da obesidade e diabetes gestacional nas gestantes com diagnóstico de DMG acompanhadas em um Hospital de Ensino.

4 Metodologia

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo
e retocando o sentido pelo qual se pôs a caminhar”.*

Paulo Freire

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo exploratório e descritivo. O estudo exploratório tem como finalidade a caracterização inicial do problema, sua classificação e definição (RODRIGUES, 2007). Objetiva levantar informações sobre determinado objeto, delimitando um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto (SEVERINO, 2007). A pesquisa exploratória permite uma familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, sendo pouco conhecido, pouco explorado. O pesquisador pode aprofundar suas especulações e encontrar as reais causas de ocorrência de tal fenômeno. Procura explorar as experiências práticas com o problema pesquisado. Este estudo deve aprimorar ideias, descobrir intuições e, posteriormente, construir hipóteses (CRUZ, 2011).

Busca-se, através da pesquisa qualitativa, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados. Visto que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre objetividade e subjetividade que não pode traduzí-la em números, sendo então, descritiva (MENEZES, 2005).

Descritivo por partir de fatos que são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem a interferência do pesquisador (RODRIGUES, 2007). O estudo descritivo procura descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Neste estudo, o assunto já é conhecido, porém propõe uma nova visão sobre a realidade existente (CRUZ, 2011). Sendo assim, este estudo é exploratório por permitir explorar a experiência de um grupo de mulheres com diabetes gestacional e descritivo por possibilitar descrever os resultados obtidos.

O ARTIGO 1 tratou-se de um estudo descritivo exploratório. Elegeu-se o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Para o ARTIGO 2, empregou-se o estudo descritivo, transversal.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no serviço ambulatorial (pré-natal de alto risco) e na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- HUCAM em Vitória/ES. O cenário é conhecido como Hospital das Clínicas; hospital-escola que abrange vários cursos da área da saúde. É considerado o maior complexo médico hospitalar do Estado do Espírito Santo (em número de atendimentos) e recebe exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). É referência para o atendimento de média e alta complexidade, nas diversas áreas, principalmente Ginecologia/Obstetrícia, Gestação de Alto Risco, Mastologia, dentre outras. São realizadas em torno de 16 mil consultas médicas/mês nos seis ambulatórios anexos ao hospital, 700 cirurgias/mês e 10 mil internações/ano. Atende a população capixaba, e também sul da Bahia, leste de Minas Gerais, além de outros estados. Conta com 1800 funcionários, dentre servidores federais e profissionais terceirizados para atender a sua capacidade de 314 leitos (Jornal do Diretório Acadêmico de Medicina, 2012).

Quanto à maternidade, é um setor do hospital que com 16 leitos de maternidade, 15 de ginecologia e três de pré-parto. Atende intercorrências e partos desde o baixo até o alto risco de gestação, sendo referência neste último. Realiza em média 86 partos/mês. A estimativa de atendimento de diabetes gestacional é de quatro gestantes/mês para controle glicêmico. Oferece residência médica em ginecologia e obstetrícia, constituída por 15 residentes e 22 médicos obstetras. Na maternidade estão alocados 38 técnicos e 19 auxiliares de enfermagem, quatro enfermeiros, uma coordenação de enfermagem, e três supervisoras, em turno noturno na área materno infantil.

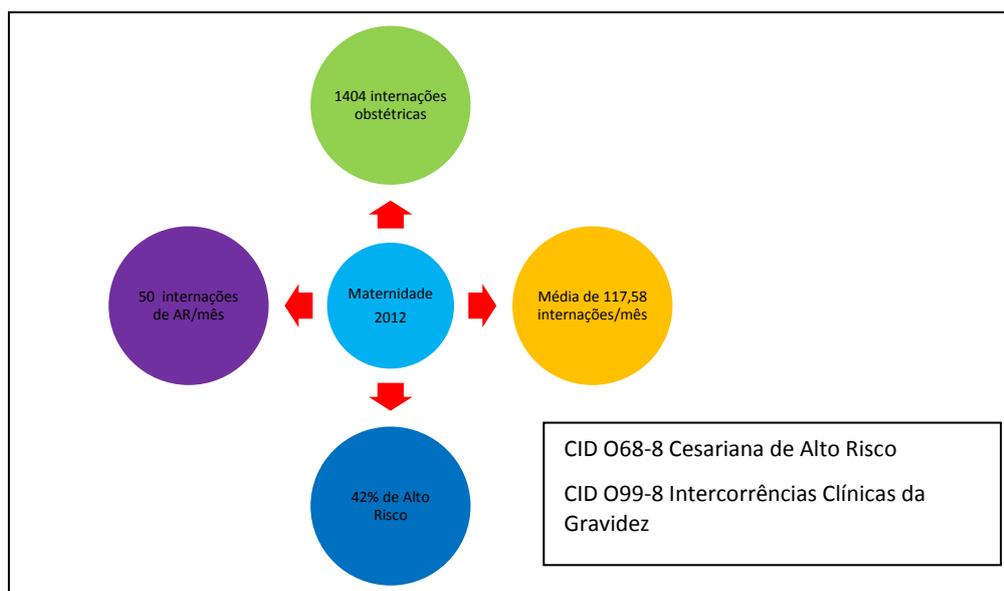
O ambulatório de alto risco é um local de atendimento da especialidade Ginecologia e Obstetrícia, onde são atendidas as mulheres com problemas clínicos ginecológicos de menor complexidade, mastologia, obstetrícia e climatério. O atendimento de alto risco é realizado por dois médicos, três vezes por semana. O quadro de recursos humanos é formado por 22 médicos; duas enfermeiras, sendo uma professora do Departamento de Enfermagem/UFES; 11 auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, duas recepcionistas, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e 10 residentes de medicina (Ambulatório-HUCAM, 2012).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Constituiu-se por 36 mulheres com diabetes gestacional, acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória-ES. Não foi possível estimar a população conforme se segue.

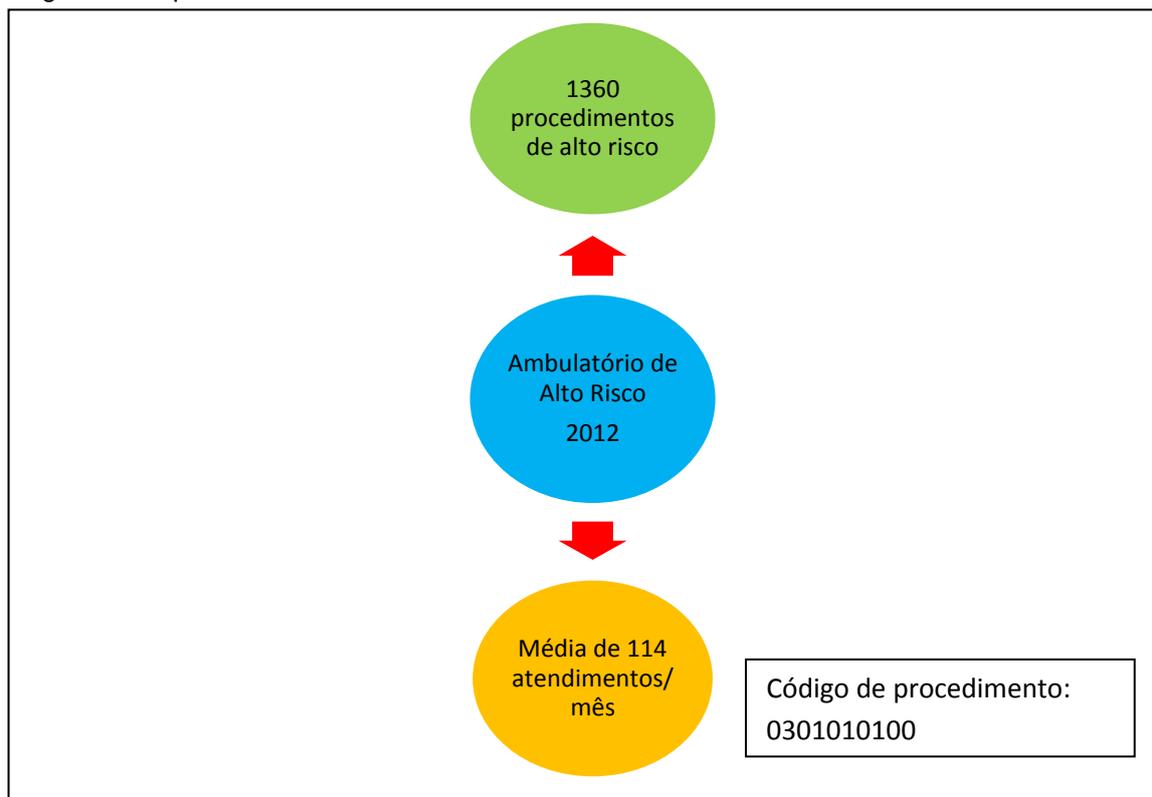
Realizou-se um levantamento no livro de registro de Internação no hospital, no qual foram identificadas 1404 internações obstétricas, no ano de 2012, com uma média de 117,58 internações/mês. Destas, 42% corresponde a Alto Risco (AR), o que equivale a 50 internações de AR/mês. Não foi possível identificar o quantitativo que correspondia efetivamente a Diabetes Gestacional, por ser o registro em CID O68-8 (Cesariana de Alto Risco) e O99-8 (Intercorrências Clínicas da Gravidez), impossibilitando a média de Diabetes Gestacional (Maternidade-HUCAM e Livro de Registro de Internação, 2012).

Figura 2. Esquema de internações da Maternidade



Em relação ao ambulatório de alto risco o número de atendimento, no ano de 2012, foi de 1360 procedimentos de alto risco com uma média de 114 atendimentos/mês de AR. Não foi possível quantificar o número de mulheres com diabetes gestacional pela falta de registro. Cabe destacar que é realizado apenas registro do código de procedimentos: 0301010100 – dados fornecidos pelo setor de coordenação dos ambulatórios (SAME-HUCAM, 2013).

Figura 3. Esquema de atendimento do Ambulatório Alto Risco



Estimou-se uma média de 12 gestantes com diabetes gestacional por mês em acompanhamento no ambulatório de alto risco do HUCAM. Assim sendo, definiu-se pela amostragem por conveniência, considerando o período de coleta de dados de 01 de março a 31 de julho de 2013. Assim, a seleção por conveniência foi constituída por 30 mulheres com diabetes gestacional, acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória-ES.

Critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico de diabetes gestacional registrado no prontuário de saúde;
- Hospitalizadas para controle glicêmico ou em acompanhamento no ambulatório (pré-natal de alto risco).

Critérios de exclusão:

- Gestantes que apresentarem diagnóstico de diabetes pré-gestacional, DM tipo 1 ou DM tipo 2;

- Gestantes que tiverem a gestação interrompida ou perda fetal;

4.4 PERÍODO DO ESTUDO

Realizou-se no período de 01 de março a 31 de julho de 2013.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para a caracterização das mulheres com DMG elegeu-se as variáveis sociodemográficas, clínicas e aqueles relacionados aos antecedentes obstétricos para DMG.

4.5.1 Descrição das Variáveis

Em relação às variáveis sociodemográficas

Local de residência: município em que reside;

Idade: data de nascimento; idade igual ou superior a 18 anos;

Estado civil: solteira, casada, união estável e divorciada;

Escolaridade: Analfabeto; Ensino fundamental completo e incompleto; Ensino médio completo e incompleto; Educação superior completa e incompleta; Ignorado; Não se aplica

Ocupação/profissão: ocupação ou inserção atual no mercado de trabalho;

Renda familiar: renda familiar aproximada;

Raça/cor: referida pela gestante e classificada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em relação às variáveis clínicas:

Idade gestacional atual: obtido através de consulta ao prontuário de saúde;

Idade gestacional no início do diagnóstico: obtido através da informação da gestante e confirmado com o prontuário de saúde; utilizada para determinar início do diagnóstico de DMG (DETSCH, 2011);

Data da Última Menstruação (DUM): obtido através da informação da gestante e confirmado com o prontuário de saúde; utilizada para calcular a Idade Gestacional;

Número de gestações, partos e abortos: obtidos através da informação da gestante e da confirmação em prontuário;

Peso anterior à gestação: informado pela gestante e confirmado no prontuário de saúde;

Peso atual: obtido através do registro no cartão da gestante; ao considerar que o ganho de peso excessivo, está relacionado ao aumento do risco de desenvolvimento de macrossomia fetal (DETSCH, 2011).

Altura: obtido através da informação da gestante; para determinar o Índice de Massa Corporal (IMC) ao considerar que a baixa estatura é fator de risco para DMG (DIRETRIZES SBD, 2013).

Índice de Massa Corporal – calculado a partir do peso/altura². Valores acima de 25Kg/m² será considerado sobrepeso e acima de 30Kg/m² obesidade (ABESO, 2009). A obesidade associada ao DMG prévio e história familiar de DM, preditivo de piora do controle glicêmico e uso de insulina (DETSCH, 2011).

Local e número de consultas no pré-natal: obtido através da informação referido pela gestante e confirmado pelo cartão da gestante;

Outras comorbidades: informado pela gestante e confirmado por meio da consulta ao prontuário de saúde;

Em relação às variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos:

Antecedente de Recém Nascido macrossômico ou Grande para Idade Gestacional (GIG): referida pela gestante; indicativo de chance aumentada de intercorrências como GIG e macrossomia na nova gestação (NOGUEIRA, 2011);

Antecedente de prematuridade: informado pela gestante; indicativo de complicações decorrente hiperglicemia não detectada, mau controle glicêmico (DETSCH, 2011);

Antecedente de natimorto: informado pela gestante; indicativo de mau controle glicêmico (MONTENEGRO JR, 2001);

Antecedente de malformação: informado pela gestante; mais prevalente em DM tipo 1 descompensado, controle metabólico materno inadequado (MONTENEGRO JR, 2001).

Antecedente de DMG: informado pela gestante; preditivo de piora do controle glicêmico e uso de insulina quando relacionado à obesidade e história familiar de diabetes (DETSCH, 2011);

Antecedente familiar de DM: referido pela gestante sobre DM na família e qual parentesco. É considerado um forte fator de risco para DMG, com aumento de 68% no risco para a doença na presença desse fator (DETSCH, 2011).

Hipertensão arterial: perguntado à gestante sobre seu diagnóstico e a presença de uso de medicação, confirmando as informações com o prontuário; fator de risco para complicações maternas (DETSCH, 2011).

Para melhor visualização das variáveis, compôs-se o quadro a seguir:

Quadro 2. Variáveis do estudo

(continua)

<i>Grupo</i>	<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Fonte</i>
Condições Sociodemográficas	Idade	18 a 28 anos 29 a 39 anos 40 anos ou mais	Formulário
	Local de residência	Município de residência	Formulário
	Ocupação/Profissão	Do lar Mercado de trabalho	Formulário
	Escolaridade	Analfabeto Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio completo Ensino médio incompleto Educação superior completa Educação superior incompleta	Formulário
	Estado Civil	Solteira Casada União estável Divorciada	Formulário
	Etnia/raça	Branca Parda Negra	Formulário
	Renda Familiar	Inferior a 1SM 1 a < 2 SM 2 a 3 SM > 3 SM Sem informação	Formulário
Dados Clínicos	Número de gestação	Gesta Uma Duas Três Três ou mais	Formulário e prontuário de saúde
	Números de partos	Para Nenhuma Uma Duas Três Quatro Mais de quatro	Formulário e prontuário de saúde
	Número de abortos	Nenhum Um Dois ou mais	Formulário e prontuário de saúde
	Número de cesárea	Nenhuma Uma Duas Três	Formulário e prontuário de saúde

Quadro 2. Variáveis do estudo

(conclusão)

Grupo	Variável	Categoria	Fonte
Dados Clínicos	Número de parto normal	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três	Formulário e prontuário de saúde
	Data Última Menstruação	DUM	Formulário e prontuário de saúde
	Idade Gestacional Atual	IG atual (semanas gestacional) 15 a 28 semanas 29 a 40 semanas	Formulário e prontuário de saúde
	Peso anterior à gestação	Peso antes da gravidez	Formulário
	Peso atual	Peso atual	Formulário e prontuário de saúde
	Índice de Massa Corpórea	IMC 20 a 24kg/m ² (Adequado) 25 a 29 kg/m ² (Sobrepeso) 30 ou mais (Obeso) Sem informação	Formulário e prontuário de saúde
	Idade Gestacional no início diagnóstico	Data do diagnóstico (em semanas gestacional) 1 a 13 semanas = 1º Trimestre 14 a 27 semanas = 2º Trimestre 28 a 40 semanas = 3º Trimestre	Formulário e prontuário de saúde
	Local do Pré-Natal	Serviço de Saúde: Unidade HUCAM	Formulário e prontuário de saúde
	Acompanhamento do PN no HUCAM	Até 2 consultas 3 a 6 consultas 7 ou mais	Formulário e cartão da gestante
	Número de consultas Pré-Natal	2 a 5 consultas 6 a 9 consultas 10 ou mais consultas	Formulário e cartão da gestante
Antecedentes obstétricos	História Familiar de Diabetes	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde
	Hipertensão Arterial	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde
	Obesidade	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde
	Antecedente de natimorto	Nº de natimorto	Formulário e prontuário de saúde
	Antecedente de prematuridade	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde
	Antecedente de macrossomia	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde
	Antecedente de malformação	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde
	Recorrência de DMG	Sim Não	Formulário e prontuário de saúde

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a obtenção das variáveis sociodemográficas, clínicas e antecedentes obstétricos utilizou-se um formulário semiestruturado contendo 11 questões fechadas e 21 itens com perguntas abertas, sendo elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A). Para complementação das informações buscou-se o prontuário de saúde. Também foi construído um roteiro de entrevista contendo duas questões abertas: *O que você sabe sobre o Diabetes Mellitus Gestacional?* e *O que você faz para se cuidar?* (APÊNDICE B). Utilizou-se um gravador digital do tipo MP5 para registrar as respostas emitidas às questões formuladas.

4.7 RECRUTAMENTO DAS MULHERES COM DMG E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, buscaram-se as mulheres na maternidade do HUCAM. Para tanto, verificou-se no prontuário de saúde as gestantes que foram internadas para controle do perfil glicêmico. No entanto, para localização das gestantes algumas dificuldades foram encontradas: falta de informações sobre a admissão da paciente; conseguir um local reservado para entrevista; e internações para intervenção cirúrgica (cesárea). Face às dificuldades em sanar os problemas mencionados optou-se por buscar as gestantes no ambulatório de alto risco. Assim, a pesquisadora, ao chegar ao ambulatório averiguava o prontuário das gestantes que aguardavam o atendimento, para identificação daquelas com DMG com a colaboração da funcionária do ambulatório. Após a sua identificação, as gestantes com DMG foram convidadas a participar da pesquisa, e foram explicados os objetivos e natureza do estudo. Para aquelas que concordaram em participar do estudo foi solicitado a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

4.8 DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS

A pesquisadora efetuou a coleta de dados durante o período de internação da gestante na maternidade e durante o acompanhamento no ambulatório de pré-natal

de alto risco. A entrevista era realizada quando a gestante comparecia ao atendimento médico no ambulatório, fazia-se o preenchimento do formulário mediante informação da gestante e confirmado com o cartão da gestante e prontuário. Após colhia-se a entrevista, em local reservado e após consentimento das participantes.

No hospital, recorria-se ao prontuário para identificação da gestante com diabetes mellitus gestacional. Encaminhava-se a enfermaria e conversava-se com a mulher sobre a pesquisa e após consentimento, iniciava-se a coleta dos dados através do preenchimento do formulário e confirmava-se as informações mediante busca ao prontuário depois do término da pesquisa. A entrevista era gravada mediante o consentimento da gestante.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se a técnica de análise desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre, caracterizada como Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma técnica para tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades. Constitui-se em um método de pesquisa qualitativa criado para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2012).

O DSC consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas tendo os depoimentos como matéria prima, extraíndo-se de cada um dos depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões-chave (ECH); com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões chave semelhantes que compor-se-ão em um ou vários discursos-síntese (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2012).

Para a análise utilizou-se a metodologia dos cinco As que consiste nas seguintes fases: Avaliação, Aconselhamento, Assistência, Acordo e Acompanhamento. Após a formação dos discursos de cada tema buscou-se encontrar qual das etapas, o discurso se enquadrava.

Para o artigo 1, elegeu-se o Discurso do Sujeito Coletivo para interpretação os dados e extração dos discursos. Utilizou-se o *Software QualiQuantSoft*®.

Para o artigo 2, analisou-se os dados com o Pacote Estatístico para Ciências Sociais – Versão 20.0. Utilizou-se correlação não-paramétrica de *Spearman* por não apresentar distribuição normal, através do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e o teste t para médias e teste t pareado na comparação de variáveis de grupo.

4.10 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Para armazenamento dos dados referentes às variáveis sociodemográficos, clínicas e relacionadas aos antecedentes obstétricos utilizou-se uma tabela do *Excel* 2010, para posterior análise. Para o armazenamento dos depoimentos: inicialmente, foi gravado em MP5 *player* e após entrevistas, as gravações foram transportadas para um arquivo, sendo ouvidas exaustivamente e realizadas as transcrições.

Após as transcrições, utilizou-se o programa *Software QualiQuantSoft versão 1.3c*, que é de propriedade conjunta da Universidade de São Paulo (USP) e de Salles e Paschoal Informática, encontra-se registrado no IPI, disponibilizado através de download, com licença acadêmica de um ano. O *software* auxiliou a análise e organização dos discursos por ter janelas específicas para cada função: cadastro dos registros, formação de grupos, seleção das ideias centrais, criação das categorias (síntese das IC) e elaboração do discurso.

Permite ainda emissão de relatórios: lista das características do entrevistado (APÊNDICE I), relatório das análises e categorização por questão (APÊNDICE D e APÊNDICE E), relatório quantitativo (APÊNDICE H) e relatório do DSC por questão e por categoria (APÊNDICE G). Como o *software* foi construído com base no Access, é aparentemente simples, mas na realidade é um banco de dados, sendo possível “filtrar” depoimentos em estratos e compará-los. O cadastro permite registrar o nome da pesquisa e as perguntas, entrevistados, grupos e respostas às perguntas da pesquisa. Esse procedimento deve ser seguido para todas as perguntas da pesquisa e para todos os sujeitos entrevistados. O próximo passo é a análise das respostas segundo os operadores do DSC, cada resposta deve estar colocada em fichas distintas, contendo as expressões chave e identificação das

ideias centrais. No caso de mais de uma ideia central para uma mesma resposta, cada resposta ficará em uma ficha (LEFÈVRE E LEFÈFRE, 2012).

A etapa seguinte é a categorização das ideias centrais, que consiste em criar categorias para as ideias semelhantes. Esse procedimento é repetido para cada resposta de cada sujeito entrevistado, por pergunta analisada. Carimba-se cada ficha, utilizando o botão categorizar Expressão Chave para que seja agrupado pelo programa. Cada categoria recebe uma letra do alfabeto, iniciando pela letra A sucessivamente até o completo agrupamento, facilitando assim a construção do DSC das respectivas categorias. O Instrumento de Análise do Discurso (IAD2) é uma ficha onde estão todas as Expressões chave de uma categoria (APÊNDICE D) onde pesquisador pode formar o DSC (LEFÈVRE E LEFÈFRE, 2012).

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, sob o parecer de número 194.215 de 30/01/2013. A pesquisa considerou os aspectos éticos envolvendo seres humanos, recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 196/96, obedecendo às normas estabelecidas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) foi assinado em duas vias, ficando uma via com o entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador, garantido o sigilo e anonimato dos sujeitos pesquisados.

5 Resultados

“Não basta saber ser que Eva viu a uva. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem suca com esse trabalho”.

Paulo Freire

5.1 Produção de Educação em Saúde

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes”.

Paulo Freire

DIABETES GESTACIONAL



Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem
Soneide Pereira do Nascimento

DIABETES
GESTACIONAL

Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem
Soneide Pereira do Nascimento

É proibida a reprodução, mesmo que parcial, por qualquer meio, sem autorização escrita dos autores e do detentor dos direitos autorais.

Universidade Federal do Espírito Santo

Avenida Fernando Ferrari, nº 486

Goiabeiras – Vitória – ES

Telefone: 27 3257-0500

Realização

Universidade Federal do Espírito Santo

Colaboradores

Soneide Pereira do Nascimento

Capa

Thiago Fagner dos Santos Sousa

Editoração Eletrônica

Thiago Fagner dos Santos Sousa

Revisão

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

Saulo de Jesus Peres. Bibliotecário CRB6 – 676/ES

P965 Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem
Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.
32 p.

1. Educação. 2. Prática de ensino. 3. Educação e Saúde – Vitória (ES).

CDU 37.01

Índice

APRESENTAÇÃO	05
01. O QUE É DIABETES GESTACIONAL	07
02. MULHERES QUE CORREM RISCO DE TER O DIABETES GESTACIONAL	08
03. EXAMES	18
04. TRATAMENTO	19
05. CUIDADOS	20
06. COMPLICAÇÕES	22
07. PREVENÇÃO	25
REFERÊNCIA	29

Apresentação

Esta cartilha é fruto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Espírito Santo e foi desenvolvida após os resultados de uma pesquisa com mulheres que apresentavam diabetes gestacional.

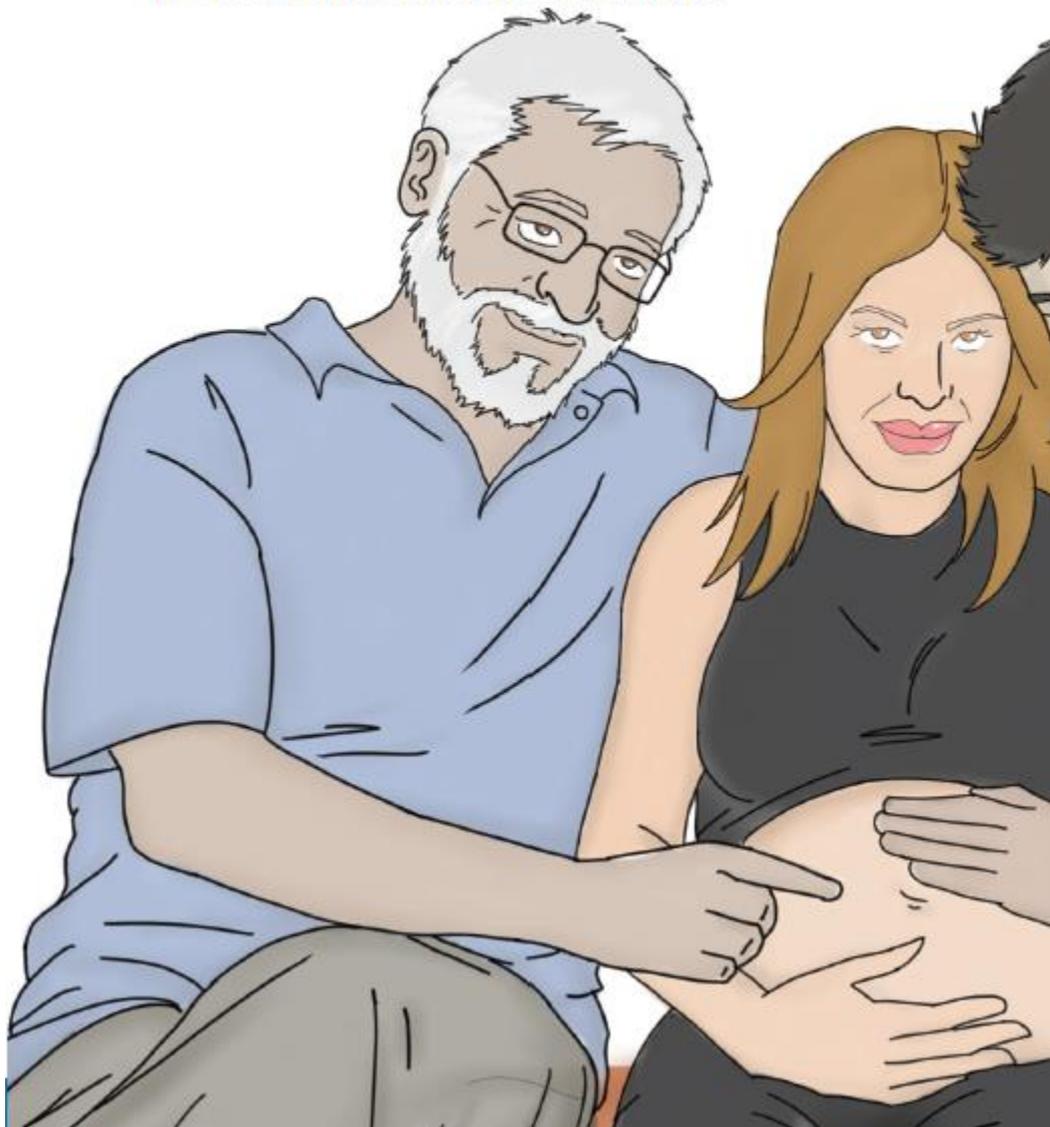
O Diabetes Gestacional se manifesta em decorrência de alterações hormonais, genéticas e/ou comportamentais. É importante que a gestante se cuide para evitar altas taxas de glicose no sangue, o que contribuirá para evitar complicações para a mãe e para o recém-nascido

01. O QUE É DIABETES GESTACIONAL?



Altos níveis de glicose no sangue durante a gravidez.

02. MULHERES QUE CORREM RISCO DE TER O DIABETES GESTACIONAL



a) Possuir história de diabetes na família.

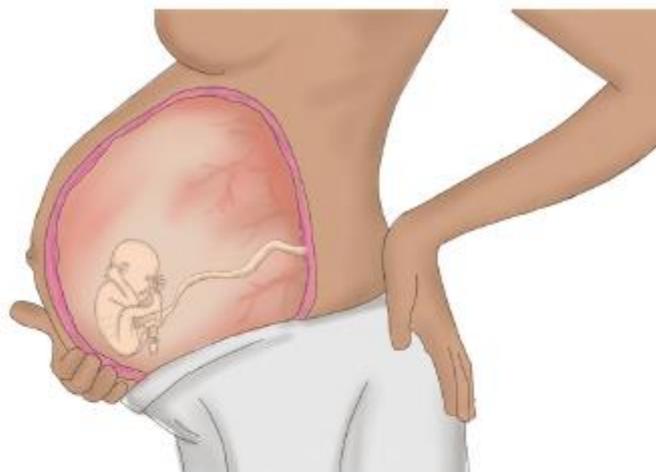


b) Estiver com mais de 25 anos ao engravidar.



c) Tiver dado à luz bebê com mais de quatro quilos ou com algum defeito de nascença.





d) Apresentar líquido amniótico em excesso.

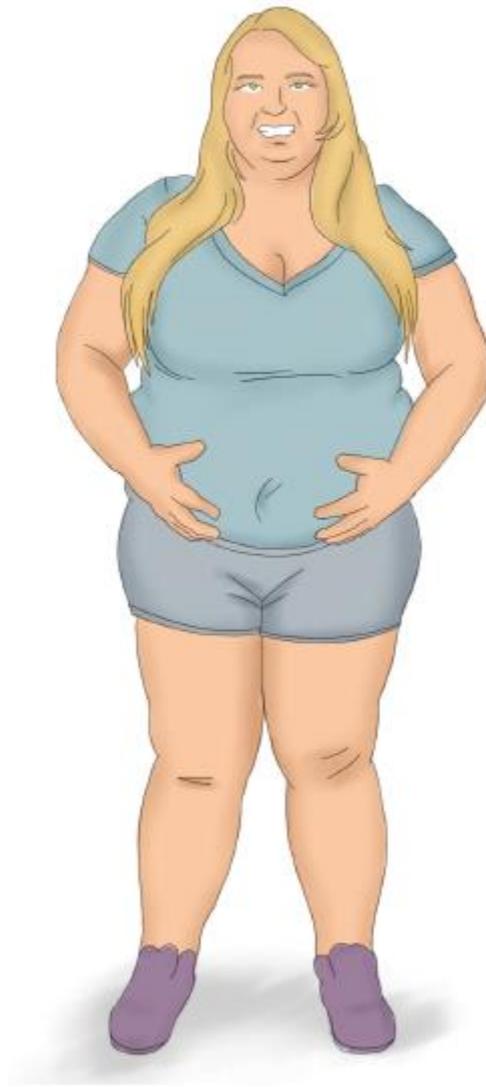


e) Tiver passado por um aborto espontâneo ou tiver tido um natimorto.

f) Estava acima do peso antes de engravidar.



g) Acúmulo de gordura na região da barriga.



h) Baixa estatura: menor de 1,50m.



i) Ganho de peso em excesso na gravidez.





03. EXAMES



≥ 153 mg/dL na após refeição

≥ 180 mg/dL na 1ª após refeição

≥ 92 mg/dL em jejum

Todas as grávidas devem fazer um teste oral de tolerância à glicose entre a 24ª e a 28ª semana de gestação para verificar a presença da doença. Se existir presença de algum risco deve fazer o teste antes na 20ª semana.

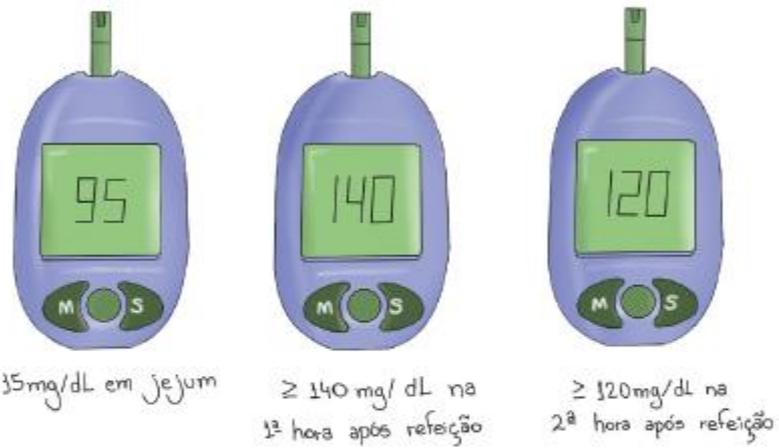
04. TRATAMENTO



- Alimentação saudável.
- Exercício Físico quando não houver contra indicação.
- Controle da glicose.
- Insulina quando necessário.

05. CUIDADOS

A glicose deve se manter sob controle: Jejum = 94 mg/dL e duas horas após refeições = 119 mg/dL.



Se a glicose não for controlada:



06. COMPLICAÇÕES

- Bebê muito grande.



- Bebê normal.

- Bebê muito grande.

- Bebê pode morrer ou nascer com má formação.



- Bebê nati morto.



- Mãe pode ficar diabética definitivamente.



- Bebê pode futuramente tornar-se uma criança obesa e com diabetes.

07. PREVENÇÃO

Para prevenir o Diabetes Gestacional é importante:



a) Iniciar o pré-natal bem cedo.

b) Realizar as consultas regularmente.



c) Fazer os exames de triagem entre a 24ª e 28ª semana de gestação.

d) Perder peso antes de engravidar se estiver acima do valor normal.



Toda gestante deve preocupar com a alimentação durante a gravidez para evitar a elevação da glicose e assim o surgimento do Diabetes Gestacional.



Referência

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012/2013**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. 385p.

Esta cartilha é fruto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Espírito Santo e foi desenvolvida após os resultados de uma pesquisa com mulheres que apresentavam diabetes gestacional.

O Diabetes Gestacional se manifesta em decorrência de alterações hormonais, genéticas e/ou comportamentais. É importante que a gestante se cuide para evitar altas taxas de glicose no sangue, o que contribuirá para evitar complicações para a mãe e para o recém-nascido

DIABETES GESTACIONAL

Apoio

ProEX



5.2 *Artigo 1:*

Conhecimento e Autocuidado

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades

Para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire

5.2.1. Resumo

Objetivou-se avaliar o conhecimento sobre a condição de saúde e as ações de autocuidado em mulheres com diabetes gestacional, acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória-ES. Estudo exploratório e descritivo com 36 mulheres maiores de 18 anos com registro de diabetes gestacional no prontuário de saúde. Utilizou-se formulário de entrevista e roteiro com duas perguntas abertas. Análise embasada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Dos discursos relacionados ao conhecimento obteve-se oito categorias dentre as quais destaca-se complicações para o recém-nascido. Cinco categorias emergiram na questão sobre autocuidado com destaque a mudança da alimentação. As mulheres possuem lacunas relacionadas ao conhecimento sobre diabetes gestacional, reconhecem as complicações, referiram dificuldade em seguir o plano alimentar, mas tentaram adotá-lo, apesar da resistência na mudança dos hábitos. É necessário, implantação de ferramentas, estratégias educativas para suporte ao autocuidado dessa clientela.

Descritores: Conhecimento. Diabetes Gestacional. Autocuidado. Gravidez de Alto Risco. Enfermagem.

5.2.2 Abstract

The objective was to evaluate the knowledge about the condition of health and self-care actions in women with gestational diabetes, accompanied at the University Hospital Cassiano Antonio Moraes in Vitoria-ES. An exploratory and descriptive Study with 36 women older than 18 years with a record of gestational diabetes in the medical record of health. We used form of interview and roadmap with two open questions. Analysis motivated by the technique of the Collective Subject Discourse. Of speeches related to knowledge obtained eight categories among which are complications for the newborn. Five categories emerged from the question about self-care with emphasis on the change of power. Women have gaps related to knowledge about gestational diabetes, recognize the complications, reported difficulty in following the food plan, but tried to adopt it, despite the resistance in the change of habits. It is necessary, deployment tools, educational strategies to support self-care of this clientele.

Descriptors: Knowledge. Gestational Diabetes. Self-Care. High-Risk Pregnancy

Conhecimento e Autocuidado em mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional

5.2.3 Introdução

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma alteração caracterizada pela intolerância à glicose de grau variado de intensidade, com início ou primeiro diagnóstico detectado no segundo ou terceiro trimestre da gestação, requerendo assistência pré-natal diferenciada pelo alto risco envolvido para a mãe e o bebê¹⁻³

A assistência pré-natal permite identificar as situações que necessitam de cuidados em diferentes níveis de atenção da saúde⁴. Além dos cuidados inerentes do período gestacional as mulheres com DMG necessitam de apoio devido à fragilidade psicológica decorrente da gravidez. A condição de alto risco exige orientações para modificação do comportamento em relação ao estilo de vida e as estratégias adotadas dependem do nível de conhecimento em relação à saúde, às crenças, nível de confiança, a força das redes de suporte social, motivação e aos fatores ambientais⁵.

Ao considerar o aumento da incidência de DMG em decorrência da obesidade e pela opção das mulheres em engravidar cada vez mais tarde, o aumento da sua prevalência e das taxas de internações para controle glicêmico com custos diretos e indiretos para as instituições de saúde, famílias e a mulher e a escassez de estudos sobre o conhecimento de ações de autocuidado de mulheres com DMG, imprime-se a necessidade de avançar na pesquisa; pois o autocuidado é um dos fundamentos do tratamento dos indivíduos com diabetes *mellitus* para o alcance do controle metabólico⁶. Nessa direção, pergunta-se a aquisição de conhecimento e habilidades de autocuidado poderiam favorecer um melhor controle glicêmico em mulheres com DMG ?

Este estudo objetivou-se identificar o conhecimento de mulheres com diabetes gestacional e as ações de autocuidado ao tratamento durante a gravidez. Acredita-se que identificar o conhecimento e ações de autocuidado, na perspectiva das mulheres com DMG, pode oferecer subsídios para entender o comportamento das mulheres com DMG, contribuindo para o avanço do conhecimento e da prática no âmbito da atenção em diabetes.

5.2.4 Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, realizado em um hospital Universitário do estado do Espírito Santo, Brasil, em 2013. O referencial metodológico eleito, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método desenvolvido para pesquisas de opinião, representação social ou outras que tenham como base depoimentos verbais ou matérias de jornais e revistas⁷. Na proposta do DSC o pensamento coletivo se dá por meio da incorporação de um discurso do pensamento coletivo e não de um depoimento individual⁷. Esse referencial possibilitou sistematizar os depoimentos das mulheres com diabetes gestacional, a partir de expressões chave agrupadas em torno de categorias, compondo um ou vários discursos⁸. Desse modo o método adotado pode expandir a apreensão do fenômeno investigado, buscando-se uma maior familiaridade com o depoimento das mulheres em torno dos aspectos relacionados às ações de autocuidado com diabetes mellitus gestacional, valorizando seus saberes e visando a integralidade da atenção em saúde.

As mulheres entrevistadas são provenientes de Unidade de Internação e Ambulatório, que atenderam os critérios de inclusão: maiores de 18 anos, com registro de DMG no prontuário de saúde. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário contendo os dados sociodemográficos das mulheres com DMG e um roteiro de entrevista semiestruturada, seguido de tópicos de aprofundamento, que se iniciava com as seguintes questões norteadoras: o que você sabe sobre DMG e o que você faz para se cuidar? As mulheres foram recrutadas no ambulatório antes da consulta pré-natal e nas enfermarias do referido hospital e foram esclarecidas quanto aos propósitos da pesquisa. Antes do início da coleta de dados foi requerida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram audiogravadas e tiveram duração média de 20 minutos.

A partir da transcrição literal e na íntegra dos depoimentos obtidos nas entrevistas audiogravadas foi elaborada a constituição do *corpus*. No intuito de interpretar os dados e extrair os discursos das mulheres com DMG, utilizou-se o *Software QualiQuantSoft®* como ferramenta para a obtenção das ideias centrais de cada entrevista. A etapa seguinte se constituiu em reunir ideias centrais semelhantes em uma única ideia central ou categoria de análise. A construção do DSC se deu a partir das expressões-chaves das ideias centrais enquadradas na mesma categoria.

O estudo submeteu-se ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes de Vitória-ES, obedecendo-se os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob o registro nº 194.215/2013.

5.2.5 Resultados e Discussão

Das 36 gestantes com DMG investigadas, a idade variou de 20 a 41 anos, a maioria era parda, casada, do lar, nível de escolaridade entre o ensino médio incompleto a completo e renda familiar inferior a três salários mínimos. O diagnóstico de diabetes se estabeleceu a partir do terceiro trimestre, porém, o período de diagnóstico variou de uma a dez semanas. Com a intenção de refinar a análise para a compreensão dos elementos pertinentes ao discurso das mulheres com DMG relacionado ao conhecimento da doença, as oito categorias são apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1. Categorias relacionadas ao conhecimento sobre a doença de mulheres com DMG. Vitória, 2013.

	Categorias
1	ALIMENTAÇÃO INADEQUADA
2	ANTECEDENTES PARA DIABETES GESTACIONAL
3	COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM-NASCIDO
4	REPERCUSSÕES DO DMG PARA A MÃE
5	ALTERAÇÃO DA GLICEMIA
6	NECESSIDADE DE MEDICAMENTO
7	DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL
8	PODE PERMANECER COM DIABETES MELLITUS

A primeira categoria denominada **alimentação inadequada** mostra discurso das mulheres com DMG sobre o conhecimento da alimentação para o controle da doença, conforme se segue:

“Eu acho que minha alimentação é muito inadequada. Eu acho que se eu tivesse me alimentado direitinho, teria sido mais fácil pra mim e pro bebê. Não pode comer coisa que não é saudável. Tem que comer coisa saudável durante a gestação pra não ganhar diabetes...”

O discurso das mulheres com DMG aponta que elas reconhecem que a sua alimentação está inadequada e que esta pode estar relacionada ao diabetes gestacional com prejuízo para o bebê. Por outro lado, um estudo mostrou que quando as mulheres com DMG seguem uma dieta de baixo índice glicêmico apresentam bom controle glicêmico⁹.

A segunda categoria, denominada **ANTECEDENTES PARA DIABETES GESTACIONAL** mostra que no discurso das mulheres com DMG elas conhecem os fatores de risco do diabetes gestacional, mas indicam a não valorização dos antecedentes familiares para o desenvolvimento do diabetes mellitus em concordância ao estudo realizado em Porto Alegre¹⁰, conforme se segue:

“No meu caso, tive quatro fatores, que foi: eu tive ovário policístico, tenho trinta e cinco anos, ou seja, a idade também, meu pai é diabético, eu tive um filho”

A terceira categoria, denominada **COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM-NASCIDO** aponta que no discurso das mulheres com DMG elas conhecem as consequências do DMG para o bebê, porque quando o assunto envolve a saúde do filho, elas ficam mais atentas e preocupadas com a situação, conforme se segue:

“As consequências eu sei. Porque se ela subir pode dar uma parada respiratória no neném, pode dar uma parada cardíaca, coisa assim, até causar um aborto...é uma doença grave que pode matar o neném, prejudicar, comprometer a saúde do bebê. Quando ele nascer, pode nascer com má formação. O bebê cresce muito, fica obeso, obesidade desde o nascimento. Ela está tão gordinha pela idade gestacional que eu estou, creio que é por causa da diabetes.pode nascer prematuro, pode evoluir um neném muito grande, aumentar muito de peso, nascer com a cabeça grande demais, aumentar muito o abdome, perda de líquido. Também pode ficar sem oxigênio. Pode nascer com problema cardíaco. Se engordar muito pode quebrar ombrinho. Pode nascer com leucemia, causar cegueira, também. Tem o risco do óbito, logo depois que nasce. Pode dá um choque de glicemia. Pode ficar internada na UTIN durante um período, ir direto pra incubadora ou ficar tempos e tempos na incubadora ou ter diabetes para o resto da vida, que é pior ainda...”

Estudo com gestantes de alto risco mostrou que elas também têm preocupação em relação às complicações que o bebê pode apresentar¹¹. Complicações perinatais tais como elevada taxa de prematuridade e distúrbios metabólicos, macrosomias, tocotraumas, grande para a idade gestacional (GIG), icterícia fetal foram encontradas em mulheres com DMG com controle metabólico inadequado¹².

A quarta categoria, denominada **REPERCUSSÕES DO DMG PARA A MÃE** mostra que no discurso das mulheres com DMG elas conhecem as complicações da doença para a sua saúde, conforme se segue:

“Não é bom para a gente porque traz complicação no parto. Ela pode matar. Pode ser perigoso tanto pra mãe e também para o bebê. Pode afetar a minha saúde, prejudicar a gente também. Pode aumentar muito o líquido na barriga da gente. Mais ou menos isso. A mulher pode sofrer eclampsia.”

Um estudo, realizado com mulheres com DMG, mostrou que as complicações maternas estão relacionadas à infecção do trato urinário, piora da hipertensão prévia, pré-eclâmpsia e complicações obstétricas, sendo as duas primeiras mais frequentes. Essa investigação apontou, ainda, que a obesidade antes da concepção teve relação com os altos índices de toco traumatismo em novas gestações¹². As mulheres com história de diabetes gestacional estão mais propensas a desenvolver o Diabetes Mellitus tipo 2 em longo prazo, uma vez que a DG está relacionada a resistência insulínica e defeito das células beta¹³.

A quinta categoria, denominada **ALTERAÇÃO DA GLICEMIA** mostra que no discurso das mulheres com DMG elas conhecem os valores de glicemia, mas não sabem como interpretá-los. Entretanto, conhecem os parâmetros de normalidade da glicemia e as causas e consequências da elevação da glicose no sangue. As mulheres com DMG conhecem os valores de glicemia, mas não sabe como interpretá-lo conforme se segue:

“Eu nem sabia que tinha diabetes gestacional, fiquei sabendo agora que estou grávida. Eu não sei explicar não. A doutora disse que eu estou com diabetes gestacional, fiz os exames de tomar o açúcar no sangue, e deu 94 e o correto é de 92 pra baixo. Acho que pode ser açúcar no sangue ou falta de açúcar, ou as duas coisas. O corpo para de gerar insulina na gravidez. É a respeito de açúcar, acho que é açúcar no sangue. Só sei que é açúcar no sangue acima do limite. Tudo que a gente come vira açúcar e fica no sangue. Se você tá com diabetes é muito açúcar no sangue. Se tá com muito açúcar no sangue você engorda por causa do açúcar e massas. Tinha que diminuir no açúcar para poder regular minha glicose, pra não poder dá excesso de açúcar e passar totalmente para o neném. É complicado porque eu tinha feito todos os outros exames. Das outras vezes nunca deu. Alteração na glicose, justo no final da gestação aí já é meio preocupante”.

Estudo mostrou que mulheres após o recebimento de informações sobre o diabetes, ainda tinham dúvidas sobre as causas relacionadas a essa condição de risco, e isso as motiva a buscar informações¹⁰. No discurso das mulheres com DMG elas têm expectativas de que os profissionais de saúde esclareçam as suas dúvidas.

A sexta categoria, denominada **NECESSIDADE DE MEDICAMENTO** mostra que nos discursos das mulheres há relatos de que é prerrogativa a mulher com DMG o acompanhamento para o controle da doença e a utilização da insulina no tratamento. Reconhece-se a importância do conhecimento sobre a doença para a adesão aos retornos ambulatoriais, o controle do DMG e prevenção de complicações para o bebê, tal como, o crescimento excessivo e internação em Unidade Tratamento Intensivo Neonatal, conforme se segue:

“Por enquanto eu não estou sabendo de quase nada. Porque o médico falou que o neném está muito grande e que é por conta disso. Mas, estou esperando até agora alguém poder vim cá me dá uma informação melhor, mas ninguém explica nada pra gente. Acho que não tinha necessidade de estar aqui. A insulina é quando a pessoa tá com diabetes. Porque se eu estou com diabetes, porque eu não estou tomando insulina? Ah, eu fiquei preocupada porque eles falaram que a neném está muito grande por conta disso, mas que poderia tirar a neném agora, porque ela está grande, mas o pulmão dela não. Que se ela nascesse agora, ela teria que ficar na UTIN. Ai eu entrei em desespero”.

Os estudos de Silva¹⁴, de Detsch¹⁵, mostram que 33,8% e 30,2% das pacientes com DMG tinham necessidade de insulino-terapia, respectivamente.

A sétima categoria, denominada **DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL** mostra que no discurso das mulheres com DMG elas já tinham informações sobre o diabetes, mas do DMG. Elas desconhecem a causa da doença, valores de glicemia para o seu controle e o plano alimentar adequado, conforme se segue:

“Eu sabia de diabetes, mas não na gestação desta forma. Já tem na minha família, mas nenhuma foi durante a gestação. Não sabia que poderia dar uma diabetes gestacional. Não sei muita coisa, não sei nada sobre o assunto. Porque eu não tinha conhecimento da doença. No momento eu não conheço nada. Eu não sei o que significa. Não sei qual o mal que pode tá trazendo. Não sei o que pode acontecer com o bebê nem comigo. Essa informação, eu não tenho. Até então eu não sei nada. Por enquanto eu não estou sabendo de quase nada. Mas, eu estou esperando até agora alguém poder vir cá me dar uma informação melhor”.

Esses resultados também foram apontados no estudo realizado em Porto Alegre¹⁰ em mulheres com DMG.

A última categoria, denominada **PODE PERMANECER COM DIABETES MELLITUS** o discurso das mulheres com DMG mostram preocupação com a doença após o parto. Reconhecem que fatores, tais como, os antecedentes familiares podem levá-las a permanecer com a doença após o parto e a necessidade de cuidado por toda a vida, conforme se segue:

“O diabetes não é uma coisa boa. Penso assim que pode vir a me prejudicar. Uma doença que tem que tratar. E minha preocupação toda é essa, por já ter na família, me cuidar mais ainda, pra poder me livrar dela, depois da gestação. Já me falaram que pode ser uma diabetes apenas gestacional. Porque a diabetes gestacional após o parto costuma sumir, mas pode voltar daqui a uns cinco anos. Eu posso vir a ter um diabetes no futuro, após o parto. Se eu me cuidar quando a gravidez acabar, tanto eu posso perder como eu posso continuar com ela pra sempre”.

Desse modo, os profissionais de saúde necessitam conhecer a história de vida das mulheres com DMG, pois estudos mostram que o DMG é fator de risco para o DM do tipo 2^{13,16}.

O Quadro 2 mostra as cinco categorias extraídas dos discursos das mulheres com DMG sobre as ações de autocuidado.

Quadro 2. Categorias relacionadas as ações de autocuidado para o controle da doença de mulheres com DMG. Vitória, 2013.

1 MUDANÇA DA ALIMENTAÇÃO
2 MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR
3 USO DE MEDICAMENTO
4 ADAPTAÇÃO À DOENÇA 4.1 CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS 4.2 DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO ÀS MUDANÇAS
5 MITOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA GLICEMIA

Na primeira categoria denominada **MUDANÇA DA ALIMENTAÇÃO** os discursos das mulheres com DMG mostram os alimentos evitados e os que são priorizados na alimentação no controle do diabetes.

“Comendo mais frutas, verduras, principalmente, mais folha verde e procurando manter sempre o peso. Até fruta, com limite, que foi estabelecido duas ou três frutas... É muito cuidado que a gente tem que ter, muita dieta. Fazer uma dieta rigorosa. Estou fazendo as dietas que os médicos passaram, evitando doces, cortei os doces totalmente. Você corta tudo de doce, refrigerantes, carboidratos, biscoito recheado, pão, bolo, salgado...”

No discurso das mulheres com DMG constata-se que houve modificação no plano alimentar, conforme orientação nutricional para o controle da doença realizada pelo médico. Estes dados também foram apontados nos estudos de Padilha¹⁷, Lima¹⁸ e de Landim¹⁹.

É essencial que haja modificação dos hábitos alimentares para a manutenção do controle glicêmico e prevenção de complicações do diabetes gestacional¹⁸. A dieta é

a primeira opção de tratamento para a maioria das gestantes¹ e segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes há estudos que evidenciam a sua contribuição para o alcance de um bom controle glicêmico²⁰. O plano alimentar ideal refere-se à alimentação balanceada com restrição de ingestão de carboidratos e priorização de inserção de carboidratos com baixo índice glicêmico e com alto teor de fibras, obedecendo às preferências das gestantes^{1,19,21}. Um estudo mostrou que dieta de baixo índice glicêmico e alto teor de fibras é eficaz e reduz a necessidade de insulina, porém existe limitação relacionada ao hábito alimentar já incorporado e baixa adesão a este tipo de dieta²².

Na segunda categoria denominada **MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR** os discursos das mulheres com DMG mostram que elas fazem a monitorização da glicemia capilar no domicílio para manter o bom controle da doença. Apesar do desconforto reconhecem que esse cuidado é essencial para o bem estar do bebê e para um bom desenvolvimento fetal, conforme se segue:

“...Eu faço a medição de manhã, em jejum e depois do almoço, duas horas depois. Ai ele viu que tava controlando, passou a medir uma vez por dia. Mas, agora, eu vou estar fazendo um dia de manhã, em jejum. O outro dia eu vou fazer depois do almoço. E no outro dia eu vou estar fazendo a noite, depois do jantar. É ruim picar meu dedo duas vezes por dia. É que dói muito, dói um pouquinho. É ruim porque meu dedo fica todo picado...”

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que mulheres com DMG também realizavam a glicemia capilar em domicílio¹⁰. Outro estudo com indivíduos adultos com DM mostrou a importância do automonitoramento glicêmico como forma de responsabilização e *empoderamento* do paciente, ao conhecer os níveis de glicemia e aprender a tomar conduta em relação ao seu controle metabólico, favorecendo assim o autocuidado²³.

Outra investigação constatou que o monitoramento domiciliar é vantajoso quanto aos custos e qualidade de vida, por minimizar as perturbações causadas na família pela hospitalização e por prevenir estresse psicológico, mental e social decorrente da internação²⁴. A disponibilização dos testes de glicemia capilar revolucionou o tratamento do diabetes mellitus, e sua utilização deve ser considerada como padrão-

ouro do monitoramento durante a gestação²⁵. Por outro lado, outro estudo mostrou que existem vários riscos relacionados à monitorização da glicemia capilar no domicílio, tais como a depressão, realização de forma incorreta, custos elevados, dor e alteração da rotina diária da gestante²⁶.

Na terceira categoria denominada **USO DE MEDICAMENTO** o discurso das mulheres com DMG mostram que elas reconhecem a importância da utilização de medicamentos para o controle glicêmico, tal como a insulina, conforme se segue:

“Ah, desde o dia que eu descobri, comecei fazer tudo que o médico pediu: tomar os remédios direitinhos. Tudo que ele passou eu tomei. Começou a acelerar o coração, o médico resolveu dar insulina pra ver ser abaixo, porque tava muito alta. Como eu soube agora no finalzinho, estou tendo que fazer uso da insulina. Não é uma coisa muito boa pra se pensar e pra se guardar, comecei a fazer o tratamento com insulina. Passei tomar nas horas certas e deu certo”.

O fator determinante para a necessidade de insulina é ter o diagnóstico de DMG prévio e história familiar de DM em parente de primeiro grau, portanto estes dados devem ser investigados no início do pré-natal¹⁵. Mulheres com DMG são orientadas quanto à possibilidade de inclusão no tratamento de algum medicamento oral ou insulina, na falência do seguimento do plano alimentar ou de exercícios físicos para manutenção dos níveis glicêmicos estáveis¹⁰.

Na quarta categoria denominada **ADAPTAÇÃO À DOENÇA** nos discursos das mulheres com DMG emergem as dificuldades enfrentadas quando do diagnóstico de DMG, controle da doença e mudança dos hábitos alimentares, ou seja, **dificuldades de adaptação às mudanças** conforme se segue:

“Muito sacrifício, evitar o doce. Estou como aqueles viciados que chegam às vezes a ficar naquela abstinência. Com vontade de comer um doce, tem dias que eu não resisto, vou lá e como. É sério, mas, às vezes, vou pecar só hoje, ai eu como um docinho. Mas, ai depois alivia. Ai, pronto. Mas, eu tento evitar o máximo, porque eu gosto de doce. Não cortei tudo, em casa é difícil fazer uma dieta. Mesmo você sabendo que está com uma doença. Você não tem força pra ir à frente no tratamento. Ai parece que você quer comer mais do que tudo, porque em casa você fica ansiosa, fica nervosa, fica

apreensiva, ai o seu "coisa" vai ser ali na alimentação. Ai, eu vou comer, aquilo que vai me acalmar. Ai, quando você vai ver já está com a glicose, a diabetes já está lá em cima. É um risco pra gente mesmo. Que o médico manda a gente fazer algo que a gente não faz. Ai fala bem assim, ah eu vou morrer mesmo, é melhor morrer comendo do que morrer sem comer".

Os discursos estão permeados de limitação, impedimento, culpa e arrependimento.

Nas doenças crônicas, tal como, o DM a complexidade do tratamento requer modificações nos hábitos de vida. Desse modo, as mulheres com DMG reconhecem que a falta de controle da doença é prejudicial e buscam o equilíbrio entre vontade e moderação e admitem que a necessidade de reeducar-se. Nessa direção, a prontidão para o autocuidado podem ajudar as mulheres com DMG a enfrentar as dificuldades para o manejo adequado da doença²⁸.

Por outro lado, enfrentar a nova situação com DMG e mudar os comportamentos torna-se uma tarefa difícil, mas possível. A motivação para lidar com a nova situação está relacionada com a saúde do bebê. Ele é o principal objetivo e por ele buscam ultrapassar as barreiras impostas pelo diabetes. Reconhecem que elas precisam modificar os hábitos de vida para o bebê nascer bem e sem complicação. Há momentos de recaída, mas logo se recuperam e voltam a seguir as orientações. Ele é que dá força para prosseguir, reinventar novos hábitos. O incentivo para o autocuidado está focado na proteção do bebê. Desse modo, as mulheres ganham força, resiliência e reinventam novos hábitos, por meio da **capacidade de adaptação às mudanças**, conforme se segue:

"Eu acho que pra quem quer o bem de uma criança que ainda tá dentro de você; você vai fazer tudo e o impossível para melhorar. Não vai ficar fazendo a loucura de comer doce, tomar refrigerante escondido do médico, porque aí não adianta. Se tiver que mudar um pouquinho mais a minha rotina vai ser melhor, porque ai já é melhora de vida, não só pra mim, mas também para os meus filhos. Diabetes não é fácil, é muito ruim você ver todo mundo comendo, se alimentando normal e você tem que tá regrada a tudo. Não pode comer tudo que tem vontade. Tá sendo muito difícil, porque você ver todo mundo com vida normal e você tá cheia de regra. É difícil demais, é muito difícil. Então quem tem diabetes e tá gestante, assim, tentar se cuidar o máximo possível. É difícil, complicado você vê e não comer, tudo que a gente vê na gravidez, a gente quer comer. Foi difícil mesmo, nossa! É, mas, devido saber que vai prejudicar meu filho, ai eu cortei da minha vida. Não é fácil, mas tem que lutar por isso. Não pode também dá o braço a torcer, porque a

vida da criança é importante. Isso é que dá assim um incentivo pra gente poder se cuidar, em relação a proteger nosso bebê. Ele que dá força pra mim nesse momento. Eu acho que eu tenho força de vontade suficiente pra isso. Só não teria força de vontade se eu não quisesse essa criança, mas eu amo demais o meu filho, tenho força de vontade pra qualquer coisa, até perder todos os meus hábitos alimentares e reinventar outros hábitos, mas que ele possa nascer com saúde”.

A experiência de ser gestante com DMG é complexa, porém a mulher enfrenta uma vivência paradoxal no sentido de estar preparando e sustentando uma nova vida, e ao mesmo tempo, pressentindo-se ameaçada por situações que põem em risco o novo ser que está gerando²⁹. Nem todas as gestantes tinham o conhecimento dos riscos para o recém-nascido. Embora, uma parte delas se preocupa com a gestação para que transcorra sem complicações e os filhos nasçam saudáveis, mantendo cuidado especial³⁰.

Na última categoria denominada **MITOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA GLICEMIA** os discursos das mulheres com DMG mostram o crédito ao poder dos alimentos para redução dos níveis de glicose. Também, as participantes acreditam em preceitos para justificar a sua transgressão aos alimentos, conforme se segue:

“Eu comi tanto chocolate esses dias. Tanto chocolate! Ai nossa eu disse, a minha glicose deve tá lá em cima. Fui medir,... Em jejum sabe quanto deu? Cento e um. Eu imaginei que fosse dar uns cento e quarenta. Dois dias comendo chocolate. Ganhei duas caixas de bombom. Ai comi, comi. Limão é bom pra baixar a glicose acredita? Muito suco de limão, suco de limão é muito bom. Limão não falta lá em casa mais depois disso, mas ai tá tudo controladinho”.

Reconhece-se que o limão é um alimento alcalino, adstringente e antioxidante. Um estudo com camundongos evidenciou ação antioxidante do *Citrus limon*³¹. Por outro lado, os pacientes utilizam este alimento como fator protetor baseado em crenças e valores como forma de enfrentar o controle da doença²⁷. Os profissionais devem abordar as crenças e valores culturais na educação em saúde, possibilitando ao indivíduo repensar a sua atitude para a escolha das melhores alternativas frente ao controle da doença³².

O DM é um desafio e requer dos profissionais de saúde estratégias inovadoras de intervenção para o controle da doença. Neste sentido, o Conselho Internacional de Enfermeiros propõe o Modelo de Cuidados na Doença Crônica. Neste Modelo a abordagem está centrada na interação entre pacientes e profissionais proativos, ou seja, um doente motivado, com capacidade, aptidão e confiança para tomar decisões efetivas sobre sua saúde e profissionais motivados para informar o doente, apoiar as suas decisões e com recursos para prestar cuidados de qualidade. O autocuidado apoiado está inserido neste novo modelo de atenção às doenças crônicas³³.

O autocuidado apoiado é diferente de dizer às pessoas o que fazer. Os usuários dos serviços de saúde têm um papel central no tocante à atenção à saúde, assumindo a co-responsabilidade. Na prática esse enfoque implica a colaboração entre a equipe de saúde e as pessoas para, em conjunto, definir o problema, estabelecer as metas, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas³⁴. A metodologia dos cinco As vem sendo aplicada em serviços de saúde³⁵ como uma ferramenta de efetivação do autocuidado e consiste nas fases de: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. A avaliação compreende entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos e dos comportamentos das pessoas. O aconselhamento abrange a transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e treinamento de habilidades. O acordo consiste na elaboração conjunta do plano de autocuidado baseado nas prioridades, convicções e confiança para mudança das pessoas. Estas decisões devem ser feitas pelas pessoas, porque só farão uma coisa se realmente desejarem. O acordo está sustentado pelo grau de confiança da pessoa em cumprir as ações. A assistência fundamenta-se em ações dos profissionais de saúde que permitam identificar as barreiras à mudança, aumentar a motivação das pessoas, aperfeiçoar as habilidades de autoajuda e assegurar às pessoas o suporte necessário para as mudanças comportamentais. O acompanhamento baseia-se na elaboração e execução conjunta de um sistema de monitoramento.

Comparando-se os fragmentos dos discursos das mulheres com DMG e as etapas referentes à Metodologia dos cinco As, relacionaram-se as etapas e as categorias encontradas no presente estudo, sendo que uma categoria pode está contida em várias etapas:

Quadro 3. Análise comparativa dos discursos e metodologia do cinco As

ETAPAS DOS 5As	CATEGORIAS DO DISCURSO	DISCURSOS
AVALIAÇÃO	Mudança da alimentação	<i>“...Geralmente a gente faz tudo errado. Come o que não deve, come fora de hora ou talvez até pode comer o que deve, mas exagera...”</i>
	Mitos relacionados ao controle da glicemia	<i>“...Muito suco de limão, suco de limão é muito bom. Limão não falta lá em casa mais depois disso, mas ai tá tudo controladinho”</i>
ACONSELHAMENTO	Adaptação à Doença: Dificuldades de adaptação às mudanças	<i>“...Pensar que talvez se eu tivesse me alimentado melhor não estaria passando por tudo isso aqui. Poderia ser tudo normal...”</i>
ACORDO	Monitorização da glicemia capilar	<i>“...ele mandou medir a glicose toda semana. Pelo menos uma vez na semana, pra acompanhar pra ver se está baixando, se está aumentando”.</i>
	Mudança da alimentação	<i>“...Estou fazendo as dietas que os médicos passaram, evitando doces, cortei os doces totalmente. Você corta tudo de doce, refrigerantes, carboidratos, biscoito recheado, pão, bolo, salgado..”</i>
ASSISTÊNCIA	Uso de medicamento	<i>“...tô tendo que fazer uso da insulina. Não é uma coisa muito boa pra se pensar e pra se guardar, comecei a fazer o tratamento com insulina. Passei tomar nas horas certas e deu certo”.</i>
ACOMPANHAMENTO	Adaptação à Doença: Capacidade de adaptação às mudanças	<i>“...tenho força de vontade pra qualquer coisa, até perder todos os meus hábitos alimentares e reinventar outros hábitos, mas que ele possa nascer com saúde.</i>

A metodologia dos cinco As direciona o atendimento da equipe multidisciplinar, favorecendo a identificação das dificuldades e facilidades na nova condição “imposta” pelo problema de saúde, que requer da mulher com DMG mudanças no

seu modo de viver, ou seja, do seu estilo de vida. Assim, através dos discursos, parece que a fase de avaliação que é a primeira etapa, é fundamental para o bom desenvolvimento das demais etapas. Pode-se perceber que a Metodologia dos cinco As é um método útil para o acompanhamento das gestantes quanto ao autocuidado. Apesar de não existir no serviço um atendimento sistematizado essa ferramenta poderá ser adotada como estratégia de intervenção.

5.2.6 Considerações Finais

Os discursos das mulheres com DMG mostraram lacunas em relação ao conhecimento para o controle do diabetes gestacional, mas reconhecem as complicações do mau controle glicêmico para o binômio mãe - filho. O seguimento do plano alimentar constituiu um dos principais desafios. Nessa direção recomenda-se a participação efetiva do enfermeiro no acompanhamento pré-natal e no seguimento pós-parto das mulheres com DMG em conjunto com a equipe multiprofissional. A necessidade de implantação de ferramentas e estratégias educativas inovadoras que deem suporte para o fortalecimento das ações de autocuidado neste grupo específico de mulheres. Os resultados desse estudo ofereceram subsídios para a elaboração de uma cartilha educativa direcionada às mulheres com DMG.

5.2.7 Referências

- 1 Weinert Letícia Schwerz, Silveiro Sandra Pinho, Oppermann Maria Lúcia, Salazar Cristiano Caetano, Simionato Bárbara Marina, Siebeneichler Aline et al . Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. Arq Bras Endocrinol Metab [serial on the Internet]. 2011 Oct [cited 2013 Oct 10]; 55(7): 435-445. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000700002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302011000700002>.
- 2 Wendland EM, Torloni MR, Falavigna M, Trujillo J, Dode MA, Campos MA et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in

Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012; 12(23): 1-13. Acessado em 03 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/23>

3 Golbidi Saeid and Ismail Laher, "Potential Mechanisms of Exercise in Gestational Diabetes," Journal of Nutrition and Metabolism, vol. 2013, Article ID 285948, 16 pages, 2013. doi:10.1155/2013/285948 <http://dx.doi.org/10.1155/2013/285948>

4 BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

5 Rijken, M., Jones, M., Heijmans, M., Dixon, A. Supporting self-management. In: E. Nolte, M. McKee (Eds.). Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Berkshire: Open University Press, 2008; 116-142. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf

6 Araújo Márcio Flávio Moura, Pessoa Sarah Maria Fraxe, Damasceno Marta Maria Coelho, Zanetti Maria Lúcia. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Nov 05]; 66(2): 222-227. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200011>.

7 Lef vre F, Lef vre AMC. Pesquisa de Representa o Social: um Enfoque Qualiquantitativo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012. 224p.

8 Lef vre F, Lef vre AMC, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educus; 2005. 260 p.

9 Moses Robert G, Barker Megan, Winter Meagan, Petocz Peter, Brand-Miller Jennie C. Can a Low-Glycemic Index Diet Reduce the Need for Insulin in Gestational Diabetes Mellitus? A randomized trial. Diabetes Care, June 2009; 32(6):996-1000.

Acessado em 05 out 2013. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/32/6/996.full.pdf+html>

10 Schmalfluss Joice M. Mulheres com diabetes Melito Gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela. [Dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011; [Acessado em 2013 set 18]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31311/000783051.pdf?sequence=1>

11 Quevedo Michelle Peixoto. Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco. [tese]. [Internet] São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2010. Acessado em 29 mai 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=558121&indexSearch=ID>

12 Nogueira Anelise Impeliziere, Jonas Soares Silva Santos, Lucas Ligeiro Barroso Santos, Ivone Maria Martins Salomon, Marcelo Militão Abrantes, Regina Amelia Lopes Pessoa Aguiar. Diabetes Gestacional: perfil e evolução de um grupo de pacientes do Hospital das Clínicas da UFMG. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(1): 32-41. Acessado em 05 out 2013. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/336/324>

13 Ryan EA. Diagnosing gestational diabetes. Diabetologia. march 2011; 54(3): 480-486. Acessado em 05 out 2013. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/238/art%253A10.1007%252Fs00125-010-2005-4.pdf?auth66=1381170267_6cb44099e5bfd83c309cf7192b11e7df&ext=.pdf
<http://dx.doi.org/10.1007/s00125-010-2005-4>

14 Silva Jean Carl, Soccol Junior Helder, Laçava Bruna, Ribeiro Thaís Engel, Bertini Anna Maria. Fatores relacionados à insulino terapia no diabete melito gestacional. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008; 37(1): 49-53. Acessado em 05 out 2013. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/535.pdf>

15 Detsch Josiane Cristine Melchiorretto, Almeida Ana Cristina Ravazzani de, Bortolini Luis Gustavo Cambrussi, Nascimento Denis José, Oliveira Junior Fernando Cesar, Réa Rosângela Roginski. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924

gestações com diabetes melito gestacional. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na Internet]. 2011 Ago [citado 2013 Out 02] 55(6): 389-398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000600005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302011000600005>.

16 Matos Catarina, Pereira Maria. Avaliação das Anomalias do Metabolismo da Glicose Após a Gravidez Complicada por Diabetes Gestacional. Arq Med [periódico na Internet]. 2008 [citado 2013 Out 05] ; 22(6): 169-175. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132008000400002&lng=pt

17 Padilha Patricia de Carvalho, Sena Ana Beatriz, Nogueira Jamile Lima, Araújo Roberta Pimenta da Silva, Alves Priscila Dutra, Accioly Elizabeth et al . Terapia nutricional no diabetes gestacional. Rev. Nutr. [serial on the Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Oct 02]; 23(1): 95-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000100011&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000100011>.

18 Lima Daliane Angelica, Brasileiro Aline Alves, Rosa Lorena Pereira de Souza. Riscos e consequências das diabetes gestacional: uma revisão bibliográfica. Estudos. Goiânia [Internet]. 2012 out/dez [acessado em 2013 out 02]; 39(4): 561-7. Disponível em:<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/2668/1630>

19 Landim Camila Aparecida Pinheiro, Milomens Kallyne Moreira Pequeno, Diógenes Maria Albertina Rocha. Déficits de autocuidado em clientes com Diabetes Mellitus Gestacional: uma contribuição para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre [Internet]. 2008 set. [Acessado em 2013 out 02]; 29(3): 374-81. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6757>

20 Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013.385 p.

21 Lim Sun-Young, YooHyun-Jung, KimAe-Lan, Ah Jeong-Ah, Sung-Hun Kim, Choi Yoon-Hee, Jae-HyoungCho, Lee Jin-Hee, and Yoon Kun-Ho. Nutritional Intake of Pregnant Women with Gestational Diabetes or Type 2 Diabetes Mellitus. ClinNutr Res. 2013 Jul;2(2):81-90. English. Acessado em 01 out 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7762/cnr.2013.2.2.81>

22 Afaghi Ahmad, LalehGhanei, Ziaee Amir. Effect of low glycemic load diet with and without wheat bran on glucose control in gestational diabetes mellitus: A randomized trial. Indian J Endocrinol Metab. Jul-ago de 2013;17(4): 689–692. Acessado em 01 out 2013. Disponível em: http://www.ijem.in/temp/IndianJEndocrMetab174689-6187465_171114.pdfdoi:10.4103/2230-8210.113762

23 Veras Vivian Saraiva, Araújo Márcio Flávio Moura de, Rodrigues Flávia Fernanda Luchetti, Santos Manoel Antônio dos, Damasceno Marta Maria Coelho, Zanetti Maria Lúcia. Assessment of metabolic control among patients in a capillary glucose self-monitoring program. Acta paul. enferm. [serial on the Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 02]; 25(3): 453-458. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300021>.

24 Cavassini Ana Claudia Molina, Lima Silvana Andréa Molina, Calderon Iracema Mattos Paranhos, Rudge Marilza Vieira Cunha. Custo-benefício de internação em comparação com cuidados ambulatoriais para mulheres grávidas com diabetes pré-gestacional e gestacional ou com hiperglicemia leve, no Brasil. São Paulo Med. J. [periódico na Internet]. 2012 [citado 2013 out 02]; 1: 17-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000100004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802012000100004>.

25 Coutinho Tadeu, Coutinho Conrado Milani, Duarte Adrienne Maria Berno Rezende, Zimmermann Juliana Barroso, Coutinho Larissa Milani. Diabetes gestacional: como tratar? Femina [periódico na internet]. 2010; 38 (10): 517-25. Acessado em: 03 de junho 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1711.pdf>

26 Gouveia Carla, Granja Mónica, Sá Armando Brito de, Gomes Luís Filipe, Simões José Augusto, Gallego Rosa. Novas orientações da Direção-Geral de Saúde para a diabetes gestacional: uma apreciação crítica. Rev Port Med Geral Fam [periódico na Internet]. 2012 Jul [citado 2013 Out 02] ; 28(4): 304-312. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000400009&lng=pt

27 Rodrigues Fernanda Silva de Souza, Polidori Marlis Morosini. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2012 [cited 2013 Sep 22];58(4): 619-627. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf

28 Oliveira Nunila Ferreira de, Souza Maria Conceição Bernardo de Mello e, Zanetti Maria Lúcia, Santos Manoel Antônio dos. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev. bras. enferm.* [periódico na Internet]. 2011 Abr [acessado 2013 Out 02] 64(2): 301-307. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200013>.

29 Araújo Márcio Flávio Moura, Pessoa Sarah Maria Fraxe, Damasceno Marta Maria Coelho, Zanetti Maria Lúcia. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Rev. bras. enferm.*[periódico na Internet]. 2013 Abr [citado 2013 Out 10]; 66(2): 222-227. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200011>.

30 Mundim RAS, Santos TML, Lopes FLR, Da Cruz RO, Santos CH, Silva RC et al. *Revista de Biotecnologia & Ciência*. 2012; 2(1): 2-82. Acessado em 09 out 2013. Disponível em:<http://www.prp.ueg.br/revista/index.php/biociencia/article/view/56/512>

31 Campelo LML. Avaliação farmacológica do óleo essencial de *Citruslimon* (Burm) no Sistema Nervoso Central: Um estudo comportamental, histológico e neuroquímico [dissertação] [Internet]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2011. [acesso em 2013 out 01]. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppgcf/arquivos/files/3a%20Dissertacao%20de%20Mestrado%20Lidianne%20Mayra%20Lopes%20Campelo.PDF>

32 Rodrigues Flávia Fernanda Luchetti, Santos Manoel Antônio dos, Teixeira Carla Regina de Souza, Gonela Jefferson Thiago, Zanetti Maria Lucia. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2013 Out 02]; 25(2): 284-290. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>

33 Conselho Internacional de Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crônica. “Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care” [Internet]. Tradução de Dr^a Hermínia Castro. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. Abril de 2010. Acessado em 24 set 2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

34 Mendes, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012; 512 p. Acessado em 13 abr 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

35 Curitiba Prefeitura Municipal. Organização Ana Maria Cavalcanti e Angela Cristina Lucas de Oliveira. Autocuidado apoiado: manual do profissional de Saúde. [Internet]. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde. 2012; 92p. Acessado em 04 abr 2013. Disponível em:

<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>

5.3 Artigo 2:

Obesidade e Diabetes Gestacional

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”.

“Paulo Freire

5.3.1 Resumo

Objetivou-se identificar o índice de massa corporal de mulheres com diabetes gestacional em acompanhamento no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória-ES. Estudo descritivo, exploratório de corte transversal. Participaram 36 gestantes com diagnóstico de DMG e idade maior de 18 anos, entrevistadas por conveniência. Utilizou-se formulário de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando correlação não paramétrica de Spearman, teste t para médias e teste t pareado na comparação de variáveis entre os grupos. Identificou-se um número significativo de mulheres com IMC ≥ 30 antes de engravidarem, uma correlação entre o IMC anterior e a idade nas pacientes do ambulatório, IMC anterior mais elevado nas mulheres hospitalizadas. Considera-se a importância da atenção primária na identificação dos fatores de risco e intervenção em diabetes gestacional. A identificação do IMC antes da gestação é fundamental na detecção do sobrepeso e obesidade, para desenvolvimento de ações educativas que estimulem o autocuidado.

Descritores: Diabetes Gestacional. Gravidez de Alto Risco. Enfermagem. Obesidade. Índice de Massa Corporal. Fatores de risco.

5.3.2 Abstract

This study aimed to identify the body mass index in women with gestational diabetes in monitoring at the University Hospital Cassiano Antonio Moraes in Vitoria-ES. Descriptive, exploratory Study of cross-cutting. Participated in 36 pregnant women with a diagnosis of GDM and age greater than 18 years, interviewed by convenience. Form was a used semi-structured interview. The data were statistically analyzed using Spearman's non-parametric correlation, t-test for medium and paired t-test for the comparison of variables between the groups. We identified a significant number of women with BMI ≥ 30 before becoming pregnant, a correlation between the BMI and the previous age in ambulatory patients, BMI previous higher in hospitalized women. It considers the importance of primary care in the identification of risk factors and intervention in gestational diabetes. The identification of BMI before pregnancy is fundamental in detection of overweight and obesity, for the development of educational actions that stimulate self-care.

Keywords: Gestational Diabetes. High-Risk Pregnancy. Nursing. Obesity. Body Mass Index. Risk Factors.

Obesidade e Diabetes Gestacional

5.3.3 Introdução

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição transitória da gestação, com crescente incidência em função dos testes diagnósticos e da população estudada¹⁻³. Necessita de atenção especial, já que pode favorecer ao aumento do diabetes tipo 2 no futuro, pois um percentual expressivo das mulheres acometidas podem em cinco a dez anos, receber o diagnóstico desse tipo de diabetes definitivamente^{1,4}.

A prevalência global de DMG é em média de 10%, podendo variar de 1 a 14%². Estudo desenvolvido em um Centro de Saúde de Brasília/DF determinou prevalência de DMG em grávidas em 6,6% em uma amostra de 290 mulheres⁵. Já em São Joaquim/SC, uma outra investigação com 482 mulheres gestantes apontou uma taxa de 5,6%⁶. Em estudo de prevalência realizado em Massucati, Pereira e Maioli encontraram 5,8%⁷.

O Diabetes Mellitus Gestacional pode causar transtornos à grávida e a seus familiares, pois suas principais consequências estão relacionadas aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, as macrossomias e malformações do feto. Essa constatação preocupa os profissionais de saúde, bem como governos, gestores, entre outros, pois 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 ou por negligência⁸.

Em relação aos recém-nascidos de mães com DMG, na fase adulta, pode ocorrer aumento da incidência de obesidade, hipertensão arterial sistêmica, síndrome metabólica e DM⁹. Quanto às mulheres que desenvolveram DMG é preciso considerar o risco de desenvolverem o DM tipo 2 ao longo da vida. Por outro lado, reconhece-se que o risco pode ser minimizado ou postergado com orientações de mudança do estilo de vida. Atualmente considera-se de grande relevância a identificação de mulheres com DMG¹⁰.

As mulheres com DMG vêm apresentando uma elevação do Índice de Massa Corporal (IMC). Elas possuem mais propensão de sobrepeso e obesidade pela resistência insulínica, assim como as que já estão nesta classificação, o que são fatores preditores das complicações da gravidez¹¹.

A prevalência da obesidade vem aumentando mundialmente, afetando o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade nos filhos de mulheres com DMG¹². Em investigações com mulheres que tiveram ganho de peso excessivo durante a gestação, seus filhos também tornaram-se obesos na infância e adolescência¹³⁻¹⁴. Neste sentido, o estudo objetivou identificar o índice de massa corporal de mulheres com diabetes gestacional em acompanhamento em um Hospital de Ensino.

5.3.4 Métodos

Trata-se de um estudo transversal, tendo como cenário o Ambulatório e Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) em Vitória-ES, referência para gestação de alto risco.

Participaram 36 gestantes com diagnóstico de DMG e idade maior de 18 anos, entrevistadas por conveniência no dia em que compareciam no ambulatório para consulta de pré-natal e na maternidade durante internação hospitalar com finalidade de controle glicêmico, durante os meses de março a julho de 2013.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário de entrevista semi-estruturada sobre dados sociodemográficos, clínicos e antecedentes obstétricos. Buscou-se no prontuário de saúde informações complementares e confirmatórias dos dados coletados. Realizou-se as entrevistas após o consentimento livre e esclarecido das participantes.

Analisou-se os dados com o Pacote Estatístico para Ciências Sociais – versão 20.0. Utilizou-se correlação não-paramétrica de *Spearman* por não apresentar distribuição normal, através do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e o teste t para médias e teste t pareado na comparação de variáveis entre os grupos.

Submeteu-se o projeto de estudo ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes de Vitória-ES, obedecendo-se os princípios éticos

contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado sob o registro nº 194.215/2013.

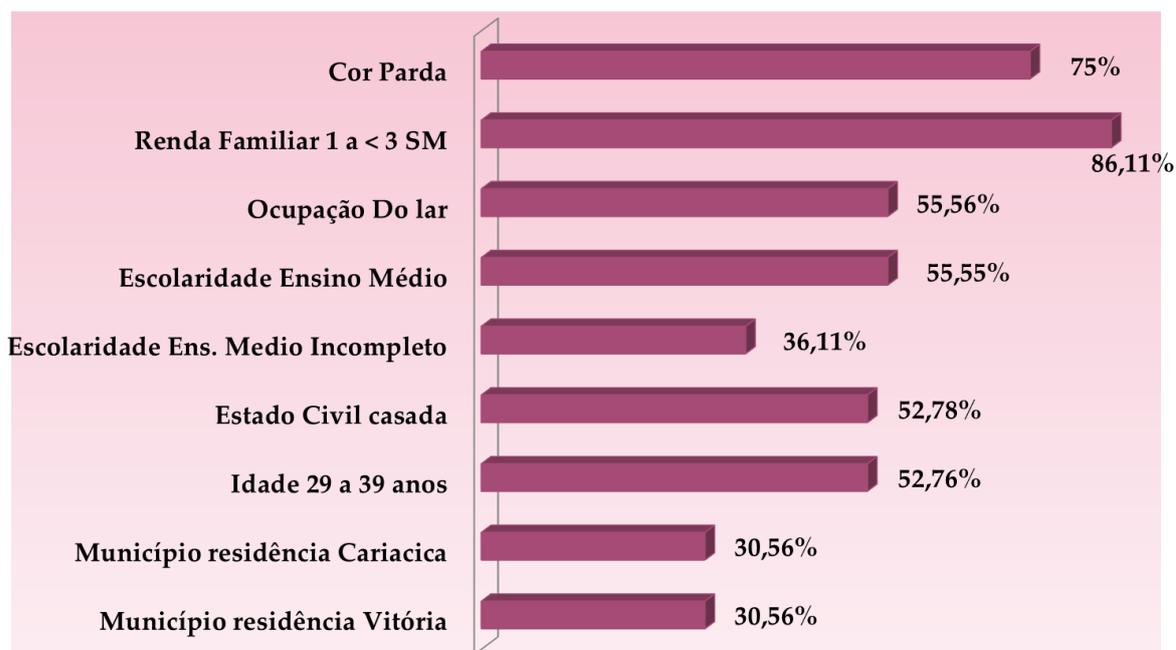
5.3.5 Resultados

Entrevistadas 19 gestantes durante hospitalização na maternidade e 17 que aguardavam a consulta de pré-natal no ambulatório de alto risco.

Verificou-se o predomínio de mulheres de cor parda e com idade entre 29 a 39 anos, casadas, trabalhadoras do lar com nível de escolaridade entre ensino médio completo e incompleto e renda familiar entre um a menos de três salários mínimos. Levantou-se no momento da pesquisa quais os serviços de saúde que estavam encaminhando as pacientes e o número maior de mulheres originava-se de Vitória e Cariacica (Figura 1).

Figura 1. Descrição das características sociodemográficas das gestantes com DMG. Vitória-ES, 2013.

Caracterização de mulheres com Diabetes Gestacional segundo variáveis sociodemográficas. Vitória-ES, 2013



As gestantes haviam sido diagnosticadas após o terceiro trimestre, entretanto, o período de diagnóstico para o maior grupo estava concentrado entre uma a dez semanas. Do grupo pesquisado um terço já se encontrava com mais de três gestações.

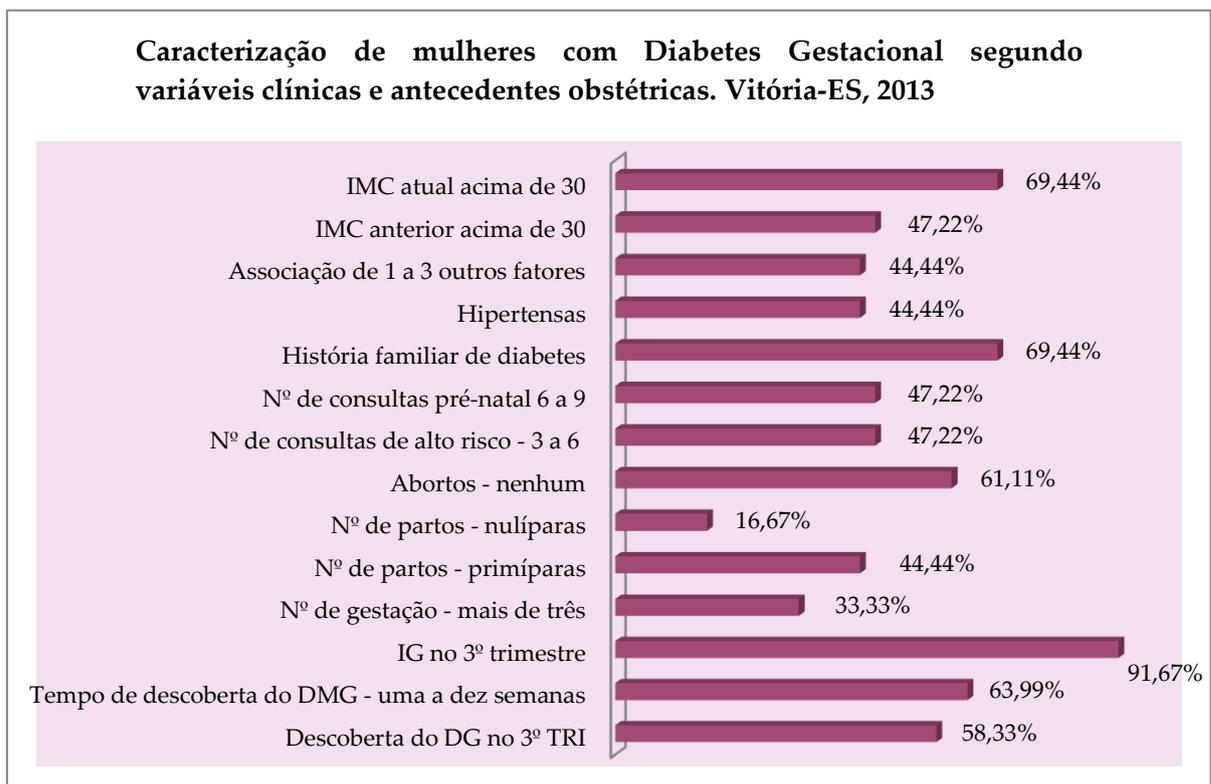
Observou-se um número expressivo de mulheres com história familiar de diabetes. Chamou atenção o fato de quase a metade ser hipertensa.

Encontrou-se um número significativo de mulheres com peso excessivo antes de engravidarem apresentando IMC ≥ 30 . Conseqüentemente o peso continuou a aumentar possibilitando a observação de 22,22% de diferença entre o IMC atual (momento da pesquisa) e o anterior (período que antecedeu a gravidez).

Observou-se que quase a metade das participantes já haviam se consultado no ambulatório de alto risco por três a seis vezes. Sendo que 47,22% das entrevistadas, já possuíam de seis a nove consultas de pré-natal.

Levantou-se a história das gestações anteriores e os dados apontavam macrossomia, prematuridade, antecedentes de DMG e natimorto).

Figura 2. Descrição das características clínicas e antecedentes obstétricos das gestantes com DMG. Vitória-ES, 2013.



Na análise estatística das variáveis relacionadas com o IMC (Tabela 1), encontrou-se correlação estatisticamente significativa entre o IMC anterior e a idade nas pacientes do Ambulatório de Alto Risco. Esta correlação é positiva, ou seja, à medida que o IMC aumenta a idade também aumenta.

Tabela 1 – Resultados de correlação entre IMC anterior e IMC atual com às variáveis: idade, renda familiar, número de gestações, número de abortos, idade gestacional atual, descoberta diagnóstica e tempo de diagnóstico. Vitória-ES. Brasil, 2013.

Local	Variáveis	IMC anterior		IMC atual	
		Coefficiente de correlação	p-valor	Coefficiente de correlação	p-valor
Ambulatório (n=17)	Idade	0,506*	0,046*	0,402	0,122
	Renda familiar	0,113	0,688	-0,192	0,492
	Número de gestações	0,025	0,928	0,306	0,249
	Número de abortos	-0,382	0,144	-0,175	0,517
	Idade gestacional atual	-0,212	0,431	-0,103	0,704
	Descoberta diagnóstica	-0,365	0,165	-0,206	0,444
	Tempo de diagnóstico	0,018	0,948	-0,031	0,909
Hospital (n=19)	Idade	-0,119	0,628	-0,135	0,594
	Renda familiar	-0,137	0,575	0,129	0,609
	Número de gestações	-0,231	0,342	0,027	0,917
	Número de abortos	0,184	0,452	0,039	0,877
	Idade gestacional atual	-0,129	0,599	-0,152	0,548
	Descoberta diagnóstica	-0,22	0,365	-0,144	0,57
	Tempo de diagnóstico	0,118	0,629	0,145	0,567
Geral (n=36)	Idade	0,197	0,256	0,194	0,27
	Renda familiar	-0,034	0,846	-0,011	0,951
	Número de gestações	0,124	0,477	0,168	0,343
	Número de abortos	-0,009	0,961	-0,004	0,982
	Idade gestacional atual	-0,203	0,242	-0,175	0,322
	Descoberta diagnóstica	-0,32	0,061	-0,208	0,237
	Tempo de diagnóstico	0,126	0,471	0,088	0,62

*Estatisticamente significativo

Obteve-se uma amostra pareada, ou seja, os dados foram medidos no mesmo indivíduo em dois momentos diferentes. Utilizou-se o teste t pareado para comparação dos dados. A hipótese a ser testada é de que o IMC não difere entre os momentos, quando o p-valor é menor do que 0,050 rejeita-se esta hipótese, ou seja,

há diferença entre os momentos. Para a comparação dos IMC anterior e atual da gestação houve significância estatística ($p=0,000$). Pode-se ponderar que os valores da média diferem-se, sendo que o grupo do hospital apresentou maiores médias em relação ao ambulatório.

Tabela 2 - Resultado do teste t pareado para comparação entre as variáveis IMC anterior e atual. Vitória-ES. Brasil, 2013.

	Variáveis	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Ambulatório (n=17)	IMC anterior	27,99	28,65	7,04	0,000
	IMC atual	31,38	33,43	7,70	
Hospital (n=19)	IMC anterior	31,22	32,23	8,66	0,000
	IMC atual	35,95	36,08	6,58	
Geral (n= 36)	IMC anterior	28,88	30,59	8,05	0,000
	IMC atual	33,40	34,83	7,14	

Na Tabela 3, constatou-se que as mulheres internadas possuem um IMC anterior mais elevado e continuam obesas, enquanto as mulheres acompanhadas no ambulatório são classificadas como sobrepeso. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa do IMC com história familiar de diabetes.

Tabela 3 – Resultados dos testes de comparação segundo o IMC e a história familiar de Diabetes. Vitória-ES. Brasil, 2013.

Domínios	História Familiar de Diabetes	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
AMBULATÓRIO (n=17)					
IMC anterior	Não	27,77	27,10	4,97	0,571
	Sim	30,84	29,35	7,91	
IMC atual	Não	28,69	30,31	5,03	0,503
	Sim	32,65	34,85	8,47	
HOSPITAL (n=19)					
IMC anterior	Não	34,28	32,91	7,29	0,822
	Sim	28,88	31,91	9,48	
IMC atual	Não	35,95	36,77	5,77	0,765
	Sim	34,96	35,74	7,17	
AMOSTRA GERAL (n=36)					
IMC anterior	Não	28,21	30,27	6,76	0,876
	Sim	29,86	30,74	8,71	
IMC atual	Não	33,98	33,83	6,18	0,580
	Sim	32,82	35,31	7,65	

5.3.6 Discussão

A obesidade é um dos principais fatores para o desenvolvimento do DMG, sendo considerada atualmente um dos problemas de saúde pública, pelo aumento da sua prevalência favorecendo o crescente avanço das doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, síndrome metabólica e problemas cardiovasculares. Associada a idade e história familiar é considerada também um fator preditivo do DMG. Pode trazer complicações para o recém-nascido e para a mãe, sendo importante a modificação do estilo de vida, atuando sobre os fatores modificáveis, como o $IMC \geq 30$ ¹⁵.

O IMC é uma forma de verificar a massa corporal, vem sendo usado largamente nas pesquisas, por ser um índice simples e conveniente em muitos bancos de dados, além de ser um instrumento auxiliador de intervenções precoces com baixo custo de realização¹¹. Nessa pesquisa, pode-se observar que houve um aumento do IMC atual em comparação ao anterior, e, em estudo similar com IMC pré e pós-gestacional encontrou-se 30% de diferença do antes para o depois da gestação¹⁶. Mulheres com $IMC \geq 30$ têm duas vezes e meia mais chance de ter DMG¹⁷. Em outras investigações as obesas tiveram recém-nascido Grande para Idade Gestacional (GIG), acima do percentil 95^{16,18}.

Através do IMC pode-se considerar o ganho de peso das gestantes, o que conduz os profissionais para recomendações dentro de valores adequados do peso conforme propõe o *Institute of Medicine (IMO) dos Estados Unidos*¹⁹. O ganho ponderal esperado na gestação em mulheres com IMC pré-gestacional entre 25 e 29,9 kg/m² é de 7 a 11,5 kg. Nas obesas é considerado seguro o ganho entre 5 e 9 kg até o final da gravidez¹⁹.

A obesidade por ser um distúrbio metabólico, traz alterações nas gestantes que necessitam frequentemente de uso de insulina²⁰⁻²¹ e monitoramento do ganho de peso. As gestantes devem receber orientações dietéticas individualizadas de acordo com o IMC calculando-se, assim, a quantidade de calorias recomendadas³. Em razão da obesidade requerer cuidados especiais, a presença de um profissional qualificado é importante para prescrição de uma dieta planejada e balanceada.

Mediante a gravidade do DMG em mulheres obesas²⁰, é importante que existam ações educativas objetivando a prevenção do ganho de peso com modificações do estilo de vida até mesmo antes de engravidar e início da gestação.

Neste estudo a variável idade apresentou significância para o grupo do ambulatório. Dados semelhantes foram observados em um estudo com 5420 mulheres tailandesas²². Em contrapartida, houve uma divergência de resultados do IMC e idade na investigação de Silva et al²¹.

Quanto à renda familiar pode-se perceber que não teve influência sobre o IMC. Em uma investigação com 570 gestantes também não se observou significância do ganho de peso excessivo quando relacionado à categoria “salário mínimo”²³. Nesta pesquisa, observou-se que a categoria “um a menos de três salários mínimos” apresentou um percentual superior a de outro estudo onde se identificou 74,4%¹¹.

O tempo de diagnóstico também não contribuiu para variação do IMC, a média observada foi de nove semanas. Para a variável idade gestacional do diagnóstico (descoberta do diagnóstico), uma pesquisa observou não existir diferença entre os IMCs, dado também identificado neste estudo²¹.

Ressalta-se ainda que neste estudo o IMC não possui correlação com o número de gestações, em oposição a pesquisa realizada por Silva et al²¹ que encontrou significância.

A história familiar de diabetes é um forte preditivo do DMG, entretanto correlacionando com o IMC observou-se que não houve significância. Porém, quando comparada a estudos que investigaram herança genética para o Diabetes Mellitus tipo 2, apontam taxas entre 63,2 a 68%^{16,20,24}, percentual próximo ao encontrado na população estudada nesta pesquisa.

Quanto às outras variáveis estudadas pode-se verificar que a idade materna avançada é um fator de importância para o desenvolvimento do DMG, sendo um dos critérios a idade acima de 35 anos³. Estudo com a mesma população apontou a média de 34,4 anos, sendo que o maior percentual encontra-se na faixa etária de 35 a 40 anos¹⁶. Houve outra pesquisa que identificou a média de idade variando de 21 a 39 anos⁸. Numa investigação mais ampliada, com 924 mulheres, a média de idade

encontrada foi de 31,9 anos²⁰. Em estudo de auto-relato do DMG com 1047 mulheres, a média de idade foi 26,7 anos¹⁷.

Outros estudos também descreveram os critérios para o desenvolvimento do DMG, porém diferem em relação à idade, apontando idade superior a 25 anos^{17,20,25-26}.

Em relação ao estado civil, encontrou-se resultados semelhantes a outros estudos, onde a maioria das mulheres são casadas ou vivem com companheiro^{8,17,29}. O fato de ser casada ou ter um companheiro é importante como fator positivo para auxiliar a gestante no autocuidado²⁵.

Quanto à escolaridade, encontrou-se que a maioria possui ensino médio incompleto. Dados idênticos foram alcançados em investigação desenvolvida em Pernambuco²⁶, já no estudo de Pelotas, identificou-se que a maior escolaridade está associada ao DMG¹⁷.

Em relação à variável ocupação, a maioria das mulheres entrevistadas relatou ser “do lar” e, portanto, não possuíam uma atividade laborativa remunerada. Entretanto, resultado semelhante foi observado em outra investigação²⁹, assim como estudos que encontraram metade das mulheres com atividade remunerada^{8,26-27}.

Quanto à raça, estudo de revisão discutiu que este fator é difícil de ser analisado em virtude da miscigenação inerente à nossa raça, não sendo recomendação do Consenso Brasileiro de Diabetes 2010²⁸. Todavia, ressalta-se aqui uma investigação que encontrou, pelo resultado significativo ($p=0,048$), associação da cor não branca, como fator de risco para o DMG nesse estudo¹⁷.

Quanto ao município de residência, observou-se que Vitória e Cariacica são os que mais encaminham as gestantes para o HUCAM, provavelmente em virtude da centralização do serviço, localizado na capital, e por ser referência para atendimento de pré-natal de alto risco. Encontrou-se situações semelhantes em outro Estado⁸.

Quanto à descoberta do diagnóstico de DMG, encontrou-se trabalho com dados semelhantes, correspondendo ao terceiro trimestre de gestação^{16,20}. Em contraposição, um estudo com mulheres mexicanas identificou que a maior parte dessas foi diagnosticada no segundo trimestre²⁹.

Quanto ao número de gravidezes, observou-se que um terço das mulheres possuía histórico com mais de três gestações, em equiparação a uma pesquisa realizada em Minas Gerais onde se identificou 36%¹⁶. Em relação ao parto, neste estudo quase metade das gestantes eram primíparas, enquanto em outro estudo 39,6% eram múltiparas¹⁸. Em outro achado encontrou-se que as mulheres múltiparas com mais de dois partos têm duas vezes mais chance de DMG¹⁷.

Quanto aos fatores de risco, realizado em um estudo em Detsch et al²⁰ identificou-se um percentual de 67,1% para a somatória de um a três fatores de risco, enquanto neste estudo o percentual não atingiu a metade das gestantes pesquisadas.

Considerando que a hipertensão é um fator de risco para o DMG, encontrou-se quase metade das mulheres pesquisadas com diagnóstico de hipertensão superando as taxas de 16,7% a 34,2%^{18,24} encontradas em publicações sobre a temática.

Quase a metade das mulheres realizou de seis a nove consultas pré-natal e de três a seis consultas de alto risco, o que sinaliza um número razoável de consultas para um pré-natal adequado, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, seis consultas de pré-natal e cinco consultas de especialista para a gestante de alto risco³⁰. Uma pesquisa mostrou que 58,1% das mulheres tiveram uma assistência pré-natal além do número adequado de consultas, o que corresponde a mais de sete consultas¹⁸.

Outro ponto que merece destaque é a avaliação da qualidade do pré-natal. Estudos mostraram uma alta cobertura de pré-natal (mais de sete consultas), porém pouca efetividade por apresentar redução expressiva da sua qualidade no tocante aos exames clínicos, laboratoriais, imunização e suplemento de ferro³¹⁻³². Essa baixa qualidade da assistência pré-natal na atenção primária repercute na atenção secundária e, conseqüentemente, na atenção terciária, pois se encontrou neste estudo, um número de mulheres obesas que necessitaram de internação para controle glicêmico.

Os resultados de IMC demonstraram serem mais altos no grupo das gestantes hospitalizadas apontando obesidade, enquanto no grupo das gestantes pesquisadas no ambulatório, o IMC indicou sobrepeso.

5.3.7 Conclusão

Considera-se a importância da atenção primária, como primeiro caminho para identificação dos fatores de risco e intervenção em diabetes gestacional. A qualidade do pré-natal deve ser adequada e efetiva, necessitando que os profissionais sejam sensibilizados e capacitados quanto à importância da solicitação e acompanhamento dos procedimentos de rotina e exames complementares para melhoria da qualidade da atenção pré-natal, evitando assim a necessidade e obrigatoriedade de encaminhamento para a atenção secundária e terciária.

A identificação do IMC antes da gestação é fundamental na detecção do sobrepeso e obesidade. Os resultados poderão ser utilizados pela equipe de saúde para orientação às mulheres grávidas, com ênfase na importância da redução do peso e mudança de hábitos de vida, favorecendo o autocuidado.

5.3.8 Referências

- 1 Coutinho Tadeu, Coutinho Conrado Milani, Duarte Adrienne Maria Berno Rezende, Zimmermann Juliana Barroso, Coutinho Larissa Milani. Diabetes gestacional: como tratar? *Femina* [periódico na internet]. 2010; 38 (10): 517-25. Acessado em: 03 de junho 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1711.pdf>
- 2 Bener A, Saleh NM, Al-Hamaq A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast developing community: global comparisons. *Int J Womens Health*. 2011; 3: 367–373. Acessado em 11 Jan. 2012 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225465/> doi: 10.2147/IJWH.S26094
- 3 Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013.385 p.
- 4 .Diabetes mellitus gestacional. *Rev Assoc med Bras*. [série na Internet]. Dezembro de 2008 [citado 2013 16 de Oct]; 6: 477-480. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600006&lng=en.http://DX.doi.org/10.1590/S0104-42302008000600006.

5 Valladares CG, Konka SB. Prevalência de diabetes mellitus gestacional em gestantes de um centro de saúde de Brasília – DF. *Com. Ciências Saúde*. 2008;19(1):11-17. Acessado em 16 de out 2013. Disponível em: [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498640&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498640&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498640&indexSearch=ID)

6 Schmitt ML, Ribeiro SL, Paes MAS, Ribeiro RM. Prevalência de diabetes gestacional no município de São Joaquim – SC. *RBAC* 2009; 41(1): 43-45. Acessado em 16 de out 2013. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_41_01/rbac_41_01_07.pdf

7 Massucatti Lais Angelo, Pereira Roberta Amorim, Maioli Tatiani Uceli. Prevalência de Diabetes Gestacional em Unidades de Saúde Básica. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 70-9. [Acessado em 16 de out 2013]. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/329>

8 Schmalfluss Joice M. Mulheres com diabetes Mellito Gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela. [Dissertação na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011; [Acessado em 2013 set 18]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31311/000783051.pdf?sequence=1>

9 Silva Jean Carl, Bertini Anna Maria, Ribeiro Thaís Engel, Carvalho Leonardo Souza de, Melo Muriel Matias, Barreto Neto Lauro. Fatores relacionados à presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [serial on the Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Oct 16]; 31(1): 5-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000100002>.

10 Francisco Rossana Pulcineli Vieira, Trindade Thathianne Coutheux, Zugaib Marcelo. Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [serial on the Internet]. 2011 Aug [cited 2013 Oct 16]; 33(8): 171-173. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000800001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000800001>.

11 Gonçalves Carla Vitola, Mendoza-Sassi Raul Andres, Cesar Juraci Almeida, Castro Natália Bolbadilha de, Bortolamedi Ana Paula. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [serial on the Internet]. 2012 July [cited 2013 Oct 16]; 34(7): 304-309. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000700003>.

12 Seabra Gisele, Padilha Patricia de Carvalho, Queiroz Juliana Agrícola de, Saunders Cláudia. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na Internet]. 2011 Nov [citado 2013 Out 29]; 33(11): 348-353. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100005>.

13 Wrotniak BH, Shults J, Butts S, Stettler N. Gestational weight gain and risk of overweight in the offspring at age 7 y in a multicenter, multiethnic cohort study. Am J Clin Nutr. 2008 [cited 2013 oct 28]; 87(6):1818-24. Available from: <http://ajcn.nutrition.org/content/87/6/1818.full>

14 Mamun Abdullah A, O'Callaghan Michael, Callaway Leonie, Williams Gail, Najman Jake, Lawlor Debbie A. Associations of Gestational Weight Gain With Offspring Body Mass Index and Blood Pressure at 21 Years of Age Evidence From a Birth Cohort Study. Circulation [periodico na internet]. 2009 [cited 2013 Oct 28]; 119:1720-7. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/119/13/1720>

15 Dodd JM, Grivell RM, Crowther CA, Robinson JS. Antenatal interventions for overweight or obese pregnant women: a systematic review of randomised trials. BJOG. 2010 [cited 2013 oct 28];117(11):1316-26. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02540.x/pdf>

16 Nogueira Anelise Impeliziere, Jonas Soares Silva Santos, Lucas Ligeiro Barroso Santos, Ivone Maria Martins Salomon, Marcelo Militão Abrantes, Regina Amelia Lopes Pessoa Aguiar. Diabetes Gestacional: perfil e evolução de um grupo de pacientes do Hospital das Clínicas da UFMG. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(1):

32-41 Acessado em 05 out 2013. Disponível em:
<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/336/324>

17 Dode Maria Alice Souza de Oliveira, Santos Iná da Silva dos. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009 May [cited 2013 Oct 17]; 25(5): 1141-1152. Available from:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500021&lng=en)
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500021>.

18 Hale Nathan L, Probst Janice C, Liu Jihong, Bennett Kevin J, Martin Amy Brock, Glover Sandra. Variation in Excessive Fetal Growth across Levels of Prenatal Care among Women with Gestational Diabetes. J Prim Care Community Health. 2011 [acessado em 17 de out 2012]; 2(4):225-8. doi: 10.1177/2150131911410062. Disponível em:
<http://jpc.sagepub.com/content/2/4/225.2>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23804839>

19 Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: National Academies Press; 2009. Acessado em 27 out 2013. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/pdf/TOC.pdf>

20 Detsch Josiane Cristine Melchiorretto, Almeida Ana Cristina Ravazzani de, Bortolini Luis Gustavo Cambrussi, Nascimento Denis José, Oliveira Junior Fernando Cesar, Réa Rosângela Roginski. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na Internet]. 2011 Ago [citado 2013 Out 02] 55(6): 389-398. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000600005&lng=pt)
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302011000600005>.

21 Silva Jean Carl, Pacheco Carina Paula, Bizatto Juliana, Beckhauser Polyana, Manzano Cinthia, Bertini Anna Maria. Impacto do IMC no tratamento e no resultado perinatal em pacientes com diabete melito gestacional. Arquivos Catarinenses de Medicina 2011; 40 (2): 51-6. Acessado em 26 out 2013. Disponível em:
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/863.pdf>

22 Arora R, Arora, D, Patumanond J. Adverse pregnancy outcomes in women with high pre-pregnancy body mass index. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013 March [cited em 28 oct 2013]; 3(2): 285-291. Available from: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=28838> doi: 10.4236/ojog.2013.32053.

23 Drehmer Michele. Índice de massa corporal pré gestacional, fatores relacionados à gestação e ganho de peso materno em unidades básicas de saúde do sul do Brasil – Estudo do consumo e do comportamento alimentar na gestação – ECCAGe. [Dissertação]. Porto Alegre, 2008. 136p. Acessado em 28 out 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13056/000635000.pdf?...1>

24 Chaves Evelyne Gabriela Schmaltz, Franciscon Priscila de Melo, Nascentes Gabriel Antônio N., Paschoini Marina Carvalho, Silva Adriana Paula da, Borges Maria de Fátima. 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 Metab* [serial on the Internet]. 2010 Oct [cited 2013 Oct 16]; 54(7): 620-629. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000700006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302010000700006>.

25 Landim Camila Aparecida Pinheiro, Milomens Kallyne Moreira Pequeno, Diógenes Maria Albertina Rocha. Déficits de autocuidado em clientes com Diabetes Mellitus Gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre [Internet]. 2008 set. [Acessado em 2013 out 02]; 29(3): 374-81. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6757>

26 Holanda Viviane Rolim de, Souza Maria Amélia de, Rodrigues Maria Cecília Paulino dos Santos, Pinheiro Ana Karina Bezerra, Damasceno Marta Maria Coelho. Knowledge of Pregnant Women about Gestational Diabetes Mellitus. *J Nurs UFPE on line*. [English/Portuguese] *J Nurs UFPE on line*. 2012 July [Acessado em 2013 out 02]; 6(7):1648-54. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2956/4056> DOI: 10.5205/r euol.2255-18586-1-LE.0607201218 ISSN: 1981-8963

27 Santos Eliane Menezes Flores, Amorim Lídia Pereira de, Costa Olívia Lúcia Nunes, Oliveira Nelson, Guimarães Armênio Costa. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [serial on the Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Oct 26]; 34(3): 102-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000300002>

28 Bolognani Cláudia Vicari, Souza Sulani Silva de, Calderon Iracema de Mattos Paranhos. Diabetes mellitus gestacional – enfoque nos novos critérios diagnósticos. Com. Ciências Saúde. 2011 [acessado em 16 de out 2013]; 22 (sup 1): S31-S42. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619118&indexSearch=ID>

29 Sánchez-Jiménez Bernarda, Hernández-Galván Alejandra, Graham Chelsea Erin, Courtois Mayra Chávez, Perichart-Perera Otilia. Autocuidado en Diabetes Gestacional: Asociación con factores clínicos y socioeconómicos. Revista Salud Pública y nutrición. Abr-Jun 2012 [Acessado em 16 de out 2013]; 13(2): http://www.respyn.uanl.mx/xiii/2/articulos/AUTOCUIDADO_Y_DM_GESTACIONAL_RESPYN.htm

30 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650 da Rede Cegonha de 05 outubro de 2011. Anexo III. Acessado em 25 out 2013. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/109933-650.html>

31 Gonçalves Carla Vitola, Cesar Juraci Almeida, Mendoza-Sassi Raul A.. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2009 Nov [citado 2013 Out 29]; 25(11):2507-2516. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100020&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100020>.

32 Anversa Elenir Terezinha Rizzetti, Bastos Gisele Alsina Nader, Nunes Luciana Neves, Dal Pizzol Tatiane da Silva. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em

município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2012 Abr
[citado 2013 Out 29]; 28(4):789-800. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-
311X2012000400018&lng=pt.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=pt) <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.

6 Considerações

*“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo,
os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.*

Paulo Freire

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus Gestacional merece atenção especial dos gestores e equipe de saúde por ser uma questão de saúde pública, que vem se destacando em função dos seus fatores de risco, principalmente a obesidade, favorecendo complicações materno-fetais e conseqüentemente afetando à morbimortalidade.

As mulheres entrevistadas não possuem conhecimento sobre diabetes gestacional e sim sobre as repercussões da doença ao binômio mãe-filho. Buscaram se adaptar a um novo estilo de vida, apesar das dificuldades encontradas para o enfrentamento desse diagnóstico.

Desse modo, vale destacar a importância dos serviços de atenção primária no desenvolvimento do pré-natal. Ressalta-se aqui a função da equipe no seguimento dos protocolos estabelecidos e na condução do acompanhamento de forma sistemática, garantindo à gestante, uma assistência efetiva e eficaz.

Esse estudo proporcionou a elaboração de uma ferramenta educativa através de uma cartilha sobre Diabetes Gestacional, que poderá subsidiar a implantação de ações educativas e apoiar a equipe com relação ao envolvimento da mulher com diabetes gestacional no manejo de seu autocuidado.

7 Referências

REFERÊNCIAS

1 AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2011. **Diabetes Care**, v. 34, suplemento 1, 2011, p. S11-61.

2 AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes-2013. **Diabetes Care**, v. 36, suplemento 1, jan.2013, p. S11-66.

3 .International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. **Diabetes Care**, v. 33, nº 3, March 2010, p.676-82.

4 ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, June 2011. Available

from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>.

5 ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al . Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, Apr. 2012. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.

6 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª edição. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

7 AYACH, W; CALDERON, I.M.P.; RUDGE, M.V.C.; COSTA, R. A. A. Associação glicemia de jejum e fatores de risco como teste para rastreamento do diabetes

gestacional. **Revista Brasileira de Materno Infantil**, v. 5, nº 3, jul/set. 2005, p. 329-35.

8 BENER, A.; SALEH, N.M.; AL-HAMAQ, A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast developing community: global comparisons. Acessado em [http: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC:3225465](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC:3225465) em 11 Jan. 2012.

9 BENIGNA, Maria José Cariri; NASCIMENTO, Wezila Gonçalves do; MARTINS, João Lopes. Pré-Natal no Programa Saúde da Família: com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n.2, 2004, p. 23-31.

10 BOARETTO, Maria Cristina. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2003. 141p. [dissertação].

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

12 _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acessado em 15/02/2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>

13 _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002. 28p.

14 BRIENZA, Adriana Mafra. **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2005. 168p. [tese].

15 BUB, Maria Bettina Camargo; MEDRANO, Carlos; SILVA, Cláudia Duarte da; WINK, Solange; LISS, Per-Erik; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2006, v. 15, especial. p.152-7.

16 CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant.**, vol. 7, nº 3, jul/set. 2007, p. 309-17.

17 CHAVES, E.G.S. et al. 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. **ArqBrasEndocrinolMetab**, v.54, nº 7, 2010, p. 620-9.

18 COUTINHO, T.; COUTINHO, C.M.; DUARTE, A.M.B.R. et al. Diabetes gestacional: como tratar? **Femina**, v. 38, nº 10, 2010. p. 517-25.

19 CRUZ, Vilma Aparecida Gimenes da. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011. 182 p.

20 CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Curitiba. Disponível em:<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/saude-adulto/autocuidado> Acessado em 20 out 2013.

21 DETSCH, J. C. M. et al. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. **ArqBrasEndocrinolMetab**, vol. 55, nº 6, 2011, p. 389-98.

22 DIÓGENES, MAR; PAGLIUCA, LMF. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, nº 3, dez 2003. p. 286-93.

23 DODE, Maria Alice Souza de Oliveira; SANTOS, Iná S.. Validade do auto-relato de diabete mellitus gestacional no pós-parto imediato. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Feb. 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 Mar. 2012.

24 DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, Marcos Augusto Bastos and LEAL, Maria do Carmo. **Avaliação da**

adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 28, n.3, 2012. p. 425-437.

25 FRANCISCO, R.P.V.; TRINDADE, T.C.; ZUGAIB, M. Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, nº 8, 2011. p. 171-3.

26 FRIAS, Paulo Germano de; Mullachery, Pricila Honorato; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. 2008. Acessado em 21 out 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2008_parte1_cap3.pdf

27 GOLBIDI, S. e LAHER, I. **Potential Mechanisms of Exercise in Gestational Diabetes.** *Journal of Nutrition and Metabolism*. 2013.

28 HOLANDA, VR et al. Knowledge of Pregnant women about Gestational Diabetes Mellitus. **J Nurs UFPE on line**. vol. 6, nº 7, Jul.2012, p.1648-54.

29 LANDIM, CAP; MILOMENS, KMP; DIÓGENES, MAR. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes *mellitus* gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 29, nº 3, set. 2008, p. 374-81.

30 LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Pesquisa de Representação Social: um Enfoque Qualiquantitativo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.** Brasília: Liber Livro Editora, 2ª edição. 2012. 224p.

31 MAGALHÃES, Maria da Consolação; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Morbidade materna extremamente grave: uso Sistema de Informação Hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, junho de 2012. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 de outubro de 2013. EPub 17 de abril de 2012. <http://DX.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000029>.

32 MAGANHA, C.A.; VANNI, D.G.B.S.; BERNADINI, M.A.; ZUGAIB, M. Tratamento do Diabetes Melito Gestacional. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, nº 3, 2003. p. 330-4.

- 33 MASSUCATTI, LaisAngelo; PEREIRA, Roberta Amorim; MAIOLI, TatianiUceli. Prevalência de Diabetes Gestacional em Unidades de Saúde Básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**.p. 70-9. [Acessado em 16 de out 2013]. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/329>
- 34 MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- 35 MENEZES, E. M.; SILVA, E. L.**Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4ª Edição revisada e atualizada. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.
- 36 MONTENEGRO JR, Renan M. et al. Evolução materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas no HC-FMRP-USP no período de 1992-1999.**Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica** [online]. 2001, vol.45, n.5, pp. 467-474. ISSN 0004-2730.
- 37 MOURA, E.R.F.; EVANGELISTA, D.R.; DAMASCENO, A.K.C. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. **RevEscEnferm USP**, vol. 46, nº 1, 2012. p. 22-9.
- 38 OLIVEIRA, Virgínia Junqueira e MADEIRA, Anézia Moreira Faria. **Interagindo com uma equipe multiprofissional: como interfaces da assistência na gestação de alto risco**.**Esc. Anna Nery**[online]. 2011, Vol. 15, n. 1, pp. 103-109. ISSN 1414-8145. Acessado em 21 out 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf>
- 39 OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, nº 2, mar/abr. 2008.
- 40 PADILHA, P.C.; SENA, A.B.; NOGUEIRA, J.L. et al. Terapia nutricional no diabetes gestacional. **Revista Nutrição de Campinas**, v.23, nº 1, jan/fev.2010. p. 95-104.

41 PESSOA, Sarah Maria Fraxe. O significado do diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional na perspectiva de um grupo de grávidas hospitalizadas. Fortaleza, 2008. 254p. [tese].

42 QUEVEDO, Michelle Peixoto. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. São Paulo, 2010. 211p. [tese].

43 _____, Michelle Peixoto; LOPES, Ceci Mendes Carvalho; LEFÈVRE, Fernando. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **RevBras Crescimento DesenvolHum**, v.16, nº 1, 2006, p.12-21.

44 RICKEIM, P.L.; WEAVER, T.W.; FLADER, J.L et al. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. **Diabetes Care**, v.25, nº 2, Feb.2002, p. 269-74.

45 RODRIGUES, W.C. **Metodologia Científica**. Paracambi: FAETEC/IST, 2007.

46 SANTOS, LaisePotério dos. Ansiedade e Depressão associadas ao diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Campinas, 2003. 82p. [dissertação].

47 SANTOS, Iraci dos; SARAT, Caroline Neris Ferreira. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de Enfermagem Brasileira. **Rev. Enferm UERJ**, v.16, nº 3, jul/set 2008, p. 313-8.

48 SANTOS NETO, Edson Theodoro. **A avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. 155p. [tese].

49 SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007. p. 123.

50 SCHMALFUSS, J.M. **Mulheres com diabetes Mellito Gestacional**: conhecendo a doença e convivendo com ela. Dissertação de Mestrado, 2011. 64p.

51 SCHMIDT, MI; DUNCAN, BB; REICHEL, AJ; BRANCTEIN, L; MATOS, MC; COSTA e FORTI, A et al. Diabetes Mellitus Gestacional diagnosticado com um teste

de tolerância à glicose oral de 75 g de 2-h e os resultados adversos da gravidez. **Diabetes Care**, v. 24, nº7, junho 2001, p.1151-5.

52 SILVA, J. C.; BERTINI, A.M.; RIBEIRO, T.E. et al. Fatores relacionados à presença de recém nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, nº 1, 2009, p. 5-9.

53 SOARES, Sônia Maria; SALOMON, Ivone Maria Martins; CIRILIO, Priscila Benfica. A consulta de enfermagem na assistência a mulheres com diabetes gestacional – uma proposta junto ao Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. Med Minas Gerais**, v.19, nº 4, supl.2, 2009, S5-11.

54 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012/2013**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2013. 385p.

55 UNICEF. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Acessado em 02 junho 2013. Disponível em :http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_9540.htm

56 VALLADARES, Carolina Gasparotto; KOMKA, Sarah Blamires. Prevalência de diabetes mellitus gestacional em gestantes de um centro de saúde de Brasília – DF. **Com. Ciências Saúde**, v.19, nº 1, 2008, p.11-17. Acessado em 16 de out 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498640&indexSearch=ID>

57 WEINERT, L.S.; SILVEIRO, S.P.; OPPERMAN, M.L. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica**, v.55, nº 7, 2011. p. 435-45.

58 WENDLAND et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.12, nº 23, 2012, Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/23>. Acessado em 03 de junho de 2013.

59 XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.61, n.5, Oct. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011&lng=en&nrm=iso>.access on 20 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500011>.

Apêndices

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Gestante número: _____

Data: ____/____/2013

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/_____

Município residencial: _____

Profissão/Ocupação:

Escolaridade()

0 - Analfabeto

1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)

2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)

3 - 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)

4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

7 - Educação superior incompleta

8 - Educação superior completa

9-Ignorado

10- Não se aplica

Estado Civil: Solteira () Casada () Separada () Viúva ()

Outro _____

Etnia/cor: () branca () parda () negra () amarela () indígena

Renda Familiar aproximada: _____

DADOS OBSTÉTRICOS

Gesta _____ Para _____ Cesárea _____ Normal _____

Aborto _____

DUM ____ / ____ / _____ IG atual: _____

Peso antes da gravidez: _____ Altura: _____

Peso Atual: _____ IMC: _____

Diagnósticos:

Idade Gestacional do diagnóstico _____ semanas

Em acompanhamento pré-natal:

() sim Local: _____ Desde:
____ / ____ / _____ Nº de consultas pré-natal: _____

() não

Data da Internação: ____ / ____ / _____

FATORES DE RISCO PARA DIABETES

História familiar diabetes: Sim () Não () Quem?

HAS: Sim () Não ()

Obesidade: Sim () Não ()

Nº natimortos: _____

Prematuros: Sim() Não ()

Macrossomia: Sim() Não ()

Malformação: Sim() Não ()

Recorrência de DMG: Sim() Não ()

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gestante número: _____ Data: ____ / ____ / _____

PERGUNTAS

1. O que você sabe sobre Diabetes Gestacional?
2. O que você tem feito para se cuidar?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui convidada a participar de uma pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora Soneide Pereira do Nascimento.

Esta pesquisa tem por objetivo, “verificar o conhecimento das gestantes sobre diabetes gestacional e como elas se cuidam”.

Minha participação será em um único momento, no qual serei entrevistada em um local reservado. As minhas *respostas* serão gravadas, mas, posteriormente após análise das respostas de todos os participantes, as gravações serão destruídas.

Fui esclarecida de que não há risco provável ou aparente seja na minha saúde física ou mental, com a minha participação.

Estou ciente do meu anonimato e que em nenhum momento haverá identificação pessoal quando os resultados forem apresentados.

Fui ainda esclarecida de que não receberei nenhum benefício direto. Como benefício indireto estarei contribuindo para o conhecimento da ciência sobre o assunto que possibilitará uma melhor avaliação do cuidado às mulheres com Diabetes Gestacional.

É do meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela minha participação.

Fui esclarecida que mesmo tendo concordado em participar da pesquisa, não sou obrigada a continuar respondendo, e que isto não acarretará em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo sobre o meu tratamento de saúde.

Estou ciente que em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou necessidade de reportar qualquer problema relacionado com a pesquisa poderei entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (27) 9963-6572 ou poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM pelo telefone (27) 3335-7442.

Declaro que voluntariamente aceitei participar da pesquisa assinando o termo em duas vias, estou ciente das informações acima descritas e que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Soneide Pereira do Nascimento

Orientadora da Pesquisa
Prof.ª Drª Sheilla Diniz Silveira Bicudo

Vitória, ____/____/2013

conhecimento e autoconhecimento: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

Expressões Chave	Média Central		
SA35	risco, 3 da fibou, A controlou diabetes gestacional,	4º Ideia - Sabe que é por causa de doce	A
SA35	Eu só sei que é por causa de doce. O risco de comer a gente come e massas, esses negócios e que faz a criança ficar muito grande. Pode dar problema, diabetes na criança, parece. Não sei muita coisa.		
SA32	Chia eu sei que eu conheço duas pessoas, a minha cunhada e a minha vizinha, só que pretem, são tipos diferentes, uma emagrece e a outra fica gorda. Até então, eu não sei, não sei porque. E nenhuma das duas pode comer doces, pode comer arroz, arroz eu não sei o porque, queria entender. A minha unidade pequena, adquiriu no finalzinho da gestação, só que 3, ali está até hoje. Tem da que a glicose dela chegou a 500, 550. A minha vizinha também, só que minha vizinha toda vida teve, só que ela não emagrece não, o diabetes está sempre, lá ali, e quanto mais nervosa fica parece que alivia mais. Se você está nervosa a diabetes alivia, se você come doce da alta. Então, é uma coisa assim que... eu sei que eu como doces, mas eu nunca tive diabetes, só quando eu engravidou. E eu sou uma verdadeira birriga mesmo. Essas duas pessoas não são, são viceladas em doces e a diabetes é altíssima.	1º Ideia - Se voce come doce alivia a glicose	A
SA9	O que eu sei, é que é só durante a gravidez.	1º Ideia - É só durante a gravidez.	B
SA22	No meu caso, tive quatro filhos, que foi 6, eu tive o único polêmico, tenho minha e cinco anos, eu sei, a idade também. Meu pai é diabético, Então, eu sei, tem isso... e eu tive um filho mexiconzinho - Então eu tinha quatro filhos.	4º Ideia - Possui fatores de risco para o Diabetes Gestacional	B
SA36	A minha mãe é para mim da idade não aconteceu. Eu acho assim que pode ser por causa do peso, por causa da pressão alta. Muito eu curso de gestância que causa isso. Talvez por causa da idade, que venha. Pode ser por causa da idade também. Mas eu espero em Deus que não.	2º Ideia - Achia que pode ser por causa do peso, da idade	B

APÊNDICE D – Expressões Chave da Questão 1

conhecimento e autocuidado; segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

Expressões Chave	Ideia central	
SA1 Eu to tentando controlar a alimentação Pra não poder engordar. Controlando em casa, mãe, não usando medicamento que ela tá lá na aula. Ah, sem massa, açúcar. Não faz. ... Antes era tudo possível de açúcar. Eu sempre gostei de muita coisa doce. Então agora eu tive algumas coisas. O leite, macarrão. Não preciso nem de medicamento, nem controlar. Adouçava feijão que pedisa, e só alimentação. Isso. Não eu não to fazendo nenhum tipo de exame pra controlar. É só o controle da alimentação. Que ela não está muito alta. Então não, não tem necessidade.	1º Ideia - Controle da alimentação	A
SA2 Emoto controlado que a gente tem que ter, fazer caminhada. Muita coisa, diminuir... Ter hora que tem que comer menos açúcar possível, que é o que eu to fazendo. No meu caso não tá evoluindo por causa de stress. Muito stress tá subindo a glicose, tá afetando a rim e a criança. A gente vai tentando fazer no dia a dia, mas tá... É difícil, mas não é impossível não. Tem que se cuidar porque senão a criança é uma diabetes também.	1º Ideia - Melhorar a alimentação e fazer exercício	A
SA4 Eu estou me cuidando e fazendo as dietas, quer os médicos passarem, evitando doces, evitando carboidrato. E comendo, variar, variar no dia, em pouca quantidade. E tá evoluindo... É a dieta que que eles me passaram tá evoluindo bastante, ajudando a controlar bastante ela. Comendo bastante salada, não muito carboidrato. Não restringindo carboidrato nas refeições, não comendo massa a noite, que foi o que a médica me passou. E seguir direitinho pra poder... comê em Deus ela... eu ganhando nem ela também come e não causa conseqüência pra mim, nem pro nemem.	1º Ideia - Dieta doce e carboidratos	A
SA5 Eu tento na alimentação. Comer bastante verdura, fruta. Nem todas as frutas também, ajudar muito doce, massa. Evitar massa. Comer quinorosa. Então uma alimentação saudável.	1º Ideia - Uma alimentação saudável	A
SA6 Eu sei eu sei o risco que come. Mas, igual aqui falando, não é porque eu sei que isso vai passar que eu vou adotar. Logo que não. Eu tento que me cuidar, da alimentação. Não é porque eu estou com diabetes, que eu	1º Ideia - Cuidar da alimentação, mesmo sem orientação do nutricionista	A

APÊNDICE E – Expressões Chave da Questão 2

APÊNDICE F – Relatório de Síntese das Ideias Centrais

QualiQuantSoft® -

SONEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

Relatório Síntese de Ideias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

SÍNTESE DE IDEIAS CENTRAIS

- A - ALIMENTAÇÃO INADEQUADA
- B - ANTECEDENTES PARA DIABETES GESTACIONAL
- C - COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM NASCIDO
- D - REPERCUSSÕES DO DMG PARA A MÃE
- E - ALTERAÇÃO DA GLICEMIA
- F - NECESSIDADE DE MEDICAMENTO
- G - DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL
- H - PODE PERMANECER COM DIABETES MELLITUS

Relatório Síntese de Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

SÍNTESE DE IDÉIAS CENTRAIS

- A** - MUDANÇA DA ALIMENTAÇÃO
- B** - MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR
- C** - USO DE MEDICAMENTO
- D** - ENFRENTAMENTO DA DOENÇA
- E** - MITOS

APÊNDICE G – Categorização das Ideias Centrais

Quadro 5. Categorias com as Ideias Centrais encontradas nos depoimentos das mulheres pesquisadas

	QUESTÃO 1	O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL?
	CATEGORIAS	IDEIAS CENTRAIS
A	ALIMENTAÇÃO INADEQUADA	- Não se alimentar direito acaba dando diabetes
		- Imagina ser por abuso de doce e causa genética
		- Acha que o diabetes é pelo que come, pelo estresse
		- Vem da alimentação
		- Alimentação errada
		- Fazer dieta para não usar insulina
		- Sabe que é por causa de doce
		- Se come doce altera a glicose
B	ANTECEDENTES PARA DIABETES GESTACIONAL	- É só durante a gravidez
		- Possui fatores de risco para o Diabetes Gestacional
		- Acha que pode ser por causa do peso, da idade
C	COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM NASCIDO	- A criança pode nascer com diabetes
		- É uma doença grave que pode matar o neném. O neném pode nascer acima do peso
		- Neném pode nascer muito grande e outras complicações
		- Traz complicações para o bebê
		- É uma doença que pode prejudicar a criança, que cresce muito e já nasce obeso
		- Prejudica a criança
		-Traz cegueira para as crianças, podem crescer muito e nascer fora de época
		- A criança pode nascer com diabetes
C	COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM NASCIDO	- Criança pode nascer com problemas, engordar muito, quebrar ombro. Pode morrer na barriga
		Continua...

		Continuação...
C	COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RÉCEM NASCIDO	- A criança pode nascer com problemas ou morrer
		- A criança pode nascer grande e trazer consequências
		- Se não se cuidar pode passar para a criança
		- Pode perder o bebê por causa da diabetes
		- Pode prejudicar a criança e causar complicações
		- Traz consequências para o neném
		- Se não se cuidar causa falta de oxigênio para os bebês , que nascem muito acima do peso.
		- Traz complicações para o neném
		- Bebê pode morrer na barriga por falta de oxigênio
		- A criança pode crescer muito e ganhar muito peso
		- Filho está com excesso de peso por causa da alimentação inadequada
		- A criança nasce com diabetes
		- Só sabe que o neném está muito grande
		- O bebê pode apresentar peso elevado e ter que ficar furando a criança
		- A criança está gordinha por causa do diabetes
		- Traz riscos para o bebê
		- O bebê pode nascer muito grande e pode morrer antes de nascer.
		- Engorda, o neném nasce grande e pode nascer com diabetes
		- Afeta a formação da criança
		- Corre o risco do bebê nascer muito grande e é arriscado nascer com diabetes
		- Corre risco da criança nascer com diabetes
		- Risco de aborto e morte para o neném
C	COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM NASCIDO	- Traz complicações para o bebê
		Continua...

		Continuação...
D	REPERCUSSÕES PARA A MÃE	- Ocorre durante a gravidez e pode prejudicar no parto
		- Pode trazer complicações
		- Traz complicações para a pessoa
		- Pode matar a mãe
		- Traz complicações para a mãe
		- É adquirida na gestação
		- Pode causar eclampsia
		- Complicações para a mulher
		- Traz complicações para a mãe
		- Traz complicações para a mãe
		- Pode afetar a saúde da mãe
		- Traz riscos para a mãe
		- Traz cegueira para a mãe
		- Traz complicações para a gestante
E	ALTERAÇÃO DA GLICEMIA	- Excesso de açúcar
		- É açúcar no sangue
		- O corpo para de gerar insulina na gravidez
		- Só sabe que fez exame de tomar o açúcar e deu alterado
		- Pode ser açúcar no sangue ou falta de açúcar
		- Açúcar no sangue
		- Sabe que tem que diminuir o açúcar
		- Alteração na glicose no final da gestação
		- É muito açúcar no sangue
F	NECESSIDADE DE MEDICAMENTOS	- Quem tem diabetes tem que tomar insulina
G	DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL	- Falta de conhecimento sobre o diabetes
		- Desconhecimento sobre o diabetes

		- Desconhecimento do diabetes na gestação
		Continua...
		Continuação...
G	DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL	- Não sabe quase nada
		- Nem sabia que isso existia
		- Não sabe nada na gravidez, não sabe o que pode causar.
		- Não imaginava que fosse aparecer na gestação.
		- Não sabe dizer qual a causa do diabetes
		- Sabe o que o médico explicou. Não sabe explicar o que causa
		- Recebeu poucas informações
		- Os médicos não falaram nada
		- Desconhecimento do diabetes gestacional
		- Não sabe a causa, se é hormonal
		- Desconhecimento do diabetes gestacional
H	PODE PERMANECER COM DIABETES MELLITUS	- Diabetes pode permanecer
		- Pode vir a ter um diabetes no futuro, após o parto
		- O diabetes desaparece após o parto, mas pode voltar
		- Permanecer diabética para sempre
		- Se cuidar para não tornar-se diabética para sempre
		- Pode tornar-se diabética depois da gestação
		- Espera que o diabetes não permaneça após o parto
		- Pode permanecer com diabetes
		- Pode desencadear diabetes depois da gestação

Quadro 6. Categorias com as Ideias Centrais encontradas nos depoimentos das mulheres pesquisadas

	QUESTÃO 2	O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR ?
	CATEGORIAS	IDEIAS CENTRAIS
A	MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO	- Controle da alimentação
		- Melhorar alimentação e fazer exercício
		- Evita doces e carboidratos
		- Uma alimentação saudável
		- Cuida da alimentação, mesmo sem orientação do nutricionista
		- Eliminou o açúcar
		- Mantem dieta e exercício físico
		- Dieta com bastante fruta, salada e evita açúcar
		- Fazendo dieta, tirou o açúcar e massa
		- Faz dieta, cortou o açúcar
		- Está cuidando da alimentação
		- Evita certos alimentos que produzem açúcar e troca-os por verduras
		- Mudou a alimentação
		- Não pode comer o que não é saudável
		- Cortou parte do doce e tirou frituras, acrescentou legumes, frutas e folhas
		- Faz dieta, evita doce e massa
		- Parou de comer açúcar, cortou os doces introduziu folhas e reduziu arroz e feijão
		- Evita açúcar
		- Está com uma alimentação balanceada
		- Evitando comer carboidrato e não comendo açúcar
		- Dieta, alimentação de três em três horas
		- Evita frutas , verduras e massas que viram açúcar
A	MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO	- Está controlando só com dieta

		Continua...
		Continuação...
A	MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO	- Tirou o doce, dieta balanceada de três em três horas
		- Melhorou a alimentação
		- Diminuiu o doce
		- Comer de três em três horas, alimentação saudável
		- Mudou a rotina da alimentação
		- Evita massa, refrigerante e coisas doces, se tiver muito altacorta tudo doce
		- Evita comer doce, fritura e carboidratos
		- Seguiu a dieta orientada pelo médico
		- Controle da alimentação
		- Faz dieta
		- Tentava seguir a dieta
B	MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR	- Internação para monitorar a glicemia
		- Internação para regular a glicose
		- Internação sem necessidade porque não está tomando insulina
		- Monitora a glicose
		- Faz controle da glicemia capilar
		- Fiz o controle da glicemia para verificar a necessidade de uso de insulina
		- Monitora a glicose
		- Monitora a glicose
		- Internação para controlar a glicemia alterada
C	USO DE MEDICAMENTO	- Uso da medicação
		- Faz uso de insulina
		- Faz uso de insulina
		- Faz uso de insulina
		- Faz uso de insulina

		Continua...
		Continuação...
C	USO DE MEDICAMENTO	- Faz tratamento com insulina
		- Usou a medicação conforme prescrição médica
		- Está usando insulina
D	ADAPTAÇÃO À DOENÇA	- Dificuldade de seguir a dieta
		- Complicado fazer dieta, mas para não prejudicar o filho, parou de comer besteiras
		- É difícil conviver com restrições
		- Está se cuidando para proteger o bebê e não continuar com diabetes
		- Irá fazer uma dieta severa em casa para não ficar internada
		- Dificuldade em seguir a dieta
		- Controle da alimentação pensando no filho
		- Mudança para melhora de vida dela e dos bebês
		- Dificuldade para manter dieta
		- Não acreditou que tinha o diabetes
		- Se esforça para melhorar
		- É muito sacrifício, resistir a doce
		- É difícil fazer uma dieta
E	MITOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA GLICEMIA	- Acredita que o limão abaixa a glicose

APÊNDICE H – Discurso do Sujeito Coletivo

QualiQuantSoft® SONEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

A - ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Isso é por causa da alimentação. Eu acho que é mais pelo que come. Se ficasse sem comer não teria. Porque se a gente não se alimentar direito acaba dando diabetes. Eu não me preocupei com alimentação. No início da minha gravidez eu abusei muito de doce. Eu só sei que é por causa de doce. Coisas doces que a gente come, massas. Eu estava comendo de tudo. Eu sei que eu como doce, mas eu nunca tive diabetes, só quando eu engravidou. Como eu comia muita besteira... Eu acho que atrapalhou. Eu acho que eu me alimentei de forma muito inadequada. Eu acho que se eu tivesse me alimentado direitinho, teria sido mais fácil pra mim e pro bebê. Não pode comer coisa que não é saudável. Tem que comer coisa saudável durante a gestação pra não ganhar diabetes".

QualiQuantSoft® SONEIDE PEREIRA DO NASCIMENTO

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

B - ANTECEDENTES PARA DIABETES GESTACIONAL

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"O que eu sei, é que só durante a gravidez. Pode ser por causa do peso, e da pressão alta. Muito excesso de gordura que causa isso. Pode ser por causa da idade também. No meu caso, tive quatro fatores, que foi: eu tive ovário policístico, tenho trinta e cinco anos, ou seja, a idade também, meu pai é diabético, eu tive um filho macrossômico, além da alimentação".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL**C - COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM-NASCIDO**

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"As consequências eu sei. Porque se ela subir pode dar uma parada respiratória no neném, pode dar uma parada cardíaca, coisa assim, até causar um aborto. Me falaram que é uma doença grave que pode matar o neném prejudicar, comprometer a saúde do bebê. Quando ele nascer, pode nascer com má formação. Afetar a criança, a formação dela. O bebê cresce muito, fica obeso, obesidade desde o nascimento. Corre o risco da criança nascer com problema. Vários tipos de problema: pode nascer prematuro, pode evoluir um neném muito grande, aumentar muito de peso, nascer com a cabeça grande demais, aumentar muito o abdome, perda de líquido. Também pode ficar sem oxigênio. Pode nascer com problema cardíaco. Se engordar muito pode quebrar o ombrinho. Pode nascer com leucemia, causar cegueira, também. Tem o risco do óbito, logo depois que nasce. Pode dar um choque de glicemia. O neném pode nascer gordinho e dificultar na hora do parto. O neném nasce grande, é ruim pra gente, pra ele nascer também, lógico. Não é bom uma criança assim gordona. Bebe gordão. Tem que ter seu tamanho normal. O neném desenvolveu bastante, cresceu muito na barriga. Está com três quilos. Ele não tava com esse valor, de um mês atrás estava só com dois quilos e pouquinho. Estava com 2,100kg, não faz nem um mês. Ai, agora no final, não tem nem um mês. Ele está com 3,051 kg e tá com tamanho de bebê de 36 semanas e seis dias, depois da diabetes. O motivo porque ela está tão gordinha pela idade gestacional que eu estou, creio que é por causa da diabetes. Sem saber que pode nascer gordinho e durar poucas horas. Pode ficar internada na UTIN durante um período, ir direto pra incubadora ou ficar tempos na incubadora ou ter diabetes para o resto da vida, que é pior ainda. Pode morrer na barriga se o nível de açúcar aumentar muito. Tenho noção que pode ser muito perigoso, tem perigo do bebê poder nascer muito grande, pode nascer inchado, pode morrer antes de nascer, ele pode nascer todo roxo. Nascer fora da época também. Meu bebê que eu tô esperando, também tá com problemas, tá com excesso de peso e eu tô com excesso de líquido".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

D - REPERCUSSÕES DO DMG PARA A MÃE

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Olha o que ele vai causar, eu não sei exatamente dizer. Mas eu sei que ele não me faz bem. Sei que é urr doença que ocorre durante a gravidez e pode prejudicar na hora do nascimento. Não é bom para a gente porqu traz complicação no parto. Ela pode matar. Pode ser perigoso tanto pra mãe e também pro bebê. Pode afetar minha saúde, prejudicar a gente também. Pode aumentar muito o líquido na barriga da gente. Mais ou menc isso. A mulher pode sofrer eclampsia. Eu sei que a diabetes faz a gente engordar excessivamente. E o que e sei também, é que a diabetes ela vai matando os órgãos da gente por dentro e se a gente não se cuidar el causa insuficiência. Então assim, um monte de coisinhas silenciosas que vai aparecendo. Porque como é urr doença silenciosa, você vai meio que empurrando com a barriga, você não está sentindo nada. Pode causar ui monte de coisas, cegueira, erisipela, aquelas coisas que as pessoas ficam com a pema grossa. Tudo isso. circulação sanguínea. É o que eu sei. Cirurgia não pode fazer se estiver alta, por causa da cicatrização, eu achi Parece que faz mal pra vista, a pessoa pode ficar cega. Têm várias outras coisas também, que pode afetar. Tei gente que amputa as partes do corpo. A minha mãe, por exemplo, ela sente muita palpitação por causa c diabetes, coisa que eu já tô sentindo também. Ah, eu tive poucas informações. Pode trazer até a morte a pesso: se não se cuidar, não se tratar".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

E - ALTERAÇÃO DA GLICEMIA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Eu nem sabia que tinha diabetes gestacional, fiquei sabendo agora que estou grávida. Eu não sei explicar nã A doutora disse que eu estou com diabetes gestacional, fiz os exames de tomar o açúcar no sangue, e deu 94 o correto é de 92 pra baixo. Acho que pode ser açúcar no sangue ou falta de açúcar, pode ser as duas coisas. corpo para de gerar insulina na gravidez. É a respeito de açúcar, acho que é açúcar no sangue. Só sei que açúcar no sangue acima do limite. Tudo que a gente come vira açúcar e fica no sangue. Se você tá cor diabetes é muito açúcar no sangue. Se tá com muito açúcar no sangue você engorda por causa do açúcar massas. Tinha que diminuir no açúcar para poder regular minha glicose, pra não poder dá excesso de açúcar passar totalmente pro neném. É complicado porque eu tinha feito todos os outros exames. Das outras veze nunca deu. Alteração na glicose, justo no final da gestação ai já é meio preocupante".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

F - NECESSIDADE DE MEDICAMENTO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Por enquanto eu não estou sabendo de quase nada. Porque o médico falou que minha neném está muito grande e que é por conta disso. Mas, estou esperando até agora alguém poder vir cá me dá uma informação melhor mas ninguém explica nada pra gente. Acho que não tinha necessidade de estar aqui. A insulina é quando pessoa tá com diabetes. Porque se eu estou com diabetes, porque eu não estou tomando insulina? Ah, eu fiquei preocupada porque eles falaram que a neném está muito grande por conta disso, mas que poderia tirar a neném agora, porque ela está grande, mas o pulmão dela não. Que se ela nascesse agora, ela teria que ficar na UTI! Ai eu entrei em desespero".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

G - DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Eu sabia de diabetes, mas não na gestação desta forma. Já tem na minha família, mas nenhuma foi durante gestação. Não sabia que poderia dar uma diabetes gestacional. Não sei muita coisa, não sei nada sobre assunto. Porque eu não tinha conhecimento da doença. No momento eu não conheço nada. Eu não sei o que significa. Não sei qual o mal que pode tá trazendo. Não sei o que pode acontecer com o bebê nem comigo. Essa informação, não tenho. Até então eu não sei nada. Por enquanto eu não estou sabendo de quase nada. Mas, e estou esperando até agora alguém poder vir cá me dar uma informação melhor. Na verdade eu não sei nem assim, o que essa doença faz. Eu tive poucas informações. O que é que causa, eu não sei, sinceramente. Nunca perguntei. Ainda não sei o que pode causar diabetes. Tô querendo saber. Sinceramente, assim o que ela causa mesmo, assim eu não sei. Eu sei alguma coisa que eu vejo os outros falando... Foi com o decorrer do tempo, e até achei que pudesse ser alguma coisa em relação a, como se diz, genética. Não sei, se é hormônio. A causa certa da diabetes que foi em mim, eu não sei dizer. Sei o que o médico me explicou. Então é mais ou menos que eu sei. O que é que causa, eu não sei explicar não. Eu nem sabia que isso existia, fiquei sabendo agora que estou grávida, fiquei sabendo quando eu estava comendo muito doce e achei que não ia dar nada. Coisa de um mês que eu comecei a comer muito doce. A única coisa que eu sei é que assim que eu fiquei grávida, a minha glicose começou a subir. Fui no posto de saúde, lá eles me atenderam, foram medir a glicose estava 170. / disse que estava 170, foi que ela pegou e explicou o que tinha acontecido. Que provavelmente ela estava muito alta e caiu muito rápido porque eu fiquei um tempo sem comer. E disse que quem tem diabetes não pode passar de duas ou três horas sem comer. Mas eles falam que geralmente quando é diabetes na gravidez, depois não tem mais. Não sei muita coisa da diabetes gestacional. Só mesmo o que o doutor tinha me falado".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

1 - O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

H - PODE PERMANECER COM DIABETES MELLITUS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"O diabetes não é uma coisa boa não. Penso assim que pode vir a me prejudicar. Uma doença que tem que tratar. E minha preocupação toda é essa, por já ter na família, me cuidar mais ainda, pra poder me livrar dele depois da gestação. Já me falaram que pode ser uma diabetes apenas gestacional. Porque a diabetes gestacional após o parto ela costuma sumir, mas pode voltar daqui uns cinco anos. Eu posso vir a ter diabetes no futuro, após o parto. Se eu me cuidar quando a gravidez acabar, tanto eu posso perder como e posso continuar com ela pra sempre".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

A - MUDANÇA DA ALIMENTAÇÃO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Eu tô tentando controlar a alimentação. Geralmente a gente faz tudo errado. Come o que não deve, come fora de hora ou talvez até pode comer o que deve, mas exagera. Não se contenta em comer uma vez, tinha que comer duas, três. Tem que comer coisa saudável, tomar bastante água. Comendo mais frutas, verdura: principalmente, mais folha verde e procurando manter sempre o peso. Até fruta, com limite, que foi estabelecido duas ou três frutas. Virei uma lagarta, só comendo folha, bastante folha. Só que eu tenho que continuar com essa dieta com bastante fruta, salada e evitando o açúcar. Dieta saudável é fruta, comer de três em três hora. Mais fruta e sem doce. É muito cuidado que a gente tem que ter, muita dieta. Fazer uma dieta rigorosa. Está fazendo as dietas que os médicos passaram, evitando doces, cortei os doces totalmente. Você corta tudo do doce, refrigerantes, carboidratos, biscoito recheado, pão, bolo, salgado... Eu tirei o pão, cortei o açúcar. Biscoito, três biscoitinhos cream crack sem manteiga. Eu não como massa, aliás eu como, um pouco. Comendo várias vezes ao dia, em pouca quantidade. Não misturando carboidrato nas refeições, não comendo massa à noite. Arroz mandaram diminuir. Foi explicado que não era pra comer, tipo arroz, macarrão, aipim, tudo junto. Quando eu como arroz, eu não como macarrão. E tá resolvendo. Pra não poder evoluir. Eu comia muita fruta pra poder passar a fome. Tudo que eu tomava de suco era com adoçante. Refrigerante só light. Eu evito comer comida engordurada, procuro tomar adoçante, jantar, às vezes eu não janto. Meu almoço é normal, só meia conchinha de feijão, duas colheres de sopa de arroz, verdura praticamente cozida, sem estar refogada com óleo e sem carne engordurada nem pensar. Aí emagreci quatro quilos em duas semanas. Só caminhada que eu não fazia porque a coragem não vinha. Não teve exercício mesmo".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

B - MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"No começo eu tava medindo três vezes por dia. Aí, depois ele passou pra mim de duas vezes por dia. Eu faço medição de manhã, em jejum e depois do almoço, duas horas depois. Aí ele viu que tava controlando, passou a medir uma vez por dia. Mas, agora, eu vou estar fazendo um dia de manhã, em jejum. O outro dia eu vou fazer depois do almoço. E no outro dia eu vou estar fazendo a noite, depois do jantar. Já não vou mais picar meu dedo duas vezes por dia. Aí vai ser uma vez por dia. É ruim picar meu dedo duas vezes por dia. É que dói muito, dá um pouquinho. É ruim porque meu dedo fica todo picado. O meu nível de glicose está bom essa semana. Eu vou no posto diariamente medir a glicose. De manhã agora tá dando pouquinho. Tá dando 112, 93. De tarde dá 121, 130, não dá muito não. Tá mais controlada. Ah, tinha dia que dava noventa. Ah, ele mandou medir a glicose toda semana. Pelo menos uma vez na semana, pra acompanhar pra ver se está baixando, se está aumentando".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

C - USO DE MEDICAMENTO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Ah, desde o dia que eu descobri, comecei fazer tudo que o médico pediu: tomar os remédios direitinho. Tud que ele passou eu tomei. Começou a acelerar o coração, o médico resolveu dar insulina pra ver ser abaix; porque tava muito alta. Como eu soube agora no finalzinho, tô tendo que fazer uso da insulina. Não é uma cois muito boa pra se pensar e pra se guardar, comecei a fazer o tratamento com insulina. Passei tomar nas hora certas e deu certo".

Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais

conhecimento e autocuidado: segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

E - MITOS RELACIONADOS AO CONTROLE DA GLICEMIA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

"Eu comi tanto chocolate esses dias. Tanto chocolate! Ai nossa eu disse, a minha glicose deve tá lá em cima. F medir, hum... Em jejum sabe quanto deu? Cento e um. Eu imaginei que fosse dar uns cento e quarenta. Doi dias comendo chocolate. Ganhei duas caixas de bombom. Ai comi, comi. Limão é bom pra baixar a glicos acredita? Muito suco de limão, suco de limão é muito bom. Limão não falta lá em casa mais depois disso, mas ; tá tudo controladinho".

Discurso do Sujeito Coletivo das Ideias Centrais

conhecimento e subcuidado: segunda fase

2 - O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

D - ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

D1. Dificuldades no enfrentamento:

"Agora eu descobri que eu tô com diabetes. Eu me arrependi disso, porque se eu tivesse me alimentado melhor não teria passado isso que eu tô passando agora. Pensar que talvez se eu tivesse me alimentado melhor já estaria passando por tudo isso aqui. Poderia ser tudo normal. Então, quem conseguir é melhor se alimentado melhor, porque comer besteira assim não dá certo. Eu como consciente daquilo que eu estou comendo. Faz assim eu queria tanto comer mais um porquinho, aí vou lá e boto mais um porquinho, eu sei que não pode, mas depois aí, também, não como mais. Eu estou fazendo de tudo pra eu conseguir vencer essa coisa. Às vezes dá uma escapadinha come um doce. Acaba dando errado. Tô me sentindo culpada. Eu gosto muito de doce, aí eu aprendi diminuir um pouco. Muito sacrifício, evitar o doce. Estou como aqueles uicados que chegam às vezes ficar naquela abstinência. Com vontade de comer um doce, tem dias que eu não resisto, vou lá e como. É sério mas, às vezes, vou pecar só hoje, aí eu como um docinho. Mas, aí depois aliá. Aí, proibido. Mas, eu tento evitar o máximo, porque eu gosto de doce. Não controla tudo, em casa é difícil fazer uma dieta. Mesmo você sabendo que está com uma doença. Você não tem força pra ir à frente no tratamento. Aí parece que você quer comer mais do que tudo, porque em casa você fica ansiosa, fica temerosa, fica apreensiva, aí o seu "coisa" vai ser ali a alimentação. Aí eu vou comer, aquilo que vai me acalmar. Aí, quando você vai ver já está com a glicose, diabetes já está lá em cima. É um risco pra gente mesmo. Que o médico manda a gente fazer algo que a gente não faz. Aí tá bem assim, aí eu vou morrer mesmo, é melhor morrer comendo do que morrer sem comer".

D2. Capacidade de adaptação às mudanças

"Eu acho que pra quem quer o bem de uma criança que ainda tá dentro de você. Você vai fazer tudo e impossível para melhorar. Não vai ficar fazendo a loucura de comer doce, tomar refrigerante escondido do médico, porque aí não adianta. Se tiver que mudar um porquinho mais a minha vida vai ser melhor, porque já é melhora de vida, não só pra mim, mas também para os meus filhos. Diabetes não é fácil, é muito ruim você ver todo mundo comendo, se alimentado normal e você tem que tá se guardando a tudo. Não pode comer tudo que tem vontade. Tá sendo muito difícil porque você quer todo mundo com vida normal e você tá cheia de regra. Difícil demais, é muito difícil. Então quem tem diabetes e tá gestante, assim, tentar se cuidar o máximo possível é difícil, complicado você não e não comer, tudo que a gente não tá grávida, a gente quer comer. Foi difícil mesmo, vossa! É, mas, deixo saber que vai cuidar meu filho, aí eu controla minha vida. Não é fácil, mas tem que lutar por isso. Não pode também dá o braço a torcer, porque a vida da criança é importante. Isso é que dá assim um incentivo pra gente poder se cuidar, em relação a proteger nosso bebê. Eu acho que eu consigo pensando no meu filho, eu acho que eu consigo tudo. O que eu tô fazendo a partir de hoje é por meu filho porque eu quero muito ter esse filho. É o meu sonho. Eu já perdi um filho e sei como é difícil perder um filho então, o que eu posso fazer pra ajudar meu filho, eu vou fazer. Pensando tudo nele. Ele que dá força pra mim nesse momento. Eu acho que eu tenho força de vontade suficiente pra isso. Só não teria força de vontade se eu não quisesse essa criança, mas eu amo demais o meu filho, tenho força de vontade pra qualquer coisa, aí perder todos os meus hábitos alimentares e elevar outros hábitos, mas que ele possa nascer com saúde. Aí eu fiquei muito triste. Eu chorei porque eu não estava acreditando que eu tinha uma doença assim, minha gravidez foi tão esperada. Mas, a gente sendo mais liberação: no posto, as pessoas te estimulando, a gente acaba calado em si. Porque se a gente não sabe, quando a gente não sabe de nada, tudo bem, mas eu sei e vou fazer o contrário porque".

APÊNDICE I – Resultado Quantitativo da Ideia Central

QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

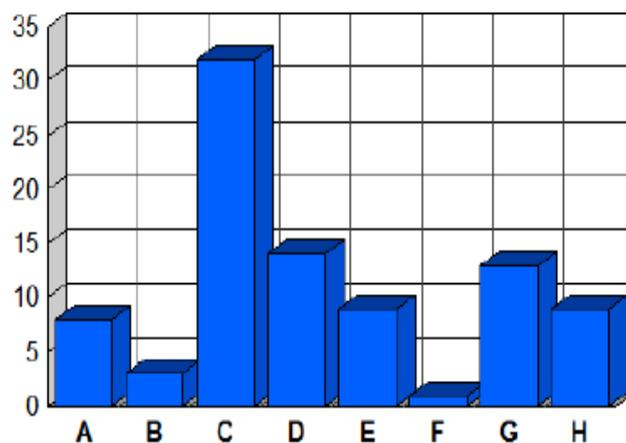
conhecimento e autocuidado: segunda fase

1) O QUE VOCÊ SABE SOBRE DIABETES GESTACIONAL

A	ALIMENTAÇÃO INADEQUADA	8	8,99 %
B	ANTECEDENTES PARA DIABETES GESTACIONAL	3	3,37 %
C	COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO RECÉM NASCIDO	32	35,96 %
D	REPERCUSSÕES DO DMG PARA A MÃE	14	15,73 %
E	ALTERAÇÃO DA GLICEMIA	9	10,11 %
F	NECESSIDADE DE MEDICAMENTO	1	1,12 %
G	DESCONHECIMENTO DO DIABETES GESTACIONAL	13	14,61 %
H	PODE PERMANECER COM DIABETES MELLITUS	9	10,11 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

89

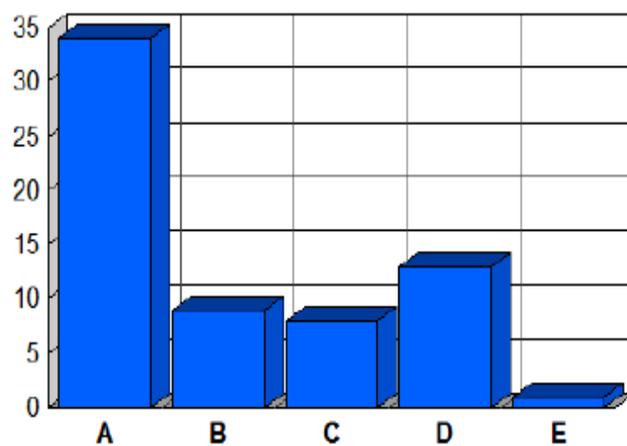


conhecimento e autocuidado: segunda fase

2) O QUE VOCÊ FAZ PARA SE CUIDAR

A	MUDANÇA DA ALIMENTAÇÃO	34	52,31 %
B	MONITORAMENTO DA GLUCEMIA CAPILAR	9	13,85 %
C	USO DE MEDICAMENTO	8	12,31 %
D	ENFRENTAMENTO DA DOENÇA	13	20,00 %
E	MITOS	1	1,54 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **65**



APÊNDICE J – Lista de Entrevistados

QualiQuantSoft®

LISTA DE ENTREVISTADOS

PESQUISA		conhecimento e autocuidado: segunda fase						
nome	SA 1	sexo	F	idade	22	renda	0,00	2º GRAU INCOMPLETO
cidade	Venda Nova do Imigrante			ES				
nome	SA 2	sexo	F	idade	33	renda	1.600,00	2º GRAU COMPLETO
cidade	CARIACICA			ES				
nome	SA 3	sexo	F	idade	37	renda	1.300,00	2º GRAU INCOMPLETO
cidade	CARIACICA			ES				
nome	SA 4	sexo	F	idade	27	renda	800,00	2º GRAU COMPLETO
cidade	CARIACICA			ES				
nome	SA 5	sexo	F	idade	23	renda	580,00	1º GRAU INCOMPLETO
cidade	CARIACICA			ES				
nome	SA 6	sexo	F	idade	35	renda	1.600,00	1º GRAU INCOMPLETO
cidade	CARIACICA			ES				
nome	SA 7	sexo	F	idade	29	renda	678,00	2º GRAU COMPLETO
cidade	CARIACICA			ES				
nome	SA 8	sexo	F	idade	22	renda	2.000,00	2º GRAU COMPLETO
cidade	SERRA			ES				
nome	SA 9	sexo	F	idade	22	renda	1.355,00	2º GRAU INCOMPLETO
cidade	SERRA			ES				
nome	SA 10	sexo	F	idade	30	renda	800,00	2º GRAU COMPLETO
cidade	SERRA			ES				
nome	SA 11	sexo	F	idade	26	renda	1.500,00	2º GRAU INCOMPLETO
cidade	MIRIZ			ES				
nome	SA 12	sexo	F	idade	34	renda	3.500,00	SUPERIOR INCOMPLETO
cidade	SERRA			ES				
nome	SA 13	sexo	F	idade	25	renda	678,00	1º GRAU COMPLETO
cidade	Vila Velha			PR				

APÊNDICE K – Tabelas Estatísticas

Tabela 4 – Resultados do teste de normalidade (p-valores). Vitória-ES. Brasil, 2013.

Local	História familiar de diabetes	IMC Anterior	IMC Atual
Ambulatório	Não	0,904	0,121
	Sim	0,847	0,669
Hospital	Não	0,428	0,886
	Sim	0,618	0,606
Geral	Não	0,603	0,455
	Sim	0,359	0,668

* p-valor < 0,050, rejeita-se a hipótese de normalidade.

Tabela 5 - Número e porcentagem de mulheres com DMG segundo as variáveis sociodemográficas. Vitória-ES. Brasil, 2013.

	Ambulatório		Hospital		Total	
	n = 17	%	n = 19	%	n = 36	%
Município residência						
Vitoria	3	17,65	8	42,11	11	30,56
Vila Velha	1	5,88	1	5,26	2	5,56
Cariacica	7	41,18	4	21,05	11	30,56
Viana	1	5,88	1	5,26	2	5,56
Out.município	1	5,88	4	21,05	5	13,89
Serra	4	23,53	1	5,26	5	13,89
Idade						
18-28	9	52,94	5	26,32	14	38,89
29-39	7	41,18	12	63,16	19	52,78
40 ou +	1	5,88	2	10,53	3	8,33
Estado Civil						
casada	8	47,06	11	57,89	19	52,78
união estável	3	17,65	3	15,79	6	16,67
solteira	5	29,41	5	26,32	10	27,78
divorciada	1	5,88	0	0,00	1	2,78
Escolaridade						
1ª a 4ª incompleta	0	0,00	2	10,53	2	5,56
4ª série completa	2	11,76	2	10,53	4	11,11
5ª a 8ª incompleta	2	11,76	3	15,79	5	13,89
Ens. Fund. Completo	2	11,76	1	5,26	3	8,33
Ens. Médio incompleta	4	23,53	3	15,79	7	19,44
Ens. Médio completa	6	35,29	7	36,84	13	36,11
Ens. Sup. incompleto	1	5,88	1	5,26	2	5,56
Ocupação						
do lar	7	41,18	13	68,42	20	55,56
merc. Trabalho	10	58,82	6	31,58	16	44,44
Renda Familiar						
< 1 SM	0	0,00	2	10,53	2	5,56
1-1,5 SM	7	41,18	10	52,63	17	47,22
2-2,5 SM	8	47,06	6	31,58	14	38,89
> 3 SM s/Inf	1	5,88	1	5,26	2	5,56
s/Inf	1	5,88	0	0,00	1	2,78
Cor/Raça						
branca	3	17,65	3	15,79	6	16,67
Parda	13	76,47	14	73,68	27	75,00
Negra	1	5,88	2	10,53	3	8,33

Tabela 6 - Número e porcentagem de mulheres com DMG segundo as variáveis clínicas e Obstétricas. Vitória-ES. Brasil, 2013 (continua)

	Ambulatório		Hospital		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nº gestação						
1	3	17,65	2	10,53	5	13,89
2	7	41,18	6	31,58	13	36,11
3	1	5,88	5	26,32	6	16,67
> 3	6	35,29	6	31,58	12	33,33
					36	100,00
Partos						
Nulípara	3	17,65	3	15,79	6	16,67
Primípara	7	41,18	9	47,37	16	44,44
Múltipara 2	4	23,53	3	15,79	7	19,44
Múltipara 3 ou +	3	17,65	4	21,05	7	19,44
					36	100,00
Aborto						
0	13	76,47	9	47,37	22	61,11
1	2	11,76	5	26,32	7	19,44
2 ou +	2	11,76	5	26,32	7	19,44
					36	100,00
IG Atual						
1º Tri (1 a 13)	0	0	0	0	0	0
2º Tri (14 a 27)	2	11,76	1	5,26	3	8,33
3º Tri (28 a 40)	15	88,24	18	94,74	33	91,67
					36	100
Descoberta da DMG						
1º Tri (1 a 13)	2	11,76	1	5,26	3	8,33
2º Tri (14 a 27)	4	23,53	8	42,11	12	33,33
3º Tri (28 a 40)	11	64,71	10	52,63	21	58,33
					36	100,00
Acomp. AR						
0 a 2	5	29,41	7	36,84	12	33,33
3 a 6	10	58,82	7	36,84	17	47,22
> 7	2	11,76	4	21,05	6	16,67
s/l	0	0,00	1	5,26	1	2,78
					36	100,00
Consultas PN						
2 a 5	3	17,65	7	36,84	10	27,78
6 a 9	10	58,82	7	36,84	17	47,22
10 ou +	4	23,53	4	21,05	8	22,22
s/l	0	0,00	1	5,26	1	2,78
					36	100,00

Continua...

Tabela 6 - Número e porcentagem de mulheres com DMG segundo as variáveis clínicas e obstétricas. Vitória-ES. Brasil, 2013(conclusão)

	Ambulatório		Hospital		Total	
	n	%	n	%	n	%
DM família						
Sim	12	70,59	13	68,42	25	69,44
Não	5	29,41	6	31,58	11	30,56
					36	100,00
Hipertensa						
Sim	5	29,41	11	57,89	16	44,44
Não	12	70,59	8	42,11	20	55,56
					36	100,00
Outros fatores						
0	8	47,06	12	63,16	20	55,56
1	5	29,41	5	26,32	10	27,78
2	3	17,65	2	10,53	5	13,89
3	1	5,88	0	0,00	1	2,78
					36	100,00
IMC anterior						
< 20	1	5,88	1	5,26	2	5,56
20 - 24	4	23,53	2	10,53	6	16,67
25 - 29	4	23,53	6	31,58	10	27,78
≥30	7	41,18	10	52,63	17	47,22
s/l	1	5,88	0	0,00	1	2,78
					36	100,00
IMC atual						
20 - 24	2	11,76	1	5,26	3	8,33
25 - 29	5	29,41	1	5,26	6	16,67
≥30	9	52,94	16	84,21	25	69,44
s/l	1	5,88	1	5,26	2	5,56
					36	100,00
Tempo de descoberta DG						
< 1 semana	2	11,76	2	10,53	4	11,11
1 a 4 sem (8-32d)	5	29,41	7	36,84	12	33,33
5 a 10 sem (35-70d)	8	47,06	3	15,79	11	30,56
> 10 sem (acima 71 d)	2	11,76	7	36,84	9	25,00
					36	100,00

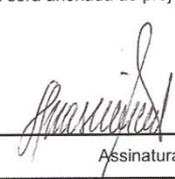
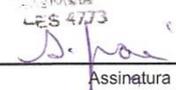
Anexos

ANEXO A – Termo de Consentimento Institucional



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Nível de conhecimento sobre a sua condição e autocuidado: um estudo com mulheres grávidas e com Diabetes Gestacional acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória/ES		2. CAAE:	
3. Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Soneide Pereira do Nascimento			
6. CPF: 446.976.435-34	7. Endereço (Rua, n.º): DOMINGOS POVOA LEMOS, 269 JARDIM CAMBURI apto 1101 VITORIA ESPIRITO SANTO 29090080		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (27) 9963-6572	10. Outro Telefone:	11. Email: umbucajah@hotmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>16,08,2012</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO (UFES)	14. CNPJ: 32.479.164/0001-30	15. Unidade/Orgão: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	
16. Telefone: (27) 3335-7130	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Apurcida das Graças Carvalho Gomes</u>	CPF: <u>828878027-04</u>		
Cargo/Função: <u>Biblioteca Deptº Ensino e Pesquisa</u>			
Data: <u>27,08,12</u>	 Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nível de conhecimento sobre a sua condição e autocuidado: um estudo com mulheres grávidas e com Diabetes Gestacional acompanhadas no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória/ES

Pesquisador: Soneide Pereira do Nascimento

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 2

CAAE: 06786212.7.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.215

Data da Relatoria: 30/01/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, quali-quantitativo, que tem como objetivo principal avaliar o nível de conhecimento das gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) diagnosticadas durante a gravidez, acerca de sua condição de saúde e dos cuidados que a mesma tem com sua doença. As pacientes elegíveis para o estudo são as acompanhadas no ambulatório e hospitalizadas no Hospital Universitário de Vitória/ES. A metodologia consistirá em um formulário de entrevista contendo dados sociodemográficos e clínicos da gestante e um roteiro de entrevista com perguntas abertas. As entrevistas serão gravadas e depois de utilizadas apagadas. Para análise será utilizado o referencial do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), agregação de depoimentos através de idéias centrais ou expressões chaves semelhantes compondo-se em um ou vários discursos-síntese (DSC). Para tabulação dos dados será utilizado um software específico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o nível de conhecimento das mulheres com diabetes gestacional acerca de sua situação de saúde

Objetivo Secundário: Descrever o perfil das mulheres pesquisadas com diabetes gestacional; Identificar o

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município:

Telefone: (273)335-7130

Fax: (273)335-7130

E-mail: cepucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



autocuidado com relação ao diabetes durante a gravidez.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de um estudo descritivo, sem caráter de intervenção, não trará riscos ou prejuízos para os sujeitos pesquisados e não interferirá no tratamento dos mesmos. Como benefícios, trará contribuição para a enfermagem, no sentido de ampliar seu campo de atuação, ajudando no aprimoramento dos cuidados às pacientes portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional e seus recém nascidos, com melhor assistência às gestantes diabéticas.

Também poderá fornecer subsídios para intervenções que beneficiem as gestantes e diminuir a incidência de efeitos lesivos ao binômio materno-fetal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo que tem aplicação prática, relevante e sem riscos para os participantes, ao contrário pode trazer benefícios para os cuidados das gestantes que desenvolvem diabetes durante a gravidez e diminuir morbidade e mortalidade para a mãe e o feto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi modificado e apresenta uma descrição objetiva e acessível ao sujeito da pesquisa. Os apêndices necessários para a avaliação do método estão presentes.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequações solicitadas anteriormente foram realizadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do relator.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município:

Telefone: (273)335-7130

Fax: (273)335-7130

E-mail: cephucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



06 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Fausto Edmundo Lima Pereira
(Coordenador)

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município:

Telefone: (273)335-7130

Fax: (273)335-7130

E-mail: cephucam@gmail.com

ANEXO C – Modelo do Instrumento do software – Ficha IAD1

